GAZETTE HEBDOMADAIRE

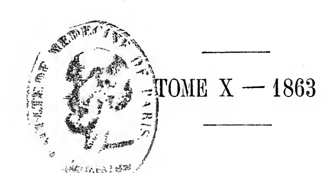
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

PUBLIÉ

SOUS LES AUSPICES DU MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

RÉDACTEUR EN CHEF : LE DOCTEUR A. DECHAMBRE



TOME X — 1863

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

M DCCC LXIII

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 2 JANVIER 1863. — N° 1.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine de Belgique : Question des revaccinations. — Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : Emploi thérapeutique de l'acide picrique et des picrates. — Cryptogames du pain. — Effets du *Rhus toxicodendron* sur l'économie. — II. **Travaux originaux.** Médecine pratique : De la valeur des signes diagnostiques fournis par l'inspection de la langue. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Tétanos traumatique guéri par l'ivresse. — De la chorée des femmes grosses. — V. **Bibliographie.** Fièvre jaune, épidémie de 1858 à la Nouvelle-Orléans. — Étude médicale de quelques questions importantes pour la Louisiane, et exposé succinct d'une épidémie paludéenne de forme catarrhale qui a sévi à la Nouvelle-Orléans, particulièrement sur les enfants, pendant l'épidémie de fièvre jaune de 1858. — VI. **Variétés.** — VII. **Feuilleton.** Lettres médicales sur le Mexique.

I

Paris, 1er janvier 1863.

Académie de médecine de Belgique : QUESTION DES REVACCINATIONS. — *Revue de pharmacie et d'histoire naturelle :* EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'ACIDE PICRIQUE ET DES PICRATES. — CRYPTOGAMES DU PAIN. — EFFETS DU *Rhus toxicodendron* SUR L'ÉCONOMIE.

Nous avons, en temps et lieu, rendu compte d'une brochure de M. le docteur Vleminckx, président de l'Académie de médecine de Belgique, relative aux revaccinations, et plus spécialement à leur degré d'opportunité dans les différents âges de la vie. En général, ce sont les âges de la puberté et de l'adolescence qui passent pour les plus favorables au succès de la revaccination. M. Vleminckx, au contraire, se fondant sur des relevés faits à la maison de force de Gand par M. le docteur Denobele, professe que le retour de la réceptivité pour la variole ne commence, sauf de très rares exceptions, qu'à vingt-cinq ans environ, pour s'accroître sans cesse avec les années, et que dès lors les revaccinations qu'on s'est mis, depuis une trentaine d'années, à pratiquer en grand dans les colléges, dans les pensionnats, dans les armées recrutées parmi les jeunes gens, sont à peu près inutiles (voyez *Gazette hebdomadaire*, t. V, p. 678 et suiv.). Ces études ont été continuées à Saint-Hubert, à Vilvorde, à Namur, et les résultats obtenus dans la maison pénitentiaire de femmes de cette dernière ville, par les soins de M. le docteur Cambrelin fils, ont été récemment communiqués par M. Vleminckx à l'Académie. Ils portent sur quatre-vingt-deux prisonnières, les seules qui aient consenti à se laisser vacciner, et âgées de seize à soixante ans. Nous laissons parler notre éminent confrère :

Sur 28, l'opération est restée sans résultat; sur 24, l'éruption n'a pas présenté les caractères d'une vraie vaccine; sur 30, l'éruption a été irréprochable.

Sur ces 30, 23 avaient été vaccinées une première fois; toutefois, 5 ne portaient aucune trace de vaccination antérieure, pas plus que d'une éruption variolique; 5 avaient eu la variole (une de celles-ci avait, en outre, été vaccinée); les traces de la variole avaient disparu chez 3; une n'avait été ni

FEUILLETON.

Lettres médicales sur le Mexique.

Quatrième lettre.

SOMMAIRE. — Les terres tempérées (*tierras templadas*). — Orizzaba; sa physionomie; ses environs. — Montagnes, volcans, plaines. — Richesse et variété de la végétation sur les plateaux élevés et dans les vallées. — Culture du tabac, du café, de la canne à sucre.

Population : Indiens ou *Aztèques;* leur vie, leurs coutumes. — Mexicains proprement dits, Mexicaines; leurs mœurs. — La race des colons, ou grands propriétaires. — Haciendas, ranchos.

Les parcs, les cours d'eau d'Orizzaba. — Les habitants de la ville; leur misère actuelle; leurs mœurs. — Institutions locales. — Industries. — La monnaie du Mexique. — La religion.

Climatologie; météorologie.

Il n'est pas sans intérêt de jeter un coup d'œil un peu approfondi sur une ville qui sert de garnison à notre première armée depuis plus de huit mois.

Orizzaba est une petite ville qui a compté jusqu'à 16 000 habitants; aujourd'hui, grâce surtout à notre occupation, qui a décidé beaucoup de familles timorées à gagner l'intérieur des terres, ce chiffre est réduit de moitié. Autrefois florissante, elle est actuellement très misérable. On y rencontre quelques Français établis déjà depuis un certain nombre d'années et qui ont singulièrement prospéré.

Les habitations n'offrent aucun cachet : ce sont des maisons basses, à un seul étage et à toiture en tuiles assez inclinée.

A l'extrémité inférieure des rues collatérales, qui sont fort longues, on ne rencontre plus que des *cases*, ou petites maisons à une seule pièce, percées d'une porte et d'une fenêtre, et toutes encadrées dans des jardins d'une végétation luxuriante. C'est toujours la ville, puisque toutes ces rues se relient au centre; mais, pour nous, c'est la véritable campagne.

Quelques riches propriétaires ont fait construire dans la rue principale des maisons à deux étages garnies de balcons, divisées par de grandes cours et galeries. Un riche meunier a fait

vaccinée ni variolée; une n'a pu fournir de renseignements d'aucune espèce.

L'opération a donc eu des effets utiles sur 40 p. 100 : sur 35 p. 100 des vaccinées, sur 5 p. 100 des variolées.

Les âges se décomposent comme suit : de 16 à 20 ans, 9 ; de 21 à 30 ans, 38 ; de 31 à 40 ans, 23; de 41 à 50 ans, 9; de 51 à 68 ans, 3. — Total, 82.

L'opération a réussi :

Pour les *vaccinées :* Sur 0, pour celles de 16 à 20 ans (0 pour 100); sur 6, de 21 à 30 ans (15 p. 100); sur 7, de 31 à 40 ans (30 p. 100); sur 4, de 41 à 50 ans (44 p. 100); sur 1, de 51 à 60 ans (33 p. 100).

Pour les *variolées :* sur 4, pour celles de 21 à 30 ans (8 pour 100); sur 1, de 31 à 40 ans (4 p. 100).

Si l'on récapitule toutes les revaccinations faites à Gand, Saint-Hubert, Vilvorde et Namur, et qui sont au nombre de 2018, on arrive au résultat suivant :

L'opération a réussi :

Pour les *vaccinés :* Sur 0 p. 100, de 10 à 20 ans; sur 6 pour 100, de 21 à 30 ans; sur 16 p. 100, de 31 à 40 ans; sur 29 p. 100, de 41 à 50 ans; sur 29 p. 100, de 51 à 60 ans; sur 60 p. 100, de 61 à 70 ans; sur 75 pour 100, de 71 à 80 ans.

Pour les *variolés :* Aucun effet sur les sujets âgés de 10 à 20 ans. Succès sur 8 p. 100, de 21 à 30 ans; sur 20 p. 100, de 31 à 40 ans; sur 44 p. 100, de 41 à 50 ans; sur 48 p. 100, de 51 à 60 ans; sur 64 p. 100, de 61 à 70 ans; sur 66 p. 100, de 71 à 80 ans.

En prenant connaissance de ces chiffres, nous avons, comme l'Académie belge elle-même, éprouvé un sentiment de surprise; mais les faits n'ont jamais rien de surprenant par eux-mêmes dès qu'ils sont possibles, et la seule singularité que présentent les relevés de M. Vleminckx est de ne pas ressembler à d'autres relevés. Quels sont les bons? Voilà toute la question.

Interrogez la vaste statistique des revaccinations dans les armées de Prusse et de Wurtemberg, et vous tremblerez tout d'abord pour les opinions de l'inspecteur général du service sanitaire de l'armée belge. En Prusse, par exemple, dans l'année 1832, sur 3942 *recrues* (c'est-à-dire jeunes gens) du huitième corps, 1594 ont été revaccinées avec succès; dans le cinquième corps, 2535 succès sur 3234 recrues (statistique de Lohmeyer). Nous ne parlons pas des autres relevés concernant les années suivantes jusqu'à 1843, parce que nous n'avons sous les yeux que des résumés généraux où tous les âges sont confondus. Rappelons pourtant que les succès ont été : en 1833, de 31 pour 100; en 1834, de 37 pour 100; en 1835, de 39 pour 100; en 1836, de 43 pour 100; en 1837 et en 1838, de 45 pour 100; en 1839, de 46 pour 100; en 1840, de 48 pour 100; en 1841, de 52 pour 100; en 1842 et 1843, de 54 pour 100; — proportions énormes de réussites, et qui ne s'accordent pas beaucoup mieux avec ce que nous voyons chaque jour que les chiffres de M. Vleminckx avec l'opinion commune.

Devant cette opinion même, et l'armée régulière de Prusse (car il s'agit d'elle et non de la *landwehr*) fût-elle composée entièrement de jeunes gens, de tels résultats obtenus, non pas avec du vaccin régénéré, qui paraît avoir donné des résultats exceptionnels entre les mains de quelques expérimentateurs, mais avec le vaccin d'ancienne origine, s'écartent singulièrement de ceux qu'on obtient ordinairement de revaccinations faites dans des circonstances analogues, notamment dans les pensionnats, les colléges, les séminaires. En sorte que, pour pouvoir opposer en connaissance de cause la statistique de M. Lohmeyer à celle de M. Vleminckx, il serait nécessaire de substituer, en ce qui regarde les divers âges représentés dans l'armée régulière de Prusse, des données positives à de simples présomptions. Et cela ne suffirait pas encore; il faudrait que les tableaux donnassent le moyen d'établir les proportions comparées de succès dans l'adolescence et dans l'âge adulte ou sénile; il faudrait aussi écarter absolument de l'expérience, comme l'a fait notre confrère belge, les cas où les cicatrices d'une première vaccination manquaient ou n'offraient pas les caractères spécifiques; car le succès d'une insertion vaccinale dans ces conditions ne prouve absolument rien en faveur des revaccinations. C'est bien en vain que les tableaux mentionnent la proportion des vaccines *nulles* ou *irrégulières*, du moment où les effets obtenus dans ces cas tous spéciaux ne sont pas mis en regard des catégories d'âge, et restent, au contraire, confondus dans le résultat total des revaccinations.

Ce vice qu'on est en droit de reprocher aux relevés prussiens, si on les juge sur les reproductions qu'en ont faites les journaux de médecine allemands, est plus ostensible et même tout à fait patent dans les tableaux statistiques du Wurtemberg, qui ont été donnés par M. Heim dans son ouvrage sur les revaccinations. Les âges des revaccinés sont parfaitement classés par catégories, et des colonnes spéciales indiquent s'il existait ou non des cicatrices d'une première vaccination, et si ces cicatrices étaient normales ou anor-

---

élever, au milieu de vastes bâtiments affectés exclusivement au moulin, une charmante maison aussi à deux étages, construite tout à fait à la manière française, meublée avec goût et élégance. C'est aujourd'hui l'habitation du général de Lorencez. Du balcon on a une très belle vue : d'un côté, les larges nappes d'eau qui ont été détournées de la rivière et qui servent à alimenter le moulin; de l'autre côté, et en face, les montagnes richement boisées qui entourent la ville.

Ces montagnes sont fort élevées et forment une enceinte continue; à l'extrémité orientale s'y engage la route de Puebla, à l'autre celle de Cordova.

Cette chaîne de montagnes est bien celle qui, sous le nom des Andes, traverse toute l'Amérique méridionale.

Tout l'intérieur du Mexique forme un plateau (plateau d'Anahuac) immense, élevé de 2000 à 2500 mètres au-dessus du niveau des mers voisines, tandis qu'en Europe les terrains élevés qui présentent l'aspect de plaines, tels que les plateaux d'Auvergne, de Suisse, d'Espagne, n'ont guère plus de 400 à 800 mètres de hauteur au-dessus de l'Océan.

Parmi les quatre plateaux situés autour de la capitale du Mexique, le premier, qui comprend la vallée de Toluca, a 2600 mètres; le deuxième, ou la vallée de Tenochtitlan, 2274 mètres; le troisième, ou la vallée d'Actopan, 1966 mètres; le quatrième, ou la vallée d'Istla, 980 mètres de hauteur. Les quatre bassins diffèrent autant par leur climat [illegible] par leur élévation au-dessus du niveau de l'Océan; chacu[illegible]eux offre une culture distincte : le dernier et le moins é[illegible]vé est propre à la culture de la canne à sucre, le troisième [illegible] celle du coton, le deuxième à la culture du blé d'Europe [illegible] es champs couvrent parfois une immense étendue de t[illegible]n, et le premier à celle des plantations d'*agaves*, que l'on p[illegible] considérer comme le vignoble des Indiens aztèques.

C'est dans cette partie du grand plateau d'Anahuac, e[illegible] la cité de Mexico et les petites villes de Cordova et Xalapa [illegible] que paraît un groupe de montagnes volcaniques [illegible]ant-

males. Vous pouvez même savoir combien de succès ou d'insuccès appartiennent aux cas d'absence de cicatrices, ou de cicatrices normales, ou de cicatrices vicieuses. Rien de mieux en apparence; mais, dans ces tableaux, où le chiffre des cicatrices anormales ou nulles d'une vaccination antérieure équivaut à environ les *deux tiers* du chiffre des cicatrices légitimes, nul moyen de reconnaître de quelle manière cette masse énorme d'expériences inutiles ou suspectes, au point de vue des effets de la *revaccination*, se répartissait entre les diverses catégories d'âges. Qui ne comprend de quel poids doit être, dans la valeur d'une statistique, un élément de cette importance?

Que si l'on passe par-dessus cette grave lacune, et qu'on se demande simplement quelle a été la part *proportionnelle* des catégories d'âges dans les *succès*, les succès *modifiés* et les *insuccès* des statistiques wurtembergeoises, les tableaux ne le disent pas à première vue; mais ils renferment les éléments de ce calcul. Nous nous sommes donné la peine de l'établir pour ce qui concerne deux grandes expériences, savoir : *les revaccinations de la garnison de Ludwisburg* en 1833 (portant sur un total de 1683 individus) et le *tableau général des revaccinations de l'armée wurtembergeoise*, de 1829 à 1835 inclusivement. Or, — et cela justifie bien nos réserves de tout à l'heure à l'endroit des statistiques de Prusse, — nous sommes arrivé à un résultat qui se rapproche de celui de M. Vleminckx. En effet, pour la première expérience, nous trouvons : de 0 à 20 ans, 7 succès sur 19 (un peu plus du tiers); de 20 à 30 ans, 505 succès sur 1539 (environ le tiers); de 30 à 40 ans, 60 succès sur 119 (la moitié); au-dessous de 40 ans, 5 succès sur 6. Pour la seconde expérience, nos calculs donnent : de 0 à 20 ans, 31 succès sur 92 revaccinations (un tiers); de 20 à 30 ans, 2355 succès sur 8057 (un peu moins du tiers); de 30 à 40 ans, 109 succès sur 274 (un peu moins de moitié); au-dessus de 40 ans, 12 succès sur 18 (les deux tiers).

On voit que le succès de la revaccination augmente en proportion de l'âge, avec des différences, il est vrai, moins grandes que dans la statistique belge, mais qui pourraient, comme nous venons de le dire, s'accroître si l'on retranchait les expériences sur sujets non déjà vaccinés, comme il est arrivé à M. Vleminckx pour la statistique de Saint-Hubert.

Il serait aisé d'ailleurs de trouver des exemples de revaccination en grand faites presque sans aucun succès dans des hôpitaux d'enfants, sur des élèves des écoles, dans des institutions (expériences de Andrejewsky, Doepp, Spasky, Schestakoff, etc.); mais, pour le moment, nous ne voulons que montrer par quelques remarques à quel point les vues de M. Vleminckx méritent de fixer l'attention du corps médical.

Ces résultats statistiques se maintiendront-ils, en Belgique et ailleurs, dans les futures enquêtes qui pourront être faites avec les précautions et conformément au cadre recommandés par M. Vleminckx? Conséquemment, les déductions pratiques qu'il en a tirées ne paraîtront-elles pas exagérées, et pourra-t-on dire avec lui qu'il est à peu près inutile de revacciner l'armée ou les élèves des institutions ouvertes à la jeunesse? L'avenir le dira. Quant à présent, on peut faire remarquer seulement que la réceptivité des adultes ou des vieillards pour le virus vaccin n'équivaut pas à une réceptivité égale pour la variole, puisque, d'une part, on voit des individus (des médecins, par exemple, ainsi que le remarque M. Grisolle) sensibles à l'action du vaccin, qui pourtant subissent impunément le contact journalier des varioleux, et que, d'autre part, les épidémies varioleuses respectent d'ordinaire les personnes avancées en âge. Du reste, M. Vleminckx lui-même doit adhérer à notre remarque, puisque, après avoir parlé de la réceptivité exceptionnelle des vieillards pour la variole, il explique par les conditions organiques de la sénilité leur immunité dans les épidémies de variole.

A. DECHAMBRE.

Le prix élevé auquel s'est maintenu, depuis plusieurs années, le sulfate de quinine a engagé les chimistes et les médecins à employer un certain nombre de nouvelles substances, d'un prix plus modéré et jouissant cependant de propriétés antipériodiques aussi efficaces. Un assez grand nombre de ces substances ont été indiquées; mais malheureusement, jusqu'à présent, presque toutes n'ont pas répondu complétement à ce qu'on en attendait. Il en est cependant qui paraissent jouir de la faculté de *couper* les fièvres intermittentes à un degré assez prononcé, pour qu'il soit intéressant de poursuivre des expériences sur leur emploi. Dans ce nombre, nous rangerons l'*acide picrique* ou *carboazotique*, dont les docteurs Bell et Moffat ont préconisé l'action comme antipériodique; cet acide, qui donne une des couleurs jaunes les plus riches de la teinture, a été employé avec avantage par ces honorables confrères; mais on lui préfère généralement les sels, qui ont une action moins vive sur l'estomac. Parmi les *picrates* proposés, les meilleurs sont celui d'ammo-

---

avec les cimes les plus élevées du continent. De Humboldt a mesuré les principales : le Popocatepetl, c'est-à-dire *montagne fumante*, a 5400 mètres de hauteur; l'Iztaccihualt, ou *femme blanche*, 4786 mètres; le Citlaltepetl, ou *montagne de l'étoile*, autrement nommé le pic d'Orizzaba, 5295 mètres (ce dernier est éteint depuis fort longtemps et son sommet est couvert de neiges éternelles); le Coffre de Pérote, 4088 mètres : c'est une montagne porphyrique qui représente un sarcophage antique surmonté à une de ses extrémités d'une pyramide; enfin la cité de Mexico est à 2284 mètres au-dessus du niveau de la mer.

Lorsque le soleil vient à dorer les pentes de ces montagnes, il y produit des effets grandioses : éclairant de ses éblouissants rayons les parties les plus saillantes, laissant dans l'ombre de vastes replis de terrain, il découpe des teintes tout à fait fantastiques.

Les hôtes de ces régions élevées, comme animaux sauvages, sont peu connus : on y rencontre l'apaxa, ou cerf mexicain; la conopalt, du genre des moufettes, le loup, le tigre et l'ours mexicains, de petite taille; le jaguar et le couguar, qui, dans le nouveau monde, représentent le tigre et le lion de l'ancien continent; le mitzli, qui ressemble au lion sans crinière.

Les oiseaux y sont d'une variété extrême, et beaucoup sont encore plus remarquables par leur chant harmonieux que par la richesse de leur plumage. Une description élogieuse en a été faite par Francisco J. Clavigero (1), qui conserve avec soin à toutes les familles les noms indiens. L'oiseau cardinal est un des plus brillants; vient ensuite la grande famille des perroquets, dont l'espèce la plus curieuse est celle des tozncnetl : ils imitent avec un naturel parfait la voix humaine avec toutes ses variations, depuis le rire éclatant de l'adulte jusqu'aux pleurs de l'enfant, les cris et les chants de différents animaux. Ce n'est pas sans effroi qu'à la tombée de la nuit, par exemple, on entend ces singulières et multiples intonations.

(1) *Historia antigua de Mexico y de su conquista*, etc. Bolonia, 1780, traducida del italiano par J. Joaquin de Mora. Mexico, 1844, p. 28 et suivantes.

niaque et celui de fer (ceux de quinine et de cinchonine que le prince L. L. Bonaparte avait préparés pour obtenir un médicament très énergique par suite de la réunion des deux éléments très fébrifuges, n'ont pas donné de résultats satisfaisants, et se sont même montrés entièrement impropres à agir comme antipériodiques). Les *picrates de fer* et *d'ammoniaque*, employés plusieurs fois avec succès par M. Moffat, dans des cas de fièvre intermittente et d'anémie, ont été administrés en pilules, d'un quart à un demi-grain trois fois par jour. Tout récemment, M. Alfred Aspland, du *Asthon royal Infirmary*, a employé l'acide picrique et ses sels sur une grande échelle, et en a obtenu des effets qui doivent encourager les expérimentateurs. Chez plusieurs malades atteints de fièvres intermittentes d'une nature grave, on donna l'acide picrique trois fois par jour à la dose d'un grain, en augmentant progressivement jusqu'à quatre grains chaque fois; quelques-uns furent débarrassés en quarante-huit heures; deux durent continuer le traitement pendant neuf semaines. M. Aspland a obtenu de bons effets de l'acide picrique dans l'anémie, et l'affaiblissement résultant d'hémorrhagies, et dans des cas de débilité où la quinine est généralement efficace. Du reste, M. Aspland n'ose pas décider s'il vaut mieux faire usage de l'acide picrique ou de ses sels, et ne reconnaît d'autre inconvénient à ce traitement, que la coloration particulière de la peau qui survient par suite de l'emploi prolongé de ce remède. Le *picrate de fer*, qui est en masses amorphes rouge brun, devenant plus claires quand elles sont pulvérisées, parut devoir être la forme médicamenteuse la meilleure de l'acide picrique, et surtout comme devant être substitué aux préparations de quinine associée aux sels de fer : il sera préférable de le donner en pilules pour éviter son goût très amer. Un des effets les plus remarquables qui accompagnent cette médication est, comme nous l'avons déjà dit, la coloration de la peau et de la conjonctive en jaune, et celle de l'urine en orange. Cet effet, d'après MM. Calvert et Moffat, se manifeste généralement du deuxième au seizième jour après le début du traitement, quand le malade a déjà pris environ quinze grains d'acide. D'après M. Aspland, les sujets robustes offrent plus communément cette coloration, qui se manifeste plutôt chez les adultes que chez les enfants. La peau reprend sa couleur normale quinze jours ou trois semaines après la cessation du traitement. (*Dublin Medical Press*, 3 décembre 1862.)

— Dans quelques circonstances il arrive que des cryptogames se développent spontanément sur le pain, et c'est ainsi qu'en 1842 le pain de munition, préparé à Paris, présenta une production organique anormale, qui fut reconnue être constituée par deux champignons, dont l'un fut désigné sous le nom d'*Oïdium aurantiacum*, et l'autre ne fut pas déterminé. Depuis, en 1843, M. Montagne publia la description d'un nouveau cryptogame, le *Penicillium sitophilum*, qu'il avait trouvé en 1841 sur un pain rouge provenant du Val-de-Grâce. Enfin, dans ces derniers temps, M. Commaille, pharmacien aide-major et professeur suppléant à l'école d'Alger, eut occasion d'observer des tranches de pain entièrement recouvertes sur leurs deux faces d'une couche épaisse d'une production cryptogamique rouge; il pensa dès lors à mettre à profit cette circonstance pour étudier de nouveau la question, et arriva à reconnaître que ces productions étaient constituées par trois champignons, l'*Oïdium aurantiacum*, Léveillé; le *Penicillium sitophilum* de Montagne, et un autre *Penicillium*, probablement le *P. roseum* de Link. Ses expériences lui ont permis de transmettre la végétation de pains infectés à d'autres qui ne l'étaient pas, et de la semer sur plusieurs substances diverses, telles que de la colle, de l'amidon, du lait, etc. Un fait intéressant qui s'est présenté à notre zélé confrère est celui-ci : quelques grammes de farine qui avaient servi à la fabrication du pain contaminé, légèrement humectés, ont été placés dans des vases et recouverts de cloches mouillées. Il s'y est produit rapidement une végétation abondante, mais qui n'a offert aucune mucédinée rouge; ceci peut s'expliquer de deux manières : ou la cuisson est nécessaire pour que les germes de ces mucédinées puissent être mis en liberté et croître, s'ils préexistent dans la farine; où, comme cela paraît plus probable à M. Commaille, ces germes ont été incorporés dans ces farines par le levain. Quoi qu'il en soit, ces productions si curieuses ne paraissent se former que très accidentellement, car nous n'avons pas ouï dire qu'elles aient été observées depuis 1842 à Paris. Le moyen efficace qui fut employé à Paris, et qui devrait être également choisi si quelque fait analogue se présentait encore, consisterait à employer moins d'eau dans la fabrication du pain, à augmenter la proportion du sel et à mélanger toute farine suspecte avec des farines d'excellente qualité. (*Recueil des mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires*, novembre 1862.)

— Un certain nombre de plantes jouissent de la propriété de déterminer par leur contact, et parfois même par

La plupart de ces montagnes renferment dans leur sein d'immenses trésors. Les mines d'or, d'argent surtout, si célèbres autrefois, sont encore fort riches aujourd'hui; leur produit annuel, en temps ordinaire, s'élève à une valeur de 22 millions de piastres (la piastre vaut 5 fr. 35 ou 37 c.). L'or n'entre que pour un millième dans ce produit.

Les plus belles mines d'argent sont celles des États de Guanaxuato et Michoacan. Aujourd'hui, par suite des révolutions civiles du pays (depuis 1821, ère de son indépendance, il en est à sa deux cent quarantième révolution), l'exploitation des filons, qui sont loin d'être épuisés, est dans le marasme. Dans ces derniers temps, des compagnies anglaises, qui avaient même découvert de nouvelles terres argentifères, se sont ruinées dans leur entreprise.

Les mines de houille, de sel surtout, constituent aussi un des principaux produits du pays. Il y a des plateaux élevés où, par suite d'une évaporation rapide, le sol se couvre d'efflorescences salines de natron. D'anciens marais, de grandes étendues de terrain, desséchés artificiellement par les premiers conquérants, présentent à leur surface une couche qui se renouvelle constamment d'hydrochlorate, de carbonate de soude et de chaux, de nitrate, de potasse et d'autres substances salines (1).

La végétation varie, comme la température, depuis les rivages brûlants de l'Océan jusqu'aux sommets glacés des Cordillères.

Dans la région chaude, jusqu'à 400 mètres de hauteur, les palmiers à éventail, d'autres variétés de la même famille, la céphalante à feuilles de saule, le calebassier, la sauge occidentale, le campêche rayé, la bignone à feuilles d'osier, la malpighie à feuilles de sumac, dominent dans la végétation spontanée. Cultivés sur les confins de la zone tempérée et de la zone chaude, le cotonnier, la canne à sucre, le cacaotier,

(1) Telle est la base de la grande fortune d'une des principales familles mexicaines qui habite aujourd'hui Paris, où elle brille par son opulence.

leurs émanations seules, des accidents qui peuvent devenir assez graves. Parmi elles, nous pouvons citer les *Rhus*, dont une espèce, le *Rhus Cotinus*, est cultivée assez fréquemment dans nos bosquets, à cause de l'élégance du panache que forment ses fruits, et peut être la cause de certains accidents chez les personnes qui manient imprudemment ses feuilles. Mais il y a une autre espèce du même genre, le *Rhus toxicodendron*, qui produit des effets beaucoup plus graves, ainsi que le prouvent les récentes observations de M. le docteur Millon (de Revel). Le *Rhus toxicodendron*, originaire de l'Amérique du Nord, accomplit facilement les diverses phases de sa végétation sous notre climat, surtout s'il se trouve rapproché d'endroits humides, et en même temps exposé au soleil. Il existe un de ces arbres au jardin de Sorrèze, que le jardinier Barthez taille avec précaution, ce qui lui permet de n'en pas ressentir de fâcheux effets; mais, voulant détruire les rejetons qui sortent de tous côtés du sol autour de cet arbre, il se sentit pris, après quelques heures, de frissons suivis d'une grande chaleur; le lendemain, céphalalgie, gonflement érysipélateux sur toute la face, paupières gonflées, ne pouvant s'ouvrir, éruption gagnant tout le corps, qui devient rouge et se couvre de phlyctènes; le second jour, fièvre, délire, éruption plus forte; le troisième jour, les phlyctènes laissent couler un liquide transparent; le cinquième jour, la peau se détend, se desquame, et devient le siége d'un prurit insupportable. La fièvre cesse, le calme reparaît sous l'influence de fomentations un peu ammoniacales; guérison après quelques jours. L'année suivante, Barthez fait tailler et arracher le *Rhus* par un aide, qui n'éprouve rien. Encouragé, le fils de Barthez touche quelques feuilles de l'arbre; le lendemain, il éprouve les symptômes que son père avait présentés, et offre même une éruption plus forte. Même traitement, guérison. Deux ans plus tard, quelques élèves du collége manient des branches de *Rhus*, et sont pris le lendemain de phénomènes assez graves qui disparaissent cependant sous l'influence d'applications émollientes. De ces faits et de quelques autres analogues M. le docteur Millon tire cette conclusion, que le mode de végétation de la plante influe beaucoup sur la propriété fâcheuse qu'elle présente, et qu'il faut se méfier surtout des pieds de *Rhus toxicodendron* qui sont jeunes et vigoureux dans leur croissance. Il est à remarquer que le suc de *Rhus*, qui est la partie active de ces végétaux, est d'autant plus énergique qu'il a été plus élaboré, et comme c'est alors seulement qu'il réunit les conditions de densité qui permettent d'en faire usage comme vernis, il ne faut pas s'étonner de la précaution extrême que prennent en le maniant les ouvriers chinois et japonais. Ils ont bien soin de se couvrir le corps et le visage d'une couche d'huile, qui empêche le contact immédiat du suc sur la peau, car les suites en seraient très pénibles pour eux. A ce sujet, nous rapporterons un fait qui s'est passé à Paris il y a quelques années. Un amateur de chinoiseries avait reçu une bouteille de vernis provenant du Japon, et la rapportait chez lui; au moment de rentrer, un choc brise le vase dans sa poche, et le liquide se répand à terre. Dès le soir même, notre amateur et sa domestique, qui avait cherché à éponger ce qui avait coulé sur le sol et sur les vêtements, furent pris d'une éruption extrêmement violente, qui s'étendit des mains à tout le corps; des phlyctènes énormes couvrirent toute la surface des membres, et après leur rupture laissèrent la peau colorée en noir pendant environ une quinzaine de jours. Cette éruption fut accompagnée d'une fièvre très violente, et ne cessa que sous l'influence d'un traitement émollient très prolongé. (*Journal de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, novembre 1862.)

Léon Soubeiran.

La dernière séance de l'Académie de médecine a été remplie par la fin du discours de M. Bouchardat sur les *eaux potables*, et par une allocution de M. Bouillaud, président sortant.

M. Bouchardat a parlé, comme nos lecteurs s'en apercevront, moins sur la question actuellement pendante qu'à propos de cette question, comme il l'a d'ailleurs reconnu en commençant. Mais son discours n'en est pas moins précieux comme analyse savante de toutes les conditions des bonnes eaux et des effets particuliers des principes minéraux, végétaux ou animaux qu'elles peuvent contenir. Quant à l'allocution de M. Bouillaud, nous en avons surtout retenu ce qu'il a dit d'aimable pour la presse, et l'esprit libéral dont il s'est montré animé envers ce *pouvoir*. La presse va au-devant de toute invitation à la modération, aux convenances, à l'équité; puissent MM. les académiciens accepter du même cœur son indépendance, à l'imitation de leur ex-président!

Le fauteuil va être occupé en 1863 par M. Larrey. On sait que M. Larrey lui-même est remplacé, comme vice-président, par M. Grisolle.

Nous recevons, trop tard pour l'insérer, une lettre de M. Baillarger sur le goître chez les animaux domestiques. Cette lettre prouve que nous avons eu raison de faire des réserves quant aux dénégations de M. Rey, professeur à l'école vétérinaire de Lyon. La lettre de M. Baillarger contient de nouveaux faits

---

l'indigotier, ne dépassent guère le niveau de 6 à 800 mètres; cependant, la canne prospère dans les vallées abritées à un niveau de 1800 mètres : il en est ainsi à Orizzaba. Le bananier s'étend des bords de la mer jusqu'au niveau de 1400 mètres.

La région tempérée, depuis 400 jusqu'à 2000 mètres, présente le *Liquidambar Styrax*, le poivrier à longue cosse, différentes variétés de piments, la véronique de Xalapa, la sanguinaire mexicaine, l'arbousier à fleurs épaisses, quatre variétés de chênes mexicains, commençant à 900 mètres d'élévation et finissant à 2200; l'if des montagnes, etc.

Dans la région froide, depuis 2150 mètres jusqu'à 4500, on remarque le chêne à tronc épais, le rosier mexicain, l'aune, la valériane à feuilles cornues, le *Datura superba*, la sauge cardinale, la potentille naine, l'alisier denté, le fraisier mexicain, les sapins, qui, commençant dans la région tempérée à 1800 mètres, ne finissent dans la froide qu'à 4000 mètres. Le pays produit des espèces indigènes de cerisiers, de pommiers, de noyers, de pêchers, de mûriers, de fraisiers; il s'est approprié la plupart des fruits d'Europe et ceux de la zone torride.

Parmi les végétaux mexicains qui fournissent une abondante substance alimentaire, le bananier tient le premier rang. Un seul *régime* de bananes contient souvent 160 à 180 fruits et pèse 30 à 40 kilogrammes. Un terrain de 100 mètres carrés de surface produit aisément 2000 kilogrammes pesant de fruits. Le manioc occupe la même région que le bananier. La culture du maïs est plus étendue; ce végétal indigène réussit sur la côte de la mer et dans les vallées de Toluca, à 2600 mètres au-dessus de l'Océan. Le maïs produit généralement 150 pour 1; il forme la principale nourriture des hommes et des animaux. Le froment, le seigle et les autres céréales d'Europe ne sont cultivés que sur le plateau dans la région tempérée. Dans la région la plus fertile, on cultive la pomme de terre originaire de l'Amérique méridionale, et le *Chenopodium quinoa*, dont la graine est un aliment aussi sain qu'agréable. La patate et l'igname sont cultivés dans la région chaude. Le *Ma-*

qui ne nous paraissent laisser aucun doute sur la complète exactitude de ceux qu'il a avancés dans la note lue par M. Rayer à l'Institut. Nous publierons la lettre de M. Baillarger dans le prochain numéro. A. D.

MM. les docteurs des départements dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire est expiré le 31 décembre 1862 sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 janvier, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat de vingt-quatre francs payable le 31 janvier 1863.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine pratique.

De la valeur des signes diagnostiques fournis par l'inspection de la langue, par le docteur Antoine Cros.

En outre des degrés divers de dessiccation qui changent l'aspect des enduits dont se couvre la langue dans tant de maladies différentes, il arrive que, dans certains cas, ils contiennent des substances étrangères qui en modifient les propriétés. Ces substances peuvent provenir directement du dehors, telles sont les matières colorantes des boissons et des aliments, etc.; il y aurait une série d'études à faire sur ce sujet que nous ne pouvons ici qu'indiquer. Mais, en outre, les glandes salivaires sont des organes d'*excrétion*, bien que le liquide qu'elles fournissent soit utile dans les fonctions digestives, et l'on sait avec quelle promptitude certains médicaments arrivent à ces glandes par la voie de la grande circulation (par exemple, l'iodure de potassium); on a donc pu admettre que la salive, et par conséquent les enduits qu'elle forme, contiennent, dans certains cas, soit des matières putrides puisées dans le sang, soit de la bile. La présence de cette dernière est peu contestée; cependant il est plus que probable, ainsi que nous le démontrerons plus loin, que la plupart des enduits appelés bilieux ne contiennent pas un atome de bile. D'un autre côté, l'*ictère* le mieux caractérisé, la cholémie la plus évidente peut exister sans qu'il y ait trace de pareils enduits sur la langue, et ce n'est pas chose rare que de voir dans cette maladie la langue présenter la teinte rose normale ou quelque peu d'enduit blanchâtre ne paraissant nullement bilieux. Voici trois faits de ce genre :

Obs. V. — M. T..., étudiant (1), âgé de vingt et un ans, d'une complexion robuste, blond, ayant habituellement le teint blanc et rose, que l'on considère comme un signe de parfaite santé, est pris cette année (1861) (1) de quelques malaises, de vertiges, d'un peu de prostration, et bientôt après il s'aperçoit que ses sclérotiques deviennent jaunes. Au moment où je le vois, la teinte cholémique a envahi toute la peau ; celle-ci est visqueuse au toucher. Le pouls donne 48 pulsations par minute. L'urine contient de la bile en abondance. Le foie, mesuré sur la verticale mammaire, a 20 centimètres: il dépasse la ligne médiane de 8 à 10 centimètres. La langue ne présente absolument rien de particulier, et la coloration rose de ses joues n'a pas disparu.

Obs. VI. — Mademoiselle H..., âgée de cinq ans, lymphatique, un peu maigre, pâle en ce moment, est prise de cholémie et de fièvre intermittente; sa rate a 6 centimètres de hauteur, son foie 11 centimètres; il dépasse la ligne médiane de 6 centimètres, etc., etc. La langue n'offre qu'un enduit blanchâtre dans son milieu; la pointe est un peu rouge.

Obs. VII. — Mademoiselle L. C..., âgée de quatre ans et demi, constitution maladive, mais ayant résisté vigoureusement aux troubles les plus graves de la santé, tempérament essentiellement nerveux, tégument externe malade presque en entier, pneumonies fréquentes et très graves, etc., est prise de cholémie et de fièvre intermittente; la rate est volumineuse, ainsi que le foie; la langue est rose, et n'offre ni enduit, ni rougeur (2).

Le lecteur a dû remarquer dans ces trois faits : 1° l'absence de colique hépatique; 2° la coïncidence de la congestion splénique avec la congestion hépatique. Le sulfate de quinine a puissamment aidé à la guérison de ces trois malades.

Obs. VIII. — Dans un cas que nous avons en ce moment sous les yeux, nous avons observé, avec le volume exagéré du foie, une grande augmentation du volume de la rate; il y a eu des douleurs d'estomac et de ventre atroces, surtout dans les hypochondres, et plus spécialement à droite ; et beaucoup de gaz remplissait et distendait l'intestin et l'estomac. La langue est couverte, surtout le matin, d'un enduit jaune verdâtre que je n'hésiterais pas à qualifier de *bilieux*, si je ne l'avais rencontré que dans des cas où la bile pût jouer un rôle quelconque, et si l'acide nitrique étendu d'eau en avait le moins du monde modifié l'aspect. Cet enduit, détaché avec une spatule, paraît d'un blanc grisâtre sale.

Avant de formuler les conclusions de ce travail, conclusions qui ne seront que l'expression de ce que nous voyons tous les jours et de ce que chacun peut voir comme nous, nous avons cru indispensable de les appuyer sur un grand nombre d'observations faites dans des circonstances variées, et pour cela nous avons examiné tous les malades qui se trouvaient le 28 février 1862 dans la salle Saint-Charles, à la Charité (service de M. le professeur Piorry), en cherchant à rattacher l'état de leur langue aux états pathologiques divers que présentait chacun d'eux.

Voici donc vingt-six observations fort courtes et très incom-

(1) Nous ne mentionnons que ce qui est essentiel au point de vue des enduits de la langue.

(1) Il y a un an, M. T.. a eu une fièvre intermittente qui a duré deux mois.

(2) Le 6 mars 1862, il y avait dans le service de M. Piorry 5 malades atteints d'ictère intense. Aucun d'eux n'avait la langue jaunâtre ni verdâtre.

---

guez, variété d'*Agave*, fournit la boisson nommée *pulque*, qui tient lieu de vin à l'Indien. L'ancien Mexicain faisait avec le ligneux de la plante une espèce de chanvre; il tirait de ses feuilles un fil excellent et le papier sur lequel il peignait ses figures hiéroglyphiques. Il composait avec le suc, très âcre avant la floraison, un puissant caustique pour nettoyer les plaies. Les épines servaient d'épingles et de clous pour les usages domestiques, et, dans les mains des prêtres mexicains, elles déchiraient les bras et la poitrine du patient dans les actes d'expiation.

L'État d'Oaxaca est aujourd'hui la seule province où l'on cultive en masse le *Nopal* ou le *Cactus cochenilifer*, sur lequel on recueille l'insecte qui produit la cochenille. Celle-ci présente un objet d'exportation de la valeur annuelle de 12 millions de francs. Il faut aussi citer l'*Epidendrum vanilla*, le *Convolvulus Jalapa*, ou vrai jalap, qui croît naturellement dans le canton de Xalapa, au nord-ouest de la Vera-Cruz; la *Copaifera officinalis* et le *Toluifera balsamum*, deux arbres qui donnent une résine odorante connue dans le commerce sous le nom de *baume de copahu* et de *Tolu*.

Les rivages des baies d'Honduras et de Campêche sont célèbres, depuis le moment de leur découverte, par leurs riches et immenses forêts de bois d'acajou et de campêche. Le gaïac, le sassafras, le tamarin et l'arbre à casse, qu'on voit aussi dans l'État de Vera-Cruz, ornent et enrichissent ces provinces fertiles. On trouve dans les bois l'ananas sauvage; tous les terrains rocailleux et bas sont chargés de diverses espèces d'aloès et d'euphorbes.

Cette riche végétation se rencontre à des degrés divers dans toutes les parties du territoire mexicain. Orizzaba, située sur les limites des terres chaudes et des terres tempérées, offre ce mélange si curieux des productions de la zone torride et du continent européen. Les fruits indigènes, les plus estimés même par les étrangers, se rencontrent dans les jardins qui entourent les misérables cases des Indiens : ce sont des mangotiers, arbres très élevés qui donnent la mangue, espèce de

plètes, sans doute, mais suffisantes au point de vue de la question que nous cherchons à élucider; nous les appelons, pour ainsi dire, en témoignage, les laissant à peu près muettes sur presque tout ce qui n'a pas un rapport direct avec la cause que nous voudrions juger.

Obs. IX. — N° 1, salle Saint-Charles. N..., âgé de quarante-six ans. Épilepsie; fièvre intermittente rebelle à tous les moyens employés : sulfate de quinine, extraits divers et alcoolés quiniques, douches froides, etc. La rate, qui est à 6 centimètres, sous l'influence de ces remèdes redevient normale pour quelques heures, puis reprend son volume exagéré le lendemain. Langue blanchâtre, un peu rouge du bout, comme fendillée au milieu, assez molle. Le malade déclare qu'il dort avec la bouche ouverte.

Obs. X. — N° 2. Le nommé B..., greffier, âgé de trente-sept ans. Polyarthrite (rhumatisme articulaire aigu) rapidement améliorée par trois saignées pratiquées coup sur coup. Langue pâle; un peu d'enduit blanchâtre humide. Le malade dit dormir la bouche close.

Obs. XI. — N° 3. H..., courtier, âgé de quarante-quatre ans. Phymopneumonite (phthisie galopante). Langue normale; rougeur très légère du bout; *congestion papillaire*; quand il dort avec la bouche ouverte, il se réveille avec un goût fade très désagréable. Il a mangé ce matin.

Obs. XII. — N° 4. R..., âgé de vingt-huit ans, employé. Syphilis constitutionnelle (syphiémie, etc., etc.). Langue normale. Il a mangé ce matin.

Obs. XIII. — N° 5. L..., âgé de vingt-cinq ans, garçon d'office. Iléospilosite, septicémie, etc., fièvre typhoïde légère des auteurs. Malade depuis vingt jours. Langue pointue, couverte d'un enduit léger, éparpillé, semblable à une poussière d'un blanc jaunâtre ; la pointe est rouge, pointillée ; cette rougeur diminue quand la langue n'est pas hors de la bouche. Le malade dit avoir faim.

Obs. XIV. — N° 6. J..., âgé de quarante ans, tailleur. Langue humide, enduit jaunâtre léger, toux habituelle, dyspnée légère.

Obs XV. — N° 7. D..., âgé de trente-neuf ans, inspecteur de la vidange. Perte considérable de sang par les fosses nasales (rhinorrhémie, cas très grave, rebelle à tous les moyens employés, même au tamponnement. Les aspirations profondes et accélérées paraissent amener la suspension de l'hémorrhagie. Sucs d'herbes; ligatures sur les membres. Langue pâle; enduit complétement noir, épais, adhérent. Cet enduit est-il formé par la salive épaisse par la dessiccation, et coloré par le sang qui, descendant des fosses nasales en arrière, est rejeté par la bouche? Cela paraît certain. Quoi qu'il en soit, l'enduit, sans aucun doute, est en rapport avec l'occlusion des fosses nasales, et non pas directement avec l'hémorrhagie. Ce malade sort guéri le 8 mars.

Obs. XVI. — N° 8. G..., âgé de cinquante-neuf ans, tailleur de pierre. Myosalgie. Le repos est le seul traitement employé. Langue humide, un peu blanchâtre; enduit léger. Le malade déclare dormir avec la bouche ouverte assez fréquemment; il s'en aperçoit à ce qu'alors il a la langue pâteuse et la bouche mauvaise.

Obs. XVII. — N° 9. G..., âgé de soixante-huit ans, tailleur. Pyobronchorrhée chronique, toux, dyspnée. Enduit général assez épais, blanc grisâtre.

Obs. XVIII. — N° 10. J..., journalier, âgé de vingt ans, malade depuis sept jours. Iléo-spilosie, septicémie, etc. (fièvre typhoïde des auteurs), cas très grave. Langue *très mauvaise*, pointue, sèche, visqueuse, *d'un rouge pourpre foncé presque uniforme* sous l'enduit plus foncé au centre. Enduit de couleur *jaune de Naples* enlevé et comme déchiré par places.

Obs. XIX. — N° 11. H..., âgé de vingt-six ans. Pneumophymie; entérorrhée chronique. Langue pâle, humide, sans enduit notable; pas de dyspnée; bouche habituellement fermée.

Obs. XX. — N° 12. H..., imprimeur, âgé de quarante-six ans. Hémiplégie à droite. Langue normale; respiration parfaitement libre.

Obs. XXI. — N° 13. V..., âgé de cinquante-sept ans, peintre en bâtiments. Molybdentérie (colique saturnine). Langue large et pâle, d'une teinte uniforme, sans enduit. Le malade dit être certain de dormir avec la bouche fermée.

Obs. XXII. — N° 14. B..., âgé de cinquante sept ans, garçon de salle, malade depuis quinze jours. Myosite presque générale (rhumatisme musculaire aigu), cas rare. Enduit jaune un peu verdâtre; les bords et la pointe paraissent rouges; mais en y regardant de près, on reconnaît que ce n'est qu'un effet de contraste, et que leur couleur est la couleur normale de la membrane muqueuse de la langue. Sommeil troublé; cauchemars; respiration pénible; un peu de constipation.

Il est à remarquer ici que souvent les enduits qu'on qualifie de *bilieux* ne doivent leur couleur jaunâtre ou verdâtre qu'aux lois des oppositions des couleurs; nous rappellerons aussi à ce propos que le rouge et le vert, le rouge violacé et le jaune verdâtre sont des couleurs *complémentaires*. Aussi voit-on les enduits qui semblaient verts ou jaunes sur la langue paraître d'un gris sale (leur vraie couleur) après qu'on les a enlevés et qu'on les examine dans un vase blanc (1).

Obs. XXIII. — N° 15. C..., âgé de vingt-six ans, garçon marchand de vins. Variolo discrète en pleine convalescence. Langue rouge, large, d'une teinte uniforme, moins humide qu'à l'état normal.

Obs. XXIV. — N° 17. C..., âgé de dix-huit ans, régleur. Pneumonite; entérorrhée. Langue normale. Convalescence.

Obs. XXV. — N° 18. D..., âgé de soixante deux ans. Pneumonie; convalescence. Enduit d'un blanc jaunâtre.

Obs. XXVI. — N° 19. Pneumophymie; hémorrhagie du poumon. Langue blanchâtre.

Obs. XXVII. — N° 20. Ramollissement cérébral; perte à peu près complète de l'intelligence. Il est impossible d'obtenir que le malade montre sa langue.

(1) Toutes les fois que les enduits ont une teinte jaune ou verte évidemment bilieuse, ils ont été colorés par de la bile vomie, et le malade en sent parfaitement le goût amer.

---

grande poire jaune à saveur térébenthinée, que l'on goûte fort après quelques jours de répugnance ; des avocatiers, qui produisent l'avocate, espèce de noix verte dont l'intérieur est tapissé d'une pâte analogue, pour la saveur, à du beurre frais ; des goyaviers, dont le fruit délicat sert à confectionner d'excellentes confitures ; de grands arbres chargés de zapotes, dont les espèces sont nombreuses : *negro* (noire), *blanco* (blanche), *amarillo* (jaune), etc. Certaines lianes portent aussi des fruits très savoureux, entre autres la *Chirimoya*, d'un rouge écarlate quand elle est arrivée à sa maturité, et dont l'intérieur renferme une crème épaisse d'une blancheur que font encore ressortir de petits grains rouges disséminés au milieu de la pâte; la *Pitahaya*, qui semble aromatisée à la vanille et à la framboise; la *Papaya*, ou grenade de Chine, dont les graines agglomérées par une gelée grisâtre et transparente ont la saveur parfaite des fraises les plus parfumées d'Europe.

Je ne puis citer ici que les fruits les plus remarquables du nouveau continent; mais il en est une infinité d'autres non moins curieux comme formes, non moins estimés comme goût. Un historien d'une grande fidélité, Hernandez, en donne une description complète dans son Histoire naturelle (1).

Les citronniers, les orangers sont très communs au Mexique; il n'est guère de maison dont la cour ne soit ombragée par ces beaux arbres chargés de fruits qui arrivent à une parfaite maturité.

Les champs d'ananas, les palmiers à noix de coco, les haies touffues et élevées de cafetiers, ajoutent encore à l'originalité des productions des jardins et de la plaine.

La flore proprement dite du nouveau monde est, comme chacun sait, de la plus grande richesse ; les jardins d'Europe ont tiré quelques nouveaux ornements de la flore mexicaine, entre autres la *Salvita fulgens*, à laquelle ses fleurs cramoisies donnent tant d'éclat; le dahlia, avec ses belles variétés; différentes espèces de convolvulus, l'hélianthus gigantesque, etc.

(1) Hernandez, *Historia natural. Novæ-Hispaniæ*, lib. III, ca 66.

OBS. XXVIII. — N° 21. Varioloïde; convalescence. Langue normale.

OBS. XXIX. — N° 22. B..., âgé de soixante ans. Cancer de l'estomac. Langue *normale.*

OBS. XXX. — N° 23. Hémiplégie; perte de la parole. Le malade ne dit rien autre chose que *mama, mama.* Lésion probable des lobules antérieurs du cerveau. *Langue normale;* respiration libre.

OBS. XXXI. — N° 24. Cas obscur. Langue normale.

OBS. XXXII. — N° 25. P..., fièvre typhoïde; mieux; troisième période. Langue blanchâtre.

OBS. XXXIII. — N° 26. Pneumophymie. Langue blanchâtre.

Après avoir consulté la nature, ouvrons l'un des traités cliniques qui la reproduisent le plus fidèlement, il nous présentera précisément les mêmes choses.

Caractères de la langue relevés dans quelques observations prises au hasard dans la CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ *de M. le professeur Bouillaud.*

A. ENTÉRO-MÉSENTÉRITES.

OBS. I. — *Entéro-mésentérite typhoïde; engouement du poumon droit au moment de l'entrée, cas très grave qui s'est terminé par la mort.* — Langue sèche, d'un rouge vif; la respiration est suspirieuse, fréquente, etc. Trois jours après, la maladie faisant des progrès, la langue devient moins rouge, un peu sèche; puis elle devient sèche et grillée deux jours après, enduit brunâtre sur les dents. Quatre jours après, sèche et ligneuse; le lendemain, lisse, sèche et ligneuse. Après un bain, la langue devient humide; le lendemain elle redevient rouge, sèche, raboteuse. Après un autre bain, elle redevient humide, pour redevenir encore sèche et grillée. Cet état persiste jusqu'à la mort du malade.

OBS. II. — *Entéro-mésentérite typhoïde; bronchite générale (engouement pneumonique), cas grave.* — Langue rouge à la pointe et aux bords, humide; enduit jaunâtre au milieu; langue rouge, lancéolée; enduit jaunâtre. Les jours suivants, tension à l'hypogastre; langue humide, rouge à la pointe, avec couche saburrale; puis successivement: moins rouge, assez humide, un peu saburrale; assez humide, un peu rouge à la pointe; plus rouge; sèche, tremblotante, grillée; un peu moins mauvaise; sèche, grillée; sèche, ligneuse; après un bain, moins sèche; plus tard, assez molle, enduit épais jaunâtre. Langue tirée difficilement, sèche et racornie, enduit jaunâtre au milieu; malgré un bain chloruré, sèche, racornie, saburrale; tremblotante, assez humide; plus sèche, le malade ne peut la tirer. Bouillon de poulet. Langue humide, enduit blanc jaunâtre; molle, humide, moins saburrale; moins sèche, un peu rouge à la pointe, oubliée entre les dents. L'amélioration incontestable ne se soutient pas, la mort a lieu à la suite d'une vive émotion.

OBS. V. — *Entéro-mésentérite typhoïde.* — Langue rouge à la pointe et sur les bords, sèche; papilles développées, avec couche saburrale partielle; salive non acide. Langue rouge, sèche, grillée, raboteuse, ligneuse; *idem*, dents encroûtées; langue sèche et dure; humide, assez molle; humide; sèche, fendillée au milieu, un peu humide sur les bords; d'un rouge vif, sèche, fendillée (haleine fétide), etc., etc.; panachée sur les bords, assez molle à la partie moyenne. Convalescence. Langue sèche; puis successivement: sèche; un peu moins rouge et moins sèche; la langue s'humecte; humide; normale. Guérison.

Dans le résumé des observations d'entéro-mésentérite, M. Bouillaud note comme caractère constant *l'état saburral*, la *rougeur*, la *sécheresse plus ou moins considérable*, *l'état croûteux*, *fuligineux* de la langue, des dents et des lèvres, l'acidité de la salive dans quelques cas.

Ces phénomènes, selon M. Bouillaud, annoncent une coïncidence de gastrite ou plutôt d'une irritation de l'estomac.

M. Bouillaud ne range pas l'état fuligineux de la langue, des dents et des lèvres parmi les symptômes essentiellement *gastriques*.

B. ÉRYSIPÈLES.

OBS. I. — *Érysipèle de la face, cas très grave.* — Langue sèche à la pointe (le malade respire la bouche ouverte); sèche et grillée; moins grillée; sèche et grillée; *idem*. Langue collée à la bouche; sèche et brune; sèche et racornie. Langue moins rôtie; sèche et couverte d'un enduit noirâtre, épais. Mort.

OBS. IV. — *Cas moyen.* — Langue blanchâtre au milieu, assez rouge à sa circonférence, assez humide; humide et blanchâtre; puis humide et rosée.

C. PNEUMONIES.

OBS. I (*Pleuropneumonie*, p. 5, t. II). — Lèvres sèches; langue sèche et blanchâtre; soif vive, etc.; langue moins sèche; sèche.

OBS. II (p. 11) (1). — Langue blanchâtre, humide; blanche, humide.

OBS. III. — Langue rouge à la circonférence, blanche au milieu, assez humide.

OBS. IV. — Langue blanchâtre, humide; rouge à la pointe et sur les bords.

OBS. VIII. — *Pneumonie avec phénomènes typhoïdes.* — Langue sèche et racornie dans son milieu; lèvres sèches, hâlées, excoriées (dyspnée); langue rouge, sèche, raboteuse, grillée; haleine fétide; dents fuligineuses; langue sèche; moins sèche; sèche au milieu; rosée, humide, nette.

D. PLEURÉSIES.

OBS. I. — *Double pleurésie avec épanchement, probablement avec un peu de péricardite, casus gravis.* — Langue rouge à la pointe et aux abords, sèche, blanchâtre à la base; fétidité de l'haleine. Langue rouge, pointue, sèche; sèche, villeuse, aride; *idem;* sèche et rapeuse; sèche et rugueuse; un peu moins sèche; assez bonne. Après quelques jours, alternatives de mieux et de collapsus adynamique. Mort.

OBS. IV. — *Pleurésie gauche avec épanchement; rechute: pleuro-péricardite avec épanchement, casus gravis.* Langue d'un blanc rosé, humide; bouche pâteuse.

N. B. L'état de la langue n'est pas indiqué dans plusieurs observations.

(1) Dans les obs. II, III et IV, la formule des saignées coup sur coup ayant rapidement enrayé la marche de la maladie, les caractères de la langue sont moins prononcés.

La fleur qui occupe le premier rang au Mexique, pour ses dimensions et son parfum, est le *Floripundio*. On assure que sa corolle, d'une blancheur éclatante, d'une seule pièce, est assez vaste pour mesurer plus de 8 pouces de largeur et 3 ou 4 de diamètre à sa partie supérieure. Le fruit a la forme et la grosseur d'une orange, et renferme une amande. Rien de plus gracieux que ces grandes fleurs appendues comme des cloches aux rameaux d'un arbuste élancé (1).

On peut en dire autant de la rose blanche mexicaine, dont le parfum se répand au loin.

Les lianes des terres chaudes portent elles-mêmes des fleurs d'une forme singulière, d'une vaste dimension et d'un arome suave; une grande aristoloche entre autres donne naissance à de gros bouquets pourprés ou gris, en forme de casques. Cette flore si variée, si capricieuse, n'est bien connue que des Indiens, qui tirent parti de chaque fleur, soit pour les usages domestiques, soit comme remèdes; c'est ainsi qu'ils guérissent admirablement les morsures des serpents les plus dangereux et coupent rapidement des fièvres souvent rebelles à notre sulfate de quinine.

J'allais oublier la grande famille des orchidées, originaire, comme le dahlia, du Mexique. Des branches éparses étalent à chaque pas au soleil des fleurs diverses aussi singulières par leurs formes que brillantes par leur éclat: ce sont les capricieuses orchidées, qui s'alimentent du suc d'une séve étrangère.

Les fougères enfin sont représentées au Mexique par des types de toute nature et dont beaucoup sont loin d'être classés ni même connus des botanistes.

Ce pays serait vraiment destiné, si le Mexicain était laborieux, à remplacer les riches provinces du sud des États-Unis pour différentes productions, celle du coton entre autres. Les essais qui ont été tentés dans l'État de Xalisco, par exemple, ont parfaitement réussi, et les environs de Guadalaxara, la

(1) Clavigero, *loc. cit.*, p. 11.

E. MALADIES AIGUES DU CŒUR.

Obs. I (*Endocardite*, p. 366, t. II). — Enduit jaune verdâtre, humide; salive un peu acide; bouche amère; rougeur vive du voile du palais et du pharynx.

Obs. II. — *Endopéricardite très grave.* — Langue saburrale, d'un rouge assez vif à la pointe et sur les bords; bouche mauvaise; haleine fétide.

F. MALADIES DE L'UTÉRUS.

Obs. (*Métrite aiguë*, p. 380). — Langue sèche, grillée.

G. ARTHRITES RHUMATISMALES.

Obs. I (*Rhumatisme articulaire aigu, cas grave*, t. II, p. 420). — Langue humide et visqueuse; blanche au milieu, rouge à la circonférence.

Obs. VII. — *Rhumatisme articulaire.* — Langue sèche.

CONCLUSIONS.

Des faits et des considérations que nous venons d'exposer on doit tirer les propositions suivantes :

I

L'examen de la langue est loin d'avoir l'importance qu'on lui a longtemps attribuée et qu'on lui attribue encore au point de vue du diagnostic; mais son importance est assez grande au point de vue des signes pronostiques qu'il peut fournir.

II

La rougeur hypérémique de la membrane muqueuse linguale et de ses papilles peut être, dans quelques cas rares, essentielle; elle est ordinairement liée à l'existence de divers états pathologiques de l'appareil digestif; on la rencontre presque aussi souvent dans les maladies des appareils circulatoire et respiratoire; elle existe toutes les fois que la tête est congestionnée; elle peut exister dans les affections apyrétiques; mais il est très rare qu'on ne la rencontre pas dans les maladies aiguës fébriles. Lorsque l'état fébrile est intense et persistant, il arrive fréquemment que l'hypérémie de la langue prend tous les caractères d'une véritable inflammation, d'une dermoglossite.

III

Il est facile de distinguer de l'hypérémie dont il vient d'être question, hypérémie essentiellement active, celle qui est l'expression d'une gêne de la circulation veineuse; cette dernière donne à la langue une teinte rouge, violacée, uniforme, générale; elle existe sans érection des papilles, sans modification des tissus. Ses causes les plus fréquentes sont les affections organiques des valvules du cœur.

IV

La rougeur de la pointe de la langue ne paraît pas être le signe d'une *irritation* gastrique. Cette irritation, admise *à priori*, n'a jamais pu être constatée. Cette rougeur est quelquefois liée à la constipation. Il est vrai qu'elle a souvent lieu chez les personnes qui font un grand usage de mets ou de condiments *excitants;* mais, dans ce cas même, il est difficile de savoir si elle est liée sympathiquement et d'une manière directe à un état subinflammatoire de l'estomac (état impossible à constater), ou si elle est le résultat de l'action que ces mets et ces condiments exercent, soit directement sur ses propres tissus, soit sur la circulation générale et sur certaines portions du système nerveux. Souvent, dans les cas d'hypérémie très légère des papilles, la langue n'est réellement rouge que lorsqu'elle est tirée et contractée; si on l'examine alors qu'elle est encore dans la bouche, immobile, et derrière l'arcade dentaire inférieure, on lui trouve sa coloration rose normale.

V

Les enduits légers de la langue peuvent exister sans qu'il y ait même hypérémie des papilles; il s'en produit fréquemment, dans l'état de santé, qui sont enlevés par les aliments solides; ils restent, au contraire, et s'épaississent chez les personnes qui s'abstiennent d'aliments solides. L'hypérémie légère ne s'accompagne pas de ces enduits, ou du moins ils sont balayés par les aliments comme dans le cas précédent; mais les causes qui produisent l'hypérémie intense ou la glossodermite déterminent aussi la formation d'enduits d'une épaisseur, d'une consistance, d'un aspect variable. Les enduits minces qui se forment même lorsque la bouche reste fermée pendant la veille et pendant le sommeil sont composés, en très grande partie, de cellules pavimenteuses aplaties provenant de l'épithélium de la langue elle-même, les autres sont surtout formés par la salive concrétée réduite par l'évaporation.

VI

Il se forme des enduits épais et plus ou moins consistants toutes les fois que la respiration est *fréquente*, toutes les fois qu'elle est gênée, toutes les fois que les malades, pour une cause ou pour une autre, tiennent constamment la bouche ouverte, notamment toutes les fois que le sommeil est pénible et troublé par des souffrances diverses sans être absolument empêché.

VII

C'est pour cela qu'on trouve des congestions actives de la langue, et qu'elle se couvre d'enduits très épais dans les pneumonies, les pleurésies, dans les maladies aiguës du cœur, les entérites graves, dans les affections fébriles à manifestation cutanée, dans les affections septicémiques (dites typhoïdes), dans la plupart des maladies aiguës sérieuses.

La présence de ces enduits est une complication fâcheuse lorsqu'ils sont épais, qu'ils prennent un aspect jaunâtre, brunâtre, lorsqu'ils deviennent noirs, qu'ils acquièrent de la féti-

---

capitale de cet État, sont célèbres par leurs belles rizières, leurs plantations d'oliviers et leur récolte de coton.

La vigne elle-même réussirait parfaitement au Mexique, et l'on ne sait pourquoi, aujourd'hui que le pays a recouvré son indépendance, il ne songe point à revenir sur la mesure prise par l'Espagne : celle-ci avait, comme on sait, décrété que la métropole seule devait fournir du vin à la colonie.

J'ai vu parfois sur le marché d'Orizzaba, au milieu des pêches et des pommes, quelques raisins provenant de Tehuacan ou Saint-Andrès; il est probable qu'ils sont fournis par des treilles et non par de grandes plantations. Ils ont une saveur amère, comme métallique, qui ne rappelle nullement le raisin qu'on mange en France. Je n'ai trouvé cette singulière saveur à aucun de ces mêmes produits que j'ai pu goûter dans mes différents voyages; je n'ai rencontré cette variété ni en Italie, ni en Sicile, ni en Espagne, ni même aux Antilles. J'ai été frappé à la Jamaïque autant des dimensions colossales du raisin que de sa saveur exquise; il est rare dans cette colonie, car les Anglais n'y boivent guère que la bière (*pale ale*) de Bass, le célèbre brasseur de Londres, qui exporte son excellent produit dans toutes les parties du monde. Ce raisin devait aussi provenir de quelques treilles analogues à celles que j'avais vues à la villa du gouverneur de l'île.

En résumé, les trois principaux produits du sol au Mexique, et plus particulièrement aux environs d'Orizzaba, sont le café, la canne à sucre et le tabac. Leur culture est assez intéressante pour que j'en dise quelques mots.

Celle du café est très délicate, et le choix du terrain n'est pas indifférent; une chaleur humide est la seule qui lui convienne, et, si on ne trouve point un sol qui présente ces conditions, il faut le créer, c'est-à-dire planter des bananiers qui abritent le *cafetal* de leur ombre épaisse. Il faut attendre trois années avant la première production; celle-ci, à son tour, n'est guère égale que pendant la même période de trois ans, au bout de laquelle s'opère une décroissance rapide; on doit alors repiquer, dans l'inte[illegible]l de deux plants anciens, un

dité causée, soit par l'état septique du sang, soit par leur décomposition à l'air. Il est urgent alors de les enlever avec le plus grand soin; et lorsqu'ils cessent de se produire, lorsque la langue reprend peu à peu son aspect normal, on doit considérer ce signe comme de bon augure, pourvu que l'état des autres organes ne vienne pas le démentir.

VIII

Il arrive souvent que les enduits de la langue qualifiés de *bilieux*, parce qu'ils offrent une teinte jaunâtre ou verdâtre, non-seulement ne sont pas bilieux, mais encore ne sont réellement ni jaunes, ni verts. Si on les examine dans un vase après les avoir détachés de la surface de la langue, ils présentent une teinte d'un gris sale plus ou moins foncée, plus ou moins uniforme; on leur trouve le même aspect si on les regarde par un trou d'un centimètre de diamètre percé dans une carte blanche qu'on place sur la langue. Ces apparences de coloration sont dues à ce que la langue étant rose, rouge vif ou rouge violacé plus ou moins intense à sa pointe, sur ses bords et sous les enduits, ces derniers, qui en occupent le centre, se colorent des nuances complémentaires. Il n'y a là qu'une application fort simple de la loi des oppositions des couleurs.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Mémoire sur un nouvel appareil de filtrage, le bateau-filtre, appareil applicable aux besoins des grandes villes et des armées en campement*, par M. *V. Burq*. (*Comm.:* MM. Morin, Rayer, Combes.) — (Voy. notre dernier numéro, p. 827.)

— M. *Charrière*, qui avait précédemment soumis au jugement de l'Académie un mémoire sur un mode particulier de *traitement des névralgies et des douleurs rhumatismales*, adresse aujourd'hui un supplément à ses précédentes communications contenant l'indication des modifications qu'il y a apportées et des nouveaux succès qu'il en a obtenus. (*Réservé pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre d'État transmet une circulaire concernant l'enseignement de la médecine dans le *Bellevue Hospital Medical College*, à New-York. (*Comm.:* MM. Rayer, Bouillaud, Michel Lévy, Malgaigne.)

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce communique un rapport de M. le docteur *Perrier* sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault (Allier) pendant l'année 1862. (*Commission des eaux minérales.*)

3° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Duchesne*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale. — *b*. Des lettres de MM. *Guillemin* et *Jules Bouis*, qui se portent candidats pour la place vacante dans la section de chimie et de physique médicales. — *c*. Une note sommaire concernant deux nouvelles opérations d'ovariotomie pratiquées par M. le docteur *Kœberlé*, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

M. *Larrey* dépose sur le bureau : 1° un mémoire volumineux intitulé : ÉTUDES SUR LES HÔPITAUX; 2° la relation d'une épidémie de variole, par M. le docteur *Larivière*; 3° une brochure intitulée : GUIDE D'UNE ARMÉE EN CAMPAGNE, par M. le docteur *Cortese*.

Lectures.

EAUX MINÉRALES. — M. *Poggiale*, au nom de la commission des eaux minérales, lit deux rapports officiels dont les conclusions sont adoptées.

Discussion sur les eaux potables.

M. *Bouchardat* termine la dissertation dont il a lu les deux premières parties dans les séances précédentes.

Il étudie l'influence des eaux sur le développement du crétinisme, ainsi que les autres conditions étiologiques de cette endémie. Suivant M. Bouchardat, le crétinisme endémique est dû principalement à deux causes agissant parallèlement : « la première est la liaison du crétinisme avec le goître endémique; la deuxième, la consanguinité dans les mariages.

» Dans toutes les localités, dit-il, où l'on a observé endémiquement le crétinisme règne le goître endémique : ainsi dans les monts Himalaya en Asie, dans les Andes en Amérique, et, en Europe, dans les Pyrénées et dans les Alpes.

» Dans ces localités, généralement les goîtreux engendrent des crétineux, et ces derniers des crétins.

» Sans doute, la filiation n'est pas aussi nette; le degré intermédiaire peut manquer, les crétins peuvent se produire sans antécédents goîtreux apparents, mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent communément.

» Pour faire développer le goître endémique, quelques années, quelques mois même d'usage de mauvaises eaux peuvent suffire; mais, pour engendrer des crétins, il faut de mauvaises conditions s'étendant sur plusieurs générations. Parmi ces

jeune pied pour régénérer et activer la production. Le café se récolte en décembre et janvier; le plus estimé dans toute la république est celui de Cordova.

La récolte du tabac est souvent scabreuse au Mexique; ce n'est plus, comme dans l'est de la France, la grêle que l'on redoute, mais bien les vents du sud, qui produisent des ravages effrayants et dessèchent des plantations entières dans l'espace d'une nuit. Aussi, les terrains protégés par une enceinte de montagnes sont-ils seuls propices à cette culture. La grande plaine d'Orizzaba, de Cordova surtout, réunit à un haut degré ces conditions.

Les feuilles de tabac se cueillent tous les six mois, on le replante au moyen de nouveaux pieds et même de semis que fournissent spécialement certaines provinces.

La canne à sucre se reproduit par boutures et dans les terres les plus légères; il faut attendre un an à dix-huit mois avant de songer à la récolter; on la coupe alors, et on en extrait la matière sirupeuse au moyen de presses cylindriques: cette matière brute, évaporée dans différentes chaudières, cristallise à l'air; on la livre ainsi à la consommation publique, car, toujours en vertu d'anciens droits de la métropole, on ne raffine pas aux colonies; cette dernière opération se fait en Europe, et, chose singulière, les premiers fabricants achètent à la mère patrie ce même sucre devenu blanc, compacte et parfaitement homogène.

(*La suite à un prochain numéro.*)

A. BUEZ,
Aide-major attaché au corps expéditionnaire.

Orizzaba, 15 novembre 1862.

conditions, celles que je place au premier rang sont les mariages consanguins entre races qui ont subi l'influence de la cause qui donne naissance au goître endémique.

» Cette hypothèse explique l'influence si considérable de la configuration du sol. On observe les crétins dans des vallées encaissées qui ont peu de communications avec le reste du monde; les habitants de ces localités isolées se marient entre eux, et, si les mariages ne sont pas tous décidément consanguins, ils ont cependant lieu le plus souvent entre gens ayant subi les mêmes influences. C'est pour ces races dégénérées que la consanguinité offre des dangers évidents.

» J'ai longtemps professé qu'avant de proscrire la consanguinité des mariages il fallait distinguer, et que si, entre races pures de toute tare, les alliances consanguines présentaient quelques inconvénients, ces inconvénients étaient compensés par l'élévation dans la beauté et dans la pureté de la race. Je prenais mes exemples dans les faits des races d'animaux des plus robustes et des plus belles qui se conservent par la consanguinité des alliances. Je prenais mes preuves dans les faits historiques nous montrant les types les plus parfaits de l'humanité se perfectionnant plutôt que se dégradant dans la Grèce sous l'influence d'alliances consanguines. J'avoue que mes convictions ont été ébranlées par la publication d'un beau travail de M. Boudin sur l'influence des mariages consanguins pour produire la surdi-mutité. Il y a longtemps que nous savions que, dans les localités à goître endémique, la surdimutité était des plus communes dans les cas de mariages consanguins. Cela était parfaitement conforme à l'observation que nous avions faite des dangers des mariages consanguins entre individus ayant subi déjà certaines dégénérescences.

» *Prophylaxie du crétinisme.* — Ce que nous allons rapidement esquisser de la prophylaxie du crétinisme va s'appliquer à l'hygiène de l'individu et à l'hygiène publique ou aux efforts que l'autorité peut faire pour détruire avec le temps cette plaie de l'humanité.

» *Hygiène de l'individu.* — Autant que faire se pourra, l'individu infecté de crétinisme doit être éloigné des localités où règnent le goître endémique et le crétinisme. La condition qui lui convient le mieux est une domesticité morale, intelligente, humaine, avec une surveillance continuée. Il ne faut point abandonner ces malheureux à une inertie dégradante, il faut mettre en œuvre les facultés qui leur restent.

» La domesticité dans un hospice sous la direction de surveillants à la hauteur de leur mission, voilà ce qui me paraît le plus convenable pour réaliser la solution du problème difficile que j'ai posé.

» *Du crétinisme sous le point de vue de l'hygiène publique.* — Il est d'observation que les localités infectées de crétinisme ont vu diminuer, disparaître même cette déplorable dégénérescence dès qu'une route de premier ordre a traversé ces contrées et que le commerce est venu les animer. Il découle naturellement qu'il faut sillonner les pays où règne le crétinisme, non par des chemins de fer, mais par des routes qui y amènent incessamment des populations saines, qui diminuent les chances des mariages consanguins. L'autorité ecclésiastique ne devrait accorder des dispenses pour mariages consanguins, dans ces localités déshéritées, qu'avec la plus grande réserve. On devra redoubler d'efforts pour que les bienfaits de l'instruction, de l'éducation religieuse, se répandent avec discernement et profusion sur ces contrées. Je recommande de surveiller très sévèrement les cabarets et tous les débits d'alcooliques, et de poursuivre avec rigueur ceux qui vendent ce funeste poison à des enfants ou à des êtres dépourvus de raison.

» J'arrive à un point très délicat de la question, sur lequel je suis en désaccord avec les autorités les plus compétentes et les usages universellement établis. On admet qu'un goître très développé et qu'une disposition au crétinisme sont non-seulement des causes d'exemption du service militaire, mais on refuserait même les engagements d'individus atteints de cette infirmité. Sans doute, il faut, autant que possible, que le recrutement de l'armée se fasse dans l'élite de la population; mais, en opposition avec cette règle, nous trouvons ici deux considérations qui me semblent d'un ordre très élevé. En prenant par le recrutement les goîtreux et les crétineux, on leur rend le plus grand des services : le changement de lieu, les soins que leur prodigueraient les médecins militaires, les débarrasseraient bien vite d'une infirmité que beaucoup ménagent pour leur faire passer l'année de leur conscription. La discipline militaire élèverait bientôt le niveau de l'intelligence des crétineux, et, en les soumettant à l'empire de la règle, en aurait bientôt fait des hommes utiles.

» L'autre considération touche aux intérêts élevés de l'amélioration de la race. Si l'on admet que le goître soit le premier pas qui conduit les générations vers le crétinisme, il est bien évident que, si la conscription enlève l'élite de la population, les goîtreux qui seront exemptés accapareront pour ainsi dire le pays et condenseront le foyer du mal. La conscription, qui pourrait être pour ces contrées une condition de progrès si elle en éloignait les goîtreux pour les rendre guéris, devient, au contraire, une des causes les plus actives de la dégénérescence. Les goîtreux et les crétineux pourraient être très utilement employés comme infirmiers militaires; ils trouveraient encore de très bons emplois dans d'autres services de l'armée de terre ou de mer. Dans cette dernière en particulier, par le seul fait de vivre dans un port ou sur mer, leur guérison deviendrait aussi prompte que définitive.

» Comme dernier conseil à l'autorité administrative des pays infectés de goître et de crétinisme, je dirai : Avant toutes choses, dotez ces localités d'eaux salubres. Partout on peut recueillir l'eau du ciel dans les citernes en quantité suffisante pour les besoins de l'homme. En attendant que ce bienfait soit réalisé, distribuez aux populations des sels faiblement iodurés, de manière qu'il n'intervienne pas plus de quelques milligrammes d'iode dans l'alimentation de chaque jour d'un individu, et malgré ces doses minimes, surveillez l'influence de ce modificateur avant d'en consacrer l'usage, en ayant présent à l'esprit les cas de cachexie iodique dont j'ai parlé précédemment. L'intervention du médecin est ici indispensable.

» *Étiologie du bouton d'Alep et du bouton de Biskra.* — On a rapporté à l'influence nuisible de certaines eaux potables deux endémies caractérisées par de très curieuses manifestations du côté de la peau, le bouton d'Alep et celui de Biskra : tout en reconnaissant que ces deux affections offrent encore beaucoup d'obscurités sous le rapport de l'étiologie, tout en tenant un compte sérieux des objections qui ont été soulevées contre l'opinion qui attribuait à l'usage d'eaux potables de mauvaise qualité le bouton d'Alep et celui de Biskra, je n'en suis pas moins resté convaincu que c'est encore l'hypothèse la plus probable; tous les faits que j'ai précédemment exposés sur la nature des principes nuisibles des eaux potables donnent, selon moi, un incontestable degré de vraisemblance à cette hypothèse.

» Tous ceux, dit M. Willemin, qui boivent de l'eau du Coïck, pendant un certain temps, n'échappent point au bouton d'Alep; ceux qui, dans la même localité, ne boivent pas de cette eau, ne sont point atteints de l'endémie. M. Willemin cite les habitants d'un harem qui s'abstenaient de l'eau suspecte et ne buvaient que de l'eau pure : tous étaient préservés. Les habitants des campagnes qui viennent à la ville et qui boivent de la mauvaise eau des citadins, sont atteints du bouton d'Alep; les paysans sédentaires échappent à l'endémie.

» Voilà des faits précis. On ne peut y répondre que par des observations contradictoires bien faites.

» Quelle est la nature de l'eau du Coïck? M. Willemin en a rapporté qui a été examinée par notre collègue, M. Bussy; elle était légèrement alcaline, contenait les sels ordinaires des eaux potables avec des matières organiques. Ce sont encore ces dernières que nous incriminerions à la fois par la méthode d'exclusion et par l'examen comparatif des faits exposés à

propos des eaux qui déterminent la formation du goître.

» Le *bouton de Biskra*, s'il n'est pas identique avec le bouton d'Alep, s'en rapproche beaucoup. On l'attribue à l'usage comme boisson de l'eau d'une rivière torrentielle, qui provient d'une plaine où se rassemblent les débris de plus de cent mille palmiers. Il est très probable que ce sont les matières organiques provenant de la décomposition de ces débris, sous l'influence des sels en dissolution, qui donnent à ces eaux cette remarquable propriété.

» IV. — *Des principales eaux potables.* — Je vais rapidement examiner les conditions hygiéniques les plus importantes que présentent les principales eaux employées à la boisson de l'homme ou à des usages économiques.

» Les *eaux des sources* présentent comme avantages considérables : 1° d'être généralement *limpides* (par conséquent il n'y a pas à se préoccuper de cette grave opération de la filtration) ; 2° fraîches, agréables à boire ; 3° souvent elles sourdent d'un lieu plus élevé que les villes aux besoins desquelles elles sont destinées ; on est ainsi libre de ce continuel embarras des appareils mécaniques destinés à les élever.

» Ces eaux sont ordinairement plus chargées en matières fixes que les eaux des fleuves. Quand ces eaux sont agréables à boire, et que ces matières consistent en bicarbonate de chaux sans matières organiques avec oxygène, il n'y a sous le point de vue de la santé de l'homme et des animaux qu'à s'en applaudir ; mais si elles renferment des matières organiques, si elles proviennent de terrains marécageux, et qu'elles soient à la fois privées d'oxygène, c'est surtout de ces eaux qu'il faut se défier, malgré les bonnes apparences qu'elles présentent.

» Aussi je suis d'avis de n'adopter pour une distribution publique une eau d'une source, que lorsqu'une enquête sévère aura prouvé qu'elle n'a exercé aucune influence nuisible sur les populations qui en ont habituellement fait usage, et la chose sera mieux étudiée si l'on peut faire remonter les observations de cet usage salubre à plusieurs générations. *Je place cette enquête bien au-dessus de l'analyse chimique, quelque exacte qu'elle nous paraisse.*

» Les recherches si intéressantes de M. Lefort nous ont montré que les eaux des sources s'aéraient très vite et absorbaient de l'acide carbonique et du gaz oxygène avec une grande facilité. Ce fait a, selon moi, une grande importance, car les eaux de source qui doivent traverser un long parcours, peuvent ainsi être aérées et se rapprocher sous ce rapport essentiel des eaux courantes.

» Les *eaux des fleuves et rivières* sont généralement salubres ; mais leur composition peut légèrement varier selon l'étiage, et ce n'est là que le plus petit inconvénient qu'elles présentent. Leur filtrage est indispensable, et il faut les refroidir pendant l'été. Je sais bien que ces résultats peuvent être facilement obtenus, mais n'oublions pas, comme l'a si bien dit M. Robinet, que l'ouvrier et le pauvre n'ont pas de filtre pour dépurer et de cave pour rafraîchir leur eau.

» Les *eaux des canaux* contiennent ordinairement plus de matériaux fixes que les eaux des fleuves, elles renferment aussi plus de matières organiques.

» Les *eaux des puits* des villes anciennes sont presque saturées de sulfate de chaux ; elles contiennent en outre les produits ultimes de décomposition des matières organiques parmi lesquelles on trouve des azotates et des sels ammoniacaux qui proviennent, comme cela arrive pour certains puits de Paris, de la fermentation putride des corps inhumés dans les cimetières et des amas d'immondices jadis accumulés aux extrémités de la ville.

» Les *eaux des citernes* fournies par les eaux pluviales sont généralement pures quand elles ne sont pas recueillies sur des toits incessamment souillés par les poussières ou par les fumées. Ces eaux sont même trop pures sous un point de vue ; l'absence de sels de chaux peut s'y faire sentir dans certaines conditions, pour l'usage des nourrices, d'enfants en bas âge, de jeunes animaux. Il est bon de pourvoir à ce déficit. Les eaux pluviales attaquent le plomb métallique, et dans aucun cas on ne peut les conserver dans des réservoirs construits avec ce métal, ou les élever dans des pompes dont quelques-uns des tuyaux seraient en plomb.

» Les *eaux des mares, marécages, étangs*, sont, en général, mauvaises, parce qu'elles contiennent, le plus souvent, une assez forte proportion de matières organiques en dissolution et en suspension.

» Si l'on est forcé de boire de l'eau des mares, il est préférable de choisir celles qui ont subi l'influence de l'insolation, et qui contiennent des monas rouges ou verts. Il faut, si cela est possible, les filtrer sur des filtres contenant du charbon, et ne les employer qu'après les avoir fait bouillir comme nous l'indiquerons plus loin.

» V. — *Clarification, dépuration, conservation et distribution des eaux.* — Il me resterait à traiter les questions importantes se rapportant à la filtration et à la distribution des eaux ; c'est un sujet qui m'a déjà beaucoup préoccupé ; j'ai étudié avec soin ce qui a été fait, j'ai exécuté moi-même des expériences.

Mais c'est une question qui est encore à l'étude, et qu'aujourd'hui je crois prudent de réserver.

» Je dois cependant donner mon appréciation sur un des passages du rapport de M. Poggiale qui a trait au mode de filtration le plus généralement usité, celui qui s'effectue au moyen de pierres calcaires, minces et poreuses. Tout en reconnaissant que l'expérience de M. Lefort, qui prouve que l'eau douce, qui contient toujours de l'acide carbonique, se dépouille de ce gaz en traversant la pierre calcaire, est très intéressante, je ne saurais admettre la conclusion qui consiste à dire que l'eau ainsi filtrée est fade, et par conséquent moins bonne qu'avant la filtration. Je suis appréciateur difficile de la saveur des eaux potables, et je suis heureux d'énoncer ici que je n'en trouve aucune qui, pour moi, soit plus agréable que celle de la Seine filtrée au filtre de pierre bien entretenu, et que je trouve l'eau du canal de l'Ourcq également très bonne après filtration.

» VI. — *Des moyens à mettre en usage pour employer sans danger les eaux douteuses ou insalubres.* — L'aération préalable me paraît une excellente chose. Déjà M. Maurice Laschi l'a employée avec succès pour purifier les eaux fournies par les puits artésiens de la ville de Venise.

» L'ébullition de l'eau doit être aussi un moyen efficace de purification. Mais comme l'eau bouillie est peu agréable à boire, il faudra imiter les Chinois, qui, n'ayant bien souvent que de l'eau suspecte à leur disposition, ne l'emploient pour boisson qu'après l'avoir fait bouillir avec du thé. Au lieu de thé on peut encore employer le café, comme cela se pratique déjà avec tant d'avantages dans un grand nombre de localités africaines ; ou, plus économiquement, les racines de fraisiers, les feuilles de houx, de chêne, de saponaire, de sauge, de mélisse, de thym, de serpolet, de petit chêne, etc.

» Conclusions. — Je désigne sous le nom d'eaux potables toutes les eaux naturelles agréables à boire. On ne peut jusqu'ici se prononcer avec certitude sur leur salubrité, que par l'observation de la santé des populations qui en ont fait un long usage.

» Les eaux potables dont l'usage continu détermine des endémies, ne doivent leurs propriétés nuisibles, ni à la présence, ni à l'absence d'aucun corps chimiquement défini (j'en excepte l'acide arsénieux ou d'autres poisons, et peut-être aussi la silice en excès qui peut rendre fréquentes les caries dentaires).

» Les eaux potables dont l'usage continu détermine la formation du goître endémique, et par filiation celle du crétinisme, renferment en dissolution des matières organiques provenant de la décomposition de certaines parties végétales, en présence de terrains dolomitiques ou des principales espèces minérales qui constituent ces terrains. Ces eaux proviennent le plus souvent d'étangs, de mares, de marécages, de flaques d'eau, qui, s'infiltrant dans le sol, peuvent constituer les sources d'eaux limpides des régions plus déclives.

» Une eau potable suspecte peut être bue sans inconvénient en la faisant bouillir, puis infuser sur du thé ou du café, ou d'autres produits végétaux ayant sur l'eau bouillante la même action.

Renouvellement partiel des commissions permanentes.

Sont élus :
Épidémies : MM. de Kergaradec et Reynal.
Eaux minérales : MM. Tardieu et Bouchardat.
Remèdes secrets : MM. Roger et Gosselin.
Vaccine : MM. Bousquet et Bouley (Henri).
Comité de publication : MM. Michel-Lévy, Laugier, Robin, Danyau et Boutron.

— M. *le président* expose le résumé des travaux et des actes académiques pour l'année qui vient de s'écouler; il remercie ses collègues de la bienveillance et de l'urbanité qu'ils lui ont sans cesse témoignées, et qui ont contribué à lui rendre faciles les fonctions de président ; et, avant de descendre du fauteuil, il donne l'accolade à son successeur M. Larrey.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 2 JANVIER 1862.

Installation du bureau. Communications diverses.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1862.

TUMEUR DE LA VOUTE CRANIENNE. — KYSTE DE L'OVAIRE CONTENANT DES OS ET DES DENTS.

M. *Marjolin* a présenté à ses collègues un enfant de seize mois présentant à la région temporo-pariétale gauche une tumeur d'un diagnostic difficile. Cette tumeur n'est pas congénitale, ou du moins les parents n'ont rien remarqué de particulier, ni dans la santé de l'enfant, ni dans la forme de sa tête. Il y a quelques mois, cet enfant fit une chute dans laquelle il se brisa le fémur; mais, s'il faut en croire sa famille, la tête n'a point été blessée. C'est pourtant quelque temps après cette chute qu'on vit apparaître la tumeur du crâne, qui disparut pendant quelques jours en laissant seulement (toujours d'après les parents) une teinte ecchymotique. En même temps que la tumeur, se manifestaient des accidents cérébraux, tels que convulsions et vomissements incoercibles. Au moment de la présentation du malade, la tumeur était bosselée, inégale, fluctuante, et avait le volume du poing; elle présentait des battements énergiques et un mouvement de soulèvement visible à l'œil. L'existence d'un bruit de souffle, affirmée par quelques-uns, était niée par d'autres. Tout le monde était d'accord sur l'existence d'une tumeur intra-crânienne; mais M. Blot penchait pour un fongus de la dure-mère, et M. Trélat croyait à la présence d'une de ces tumeurs vasculaires que M. Dupont a décrites dans sa thèse, et que MM. Foucher et Verneuil ont signalées à la Société de chirurgie. En effet, la fluctuation, l'homogénéité de la tumeur, l'âge du petit malade se prêtaient mal à l'idée d'un fongus; mais, d'un autre côté, les tumeurs veineuses du genre de celle que M. Trélat croyait rencontrer dans ce cas augmentent ou diminuent suivant la position ou les cris des malades. Ces phénomènes ne s'observant pas chez le petit malade de M. Marjolin, M. Depaul rejetait l'idée d'une tumeur vasculaire pour admettre l'existence d'une collection liquide, non sanguine, d'origine et de cause inconnues, qui avait perforé les os du crâne, décollé le périoste, et formé une tumeur au-dessous de cette membrane.

Ce dernier diagnostic touchait à la vérité au moins par un point. Plus tard, en effet, une ponction exploratrice fut pratiquée, et donna issue à un liquide clair et transparent, et quand la poche fut vidée, M. Marjolin constata facilement une large fracture du crâne avec enfoncement considérable des fragments. L'analyse chimique du liquide va être faite; mais, au premier aspect, il avait les qualités physiques du liquide céphalo-rachidien. Il s'est si rapidement reproduit que le lendemain de la ponction la tumeur avait atteint ses premières dimensions.

— M. *Demarquay* a présenté un kyste ovarique dans lequel il avait fait une ponction qui avait donné issue à 10 ou 12 litres de liquide. Cinq ou six mois après cette ponction, la malade, qui avait une affection du cœur très avancée, succomba. On trouva à l'autopsie le kyste revenu sur lui-même, et adhérent à toutes les parties voisines. Son volume était celui d'une tête de dimension moyenne. Dans ses parois étaient logés deux véritables os offrant l'apparence des côtes, et ayant de 12 à 15 centimètres de longeur sur 2 ou 3 de largeur. Dans le voisinage des os existaient cinq dents faisant saillie dans la cavité du kyste, et entourées par la membrane interne jusqu'à leur collet. Enfin il y avait encore dans le kyste une très petite quantité de liquide épais et jaunâtre, et dans ce liquide nageait un peloton de poils jaunes ressemblant à des cheveux, qu'il était facile de séparer les uns des autres.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Tétanos traumatique guéri par l'ivresse, par COLLIS et VILMOT.

Un petit garçon, âgé de neuf ans, tomba de voiture et se fit une grave blessure à la jambe. L'amputation, jugée nécessaire, fut refusée par la famille. Le huitième jour, survient un tétanos général, avec trismus. MM. Collis et Vilmot conseillèrent de donner du punch fait avec parties égales d'eau et d'alcool, en quantité suffisante pour entretenir une ébriété permanente. Après que l'enfant en eut bu sept à huit verres, la contracture et tous les accidents tétaniques diminuèrent; il n'y en avait plus trace au bout de trois ou quatre jours. L'enfant guérit.

On connaît la vogue de l'alcool dans la thérapeutique anglaise ; on l'a employé déjà contre bon nombre d'affections inflammatoires, contre l'hémorrhagie puerpérale, contre l'éclampsie. Il était naturel de l'essayer contre le tétanos. Mais nous ne pouvons, pour le moment, qu'enregistrer de tels faits et appeler sur eux l'attention des praticiens. (*Dublin Med. Press.*)

De la chorée des femmes grosses, par le docteur MORLER (de Giessen).

Le docteur Morler a rassemblé de divers côtés et analysé 21 cas de chorée chez des femmes enceintes, les unes maigres et nerveuses, les autres fortes et vigoureuses. La plupart de ces femmes étaient âgées de dix-sept à vingt-quatre ans. Dans un de ces cas, la mère de la malade avait été atteinte d'éclampsie à toutes ses couches, et plus tard elle eut des attaques de catalepsie; c'est le seul où l'on ait pu supposer une influence héréditaire, et encore voit-on que la transmission n'a pas été très directe, la différence étant grande entre la chorée et l'éclampsie. Cinq fois les femmes étaient choréiques avant d'être enceintes ; autant de cas à distraire de la vraie chorée des femmes grosses, dont l'existence comme espèce nosologique n'est admissible qu'autant qu'elle a sa racine étiologique dans la grossesse même. L'auteur embrasse néanmoins ces cas dans son étude générale de la maladie, et il trouve que, sur les 21 observations réunies, il s'agissait 14 fois d'une première grossesse, 6 fois d'une seconde, et 1 fois d'une troisième ; mais sur ces 7 multipares, 3 seulement n'avaient pas présenté de symptômes choréiques dans les grossesses antérieures (un défaut de concordance de chiffres dans l'article que nous avons sous les yeux nous porte à douter de l'exactitude de ce dernier chiffre). Enfin, le désordre des mouvements a coïncidé 8 fois avec une émotion morale et 1 fois avec une déplétion sanguine.

Quant à l'époque de la grossesse à laquelle l'affection convulsive a commencé à se montrer, c'était au second mois dans 7 cas, et aux troisième et quatrième dans 8 cas. Il n'est question dans ce rapport que de ces quinze observations.

Tantôt le début a été graduel et s'est manifesté par quelques mouvements involontaires des extrémités et de la face, qui sont successivement devenus plus fréquents et plus étendus; tantôt le début a été brusque, particulièrement dans les cas d'émotion morale, et le désordre musculaire, tout de suite intense, a occupé simultanément plusieurs parties du corps. Une malade, observée par Romberg, était quelquefois violemment projetée hors de son lit, et l'influence de la volonté sur les mouvements était, chez elle, abolie à ce point, qu'il fallait lui fixer la tête par des moyens mécaniques au moment des repas, et lui ingurgiter les aliments, en quelque sorte, par surprise. Mais en général la chorée des femmes enceintes n'acquiert pas beaucoup d'intensité.

Sur les 21 malades dont il s'agit, 4 avortèrent et 3 accouchèrent avant terme sans cause appréciable. Trois fois, l'avortement fut suivi très promptement de la disparition des mouvements choréiques. Sur l'ensemble des autres malades, la chorée cessa neuf fois avant le terme de l'accouchement, sous l'influence probable des préparations ferrugineuses et de l'oxyde de zinc, et se prolongea cinq fois jusqu'à ce terme même. Ce qui donne en tout 17 guérisons. Restent donc 5 cas dans lesquels la chorée a survécu à l'accouchement; et comme c'est précisément chez 5 femmes que la chorée était antérieure à la grossesse, il serait intéressant de savoir si ce sont celles-ci qui n'ont pas guéri. Mais nous ne trouvons rien sur ce point dans la GAZETTE ITALIENNE LOMBARDE, qui ne donne du mémoire de Morler qu'une analyse à laquelle nous empruntons nous-même ces détails, n'ayant pas le travail original à notre disposition.

Le tableau que nous venons de reproduire n'est pas pour cela dénué d'intérêt. La plupart des traités d'accouchements parlent trop vaguement, suivant nous, des lésions du mouvement liées à la grossesse. Peu de mots sur les convulsions hystériques; encore moins sur la paraplégie, et le plus souvent rien absolument sur la chorée (voyez Burns, Cazeaux, Nægelé, Mattei, etc.). Nous voulons bien que les mouvements choréiques des femmes enceintes ne ressemblent pas toujours à ceux des jeunes filles; mais assurément ils appartiennent au même ordre de phénomènes nerveux, et se distinguent très bien des mouvements hystériques. La GAZETTE HEBDOMADAIRE (t. IV, p. 403) en a publié un cas très remarquable, emprunté au MONATSSCHRIFT FÜR GEBURTS KUNDE, et observé par le docteur Hecker. (*Gazzetta italiana Lombardia*, 1862, n° 50; tiré des *Arch. für Pathologische Anatomie.*)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Fièvre jaune, épidémie de 1858 (à la Nouvelle-Orléans), par CH. DELÉRY, D. M. P. 1859.

Étude médicale de quelques questions importantes pour la Louisiane, et exposé succinct d'une épidémie paludéenne de forme catarrhale, qui a sévi à la Nouvelle-Orléans, particulièrement sur les enfants, pendant l'épidémie de fièvre jaune de 1858, par J. C. FAGET, D. M. P. 1859.

Ces deux brochures arrivent à notre connaissance un peu tardivement, mais les questions qui y sont agitées n'ayant pas perdu de leur actualité, il nous a paru utile de les faire connaître. Toutes deux, prenant un point de départ différent, sont consacrées à l'élucidation des questions suivantes : La fièvre jaune atteint-elle les créoles de la Nouvelle-Orléans, et particulièrement les enfants nés entre deux épidémies? Les nègres y sont-ils sujets? S'étend-elle dans les campagnes (loin du littoral)? Toutes deux arrivent à une solution diamétralement opposée.

Le mémoire de M. Deléry s'étend principalement sur l'épidémie de fièvre jaune de 1858, et n'aborde les questions en litige que comme déduction de ses observations sur cette épidémie. Nous ne ferons pas l'examen détaillé de la description qu'il donne de la maladie, nous n'aurions rien à signaler de neuf. L'auteur est resté, sur ce point, au-dessous de la plupart des publications qui ont paru à la même époque, et même avant lui, si l'on a égard surtout au traité important de M. Laroche (de Philadelphie), qu'il invoque pourtant bien souvent. Il ne fait que tracer un tableau général assez incomplet, et n'analyse pas les symptômes. Il n'a rien vu des caractères anatomiques, n'ayant pas fait d'autopsies, et se contente de reproduire la description de Harrisson, bien vieille pourtant, quand on se reporte aux recherches chimiques et microscopiques modernes. Aussi ne se prononce-t-il pas sur la nature de la fièvre jaune, et se contente-t-il d'établir les différences qui la distinguent de la rémittente bilieuse des pays chauds. Au traitement, il signale les mauvais effets de la saignée syncopale et du sulfate de quinine employé comme spécifique, et ne préconise guère que des moyens connus de tous; il a vu la transfusion, faite par le docteur Bénédict, réussir une fois.

Pour ce qui a rapport à l'épidémiologie, il résulte d'un précis historique emprunté au docteur Carpenter, que c'est en 1796 qu'a été observée la première épidémie de fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans, et qu'elle y a été importée; que depuis, les épidémies n'ont pas été régulièrement annuelles, et ont laissé quelquefois quatre et cinq ans entre elles; que, le plus souvent, leur origine par importation a été constatée. L'auteur fait remarquer que les inondations du fleuve, les fouilles de canaux, quand elles ont lieu, ne les font pas naître; il considère la malpropreté de la ville et la «pérégrinité» des sujets comme des conditions secondaires; et n'admet que la chaleur atmosphérique, l'agglomération des populations et le voisinage de la mer comme causes essentielles; plus, pourtant, une x, dont la nature est encore à trouver. L'importabilité de la maladie étant prouvée, il admet la contagion comme agent de sa propagation, malgré les 255 pages que le docteur Laroche consacre dans son traité à prouver le contraire. Les quarantaines sont la conséquence logique du fait de l'importation; mais celle de la Nouvelle-Orléans est insuffisante, et la convention de médecins réunis à Philadelphie en 1856, dans le but de tracer un plan de ce genre d'institution prophylactique pour toute l'Union, n'a abouti à rien. Sur la question de l'endémicité de la maladie dans ce climat, les médecins sont partagés entre la négative et l'affirmative; et, quant à lui, il incline à penser qu'elle est toujours importée. Il a recours à l'opinion de M. Laroche, qu'il repoussait pour la transmissibilité, afin de prouver que le miasme peut naître spontanément à bord des navires, condition nécessaire à la doctrine de l'importation quand même, puisque le navire provenant d'un lieu infecté lui fait souvent défaut. — Ces dernières assertions nous paraissent très contestables. D'abord, de ce que la première invasion de la fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans s'est faite par importation, il ne résulte pas qu'elle n'y ait pas pris racine et ne soit pas devenue endémique; s'il n'y a pas tous les ans d'épidémie grave ou notée comme telle, il y a cependant, au retour de chaque hivernage, un nombre plus ou moins grand de cas de la maladie; si c'est par les navires qu'elle débute, et si c'est quelquefois par ceux qui arrivent directement d'Europe, c'est que, le rivage maritime étant supposé le foyer endémique de sa cause, dès que celle-ci est formée, elle peut envahir toute espèce de navire, quelle que soit sa provenance, ce qui paraît plus simple et plus naturel que les théories par lesquelles on fait naître spontanément à bord un miasme spécifique, pour lequel il faudrait toujours reconnaître l'influence des lieux, puisque les choses ne se passent jamais ainsi dans d'autres climats placés dans des conditions analogues, dans l'Indo-Chine par exemple. — L'auteur ne paraît pas non plus bien con-

vaincu de la puissance de l'acclimatement, qui, dans tous les cas, exige au moins trois à cinq ans de séjour dans la cité; quant aux récidives, il les regarde comme non douteuses, et dit en avoir vu à trois mois d'intervalle pendant une même épidémie, avec vomissement noir chaque fois.

C'est après avoir exposé ces doctrines, que M. Deléry établit par des citations empruntées à des auteurs recommandables, que la fièvre jaune existe chez les créoles et chez les nègres, et qu'elle peut envahir l'intérieur des terres, comme les villes du littoral. Il ne le croyait pas autrefois; mais pendant l'épidémie de 1853 il eut occasion de voir un si grand nombre de faits de ce genre, qu'il fut obligé de changer d'opinion. Il donne comme preuve de la fièvre jaune rurale trois cas observés par lui chez des indigènes, et, comparativement, un même nombre de cas appartenant à des étrangers de la ville. Mais, soit défaut de méthode et de clarté dans l'exposition, soit absence de détails suffisants et de caractères nécropsiques, on ne reconnaît pas aisément la maladie, même dans les cas fournis par les étrangers. Que seraient ces fièvres, ajoute-t-il, si ce n'étaient des fièvres jaunes? des pernicieuses larvées? Et il passe en revue les caractères attribués aux fièvres larvées, pour faire voir qu'ils n'ont rien de semblable à ceux des fièvres qu'il a observées. Nous ne nous sentons pas convaincu par ce genre de démonstration, pas plus que par une note d'un médecin de la campagne, qui prétend observer là autant de cas de fièvre jaune qu'il le faisait autrefois à la ville, sans donner aucune preuve de ce qu'il avance.

En ce qui concerne les fièvres des créoles de la ville, très nombreuses depuis quelques années, et s'accompagnant de vomissements noirs et d'ictère, caractères qui, d'après Jackson, n'appartiennent ni aux intermittentes ni aux rémittentes, leur identité avec la fièvre jaune ressort des considérations suivantes: elles n'existent que pendant les épidémies de fièvre jaune; elles attaquent les enfants de quatre à sept ans nés entre deux époques épidémiques, de préférence aux adultes, ce qui est le contraire pour les fièvres paludéennes; elles ne se répètent pas plusieurs fois comme celles-ci, enfin le sulfate de quinine est impuissant contre elles. — Il n'est encore rien dit des caractères anatomiques. — Ce seraient là des preuves, toutefois, si elles s'appuyaient sur des faits concluants; malheureusement, les deux seules observations que fait connaître l'auteur sont loin d'avoir ce caractère. L'une appartient à un enfant âgé de onze ans, qui est resté sept ans éloigné de la Nouvelle-Orléans, qui n'a eu ni vomissement noir ni ictère, dont les urines, seulement, ont présenté de l'albumine, — ce qui ne suffit pas pour le diagnostic, — et dont l'autopsie n'a pas été faite. L'autre est une jeune mulâtresse de la campagne, s'étant trouvée pour la première fois à la ville pendant une épidémie, quand elle a été prise, ayant eu, celle-là, des vomissements d'abord poracés, puis noirs, mais ayant guéri après avoir pris des doses élevées de sulfate de quinine.

En résumé, la cause de la fièvre jaune rurale et de la fièvre jaune des créoles, noirs et blancs, si elle est juste, n'est pas soutenue par M. Deléry d'une manière victorieuse.

Comme nous l'avons dit, c'est l'antithèse de ces doctrines que soutient M. Faget. Il rappelle qu'autrefois il était admis par tout le monde que les créoles de la Nouvelle-Orléans n'avaient rien à craindre de la fièvre jaune; qu'elle n'attaquait jamais les nègres, et que les étrangers qui fuyaient la ville, emportant quelquefois avec eux le germe de la maladie, étaient traités impunément chez les habitants. Cela ne peut être contesté. Le fait nouveau à l'occasion duquel les médecins se sont divisés, c'est l'apparition dans les campagnes, depuis 1853, de fièvres graves avec vomissements noirs frappant tout le monde indistinctement, et, à la ville, de ces mêmes fièvres frappant les enfants presque seuls. Avant de discuter les questions que ce fait soulève, l'auteur s'efforce d'établir les trois points suivants: 1° Le vomissement noir s'observe dans d'autres fièvres que la fièvre jaune; il fait voir d'abord que c'est la présence du sang qui caractérise le vomissement noir, puis il donne la liste assez longue des maladies de tous les climats qui présentent ce phénomène. — Nous ne sommes pas convaincu comme lui de l'identité de tous ces vomissements, lors même que le sang en est la base. — 2° L'association du vomissement noir avec la jaunisse et les hémorrhagies se montre dans d'autres fièvres que la fièvre jaune. Il y a dans cette fièvre, comme on sait aujourd'hui, deux sortes d'ictères, l'un sanguin, dû à la dyscrasie du sang, ne donnant pas lieu à la coloration de l'urine par l'acide azotique, et spécial à la maladie; l'autre bilieux, plus foncé, moins fréquent que le précédent, se reconnaissant par la coloration des urines, et commun à beaucoup d'autres maladies. Il en est de même des hémorrhagies de toutes sortes, et l'auteur emprunte à M. Laroche la liste des maladies aiguës, fièvres ou autres, qui les présentent; il y ajoute un fait à lui, parfaitement semblable à la fièvre jaune et dont l'origine palustre n'était pourtant pas douteuse. — 3° L'empoisonnement des marais donne lieu à des fièvres continues. Ceci pour nous n'a pas besoin de démonstration. Ces préliminaires posés, il aborde la discussion des questions qu'il s'est proposé de résoudre. A la première, concernant la fièvre jaune des créoles de la Nouvelle-Orléans, des enfants particulièrement, il oppose d'abord cette fin de non-recevoir que les enfants très jeunes ne sont pas sujets à la fièvre jaune, et que ceux qui sont arrivés à la puberté ont déjà bénéficié de l'acclimatement progressif; puis, admettant que la fièvre jaune est toujours importée dans cette ville, il dit qu'elle est d'origine animale, tandis que l'épidémie qui a sévi sur les enfants en 1858 n'a paru qu'à la suite de l'inondation du fleuve et était d'origine végétale. Les caractères qu'a présentés la maladie lui paraissent aussi des preuves de diagnostic différentiel. Ainsi, la marche du mouvement fébrile, à laquelle il attache une grande importance comme signe diagnostique, et qui est progressivement décroissante dans la fièvre jaune, était rémittente ou exacerbante. Parmi les symptômes, le vomissement noir était plus muqueux qu'hémorrhagique, et souvent suivi de guérison; l'ictère n'était qu'une pâleur jaunâtre, et jamais le véritable ictère de la fièvre jaune; les hémorrhagies se bornaient le plus souvent à l'épistaxis, tandis qu'on observait des excrétions muqueuses abondantes par les autres voies; il y avait absence presque constante d'albumine dans les urines; on voyait des éruptions variées. Comme caractères anatomiques, on trouvait la rate grosse le plus souvent, le foie rarement pâle et surchargé de graisse. Le pronostic fut favorable en général (6 morts sur 248 malades), et le succès du sulfate de quinine très marqué. La fièvre dégénérait souvent en intermittente régulière et récidivait. — Voilà effectivement des preuves, si elles sont exactes. — Pour combattre l'existence de la fièvre jaune dans les campagnes, l'auteur rappelle qu'il existe, dans tous les pays chauds et palustres, des fièvres bilieuses graves qui ont des analogies de symptômes avec cette fièvre et qui ne sont que des pernicieuses palustres au même titre que les fièvres cholériques, dysentériques, etc. Ce sont ces fièvres, d'après lui, qu'on observe depuis une dizaine d'années dans les campagnes de la Louisiane. Quant à la fièvre jaune des nègres, il en appelle à la tradition, qui de tout temps en a nié l'existence, chez les nègres nouveaux arrivés comme chez les anciens, chez ceux de la ville comme chez ceux de la campagne.

Voilà donc deux praticiens recommandables et expérimentés, qui, exerçant sur le même théâtre et à la même époque, sont radicalement divisés sur l'interprétation des faits qu'ils observent. L'un part de l'analogie parfaite qu'il trouve entre les symptômes objectifs de la fièvre jaune des étrangers et ceux des fièvres graves qu'il observe sur les créoles, noirs et blancs, de la ville et des campagnes, pour arriver à l'identité des deux maladies; l'autre procède par l'analyse des symptômes réputés pathognomoniques de la fièvre jaune pour prouver que ces symptômes se rencontrent dans beaucoup d'autres maladies et de fièvres de nature différente, et que c'est une de ces fièvres, la paludéenne pernicieuse à forme

de fièvre jaune, qu'on rencontre sur les habitants de la Louisiane, quelle que soit leur race. A vrai dire, ce n'est que par rapport à la nature de la cause spécifique que cette dissidence se montre si tranchée; mais c'est là aussi ce qui lui donne de l'importance, car dans un cas le remède est presque sûr, dans l'autre il reste indéterminé; quoique sur ce point encore nos deux auteurs ne soient pas d'accord, le sulfate de quinine réussissant presque toujours dans les mains de l'un et échouant dans les mains de l'autre. C'est pourtant sur le terrain du traitement, et à l'aide d'observations détaillées et consciencieuses, que la question doit se résoudre; or, dans les deux mémoires, les discussions tiennent beaucoup plus de place que les faits. Quant à nous, ce que nous désirons relever dans ces deux écrits émanant de médecins étrangers, parce que les mêmes questions sont agitées dans nos Antilles et qu'elles donnent lieu à la même incertitude, c'est que, depuis une dizaine d'années seulement, ou du moins en bien plus grand nombre qu'autrefois, on observe, parmi les créoles de la Louisiane, des fièvres graves qui ont la plus frappante analogie de symptômes avec la fièvre jaune et qui sévissent en même temps qu'elle ou à peu près; que, pour les uns, ces fièvres sont de véritables fièvres jaunes, ce qui renverse la tradition de l'immunité contre cette maladie attribuée de tout temps aux créoles et aux nègres, et celle de la concentration de ses foyers sur les bords de la mer et des fleuves maritimes; que, pour les autres, ce sont des pernicieuses paludéennes à forme de fièvre jaune, ce qui ne change rien à la tradition et s'explique suffisamment par les influences palustres, habituelles ou accidentellement provoquées, des lieux où ces fièvres s'observent; — nous nous rangeons parmi ces derniers; — enfin que, dans l'une et l'autre manière de voir, on reconnaît que la fièvre jaune n'est pas une maladie paludéenne, ce qui est même le point de départ des dissidences que nous venons de faire connaître. Quant au caractère nosocomial, typhique, animal, du principe de la fièvre jaune, qui serait toujours importé par des navires, à bord desquels il se développerait spontanément, nous n'avons pas à nous en occuper ici; nous constatons seulement qu'il paraît admis à la Nouvelle-Orléans.

Encore un mot. Ces discussions sur l'identité de la fièvre jaune nous paraissent naturelles quand il s'agit de fièvres qui sévissent à côté d'elle et qui ont avec elle les plus grandes analogies; elles ont aussi leur utilité, puisqu'elles peuvent déterminer le genre de traitement à instituer. Mais il n'en est plus de même quand il s'agit de l'ictère grave, hémorrhagique, typhoïde, qu'on étudie depuis quelques années en Europe, et quand on n'a pour établir ses rapports avec la fièvre jaune que des descriptions écrites, toujours insuffisantes en semblables cas. L'observation directe, nous n'en doutons pas, ferait bientôt cesser ces rapprochements. Qu'on ne perde pas de vue que la fièvre jaune ne prend spontanément naissance que sur les bords de la mer ou des fleuves maritimes situés dans une zone assez limitée des régions tropicales; que, si elle est importable et transmissible loin de ses climats, ce n'est que dans les lieux qui présentent actuellement les mêmes conditions de site et de météorologie; qu'elle est essentiellement épidémique; que c'est une fièvre avec prépondérance du mouvement fébrile et avec tous les attributs de maladie générale par altération du sang; que ses symptômes caractéristiques, albuminurie, ictère, vomissement noir et hémorrhagies de toutes sortes, ne sont que des effets de cette altération, et que son seul caractère anatomique constant, décoloration et hypertrophie graisseuse du foie, n'en est aussi que le résultat; que sa marche aiguë, souvent foudroyante, sa durée toujours courte quand il n'y a pas complication, sont des caractères propres; et on reconnaîtra qu'il y a loin de cet ensemble de caractères aux analogies de détail qu'on recherche avec tant de soin. Si la fièvre jaune venait à faire, comme le choléra, son tour du monde, ce qu'à Dieu ne plaise et ce que nous ne croyons pas possible pour notre compte, on serait obligé de reconnaître que l'ictère typhoïde diffère autant d'elle, que ce qu'on appelait autrefois le *choléra nostras* différait du choléra asiatique.

Dr DUTROULAU.

VI

VARIÉTÉS.

La Société de médecine du 3e arrondissement vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1863. Ont été nommés : président, M. Patissier; vice-président, M. Lembert; secrétaire général, M. E. Géry fils; secrétaire annuel, M. Colombel; trésorier, M. Bouley. Membres du conseil de famille : MM. Lembert, Perrin, Collomb, Rigaud.

— La Société des sciences médicales, séant à l'Hôtel-de-Ville, a renouvelé son bureau, qui se trouve composé comme il suit pour 1863 : M. Chailly (Honoré), président; M. Charrier, vice-président; M. Allix, secrétaire général; M. Mallez, secrétaire annuel; M. Fournié, secrétaire adjoint; M. Boutin, archiviste trésorier.

— Le 9 mars 1863, des concours seront ouverts à l'École préparatoire de Lille pour trois places de professeurs suppléants aux chaires de médecine, matière médicale et thérapeutique; de chirurgie et accouchements; et de pharmacie, toxicologie et histoire naturelle médicale. Les concours pour les chaires de médecine et de pharmacie commenceront le 9 mars 1863; le concours pour la chaire de chirurgie commencera le 16 du même mois.

— L'Association des médecins du département de Tarn-et-Garonne, siégeant à Montauban, vient de voter son agrégation à l'Association générale.

— Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur A. Legrand, chevalier de la Légion d'honneur.

— La GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG donne en ces termes l'état des opérations d'ovariotomie faites par M. Kœberlé :

« M. Kœberlé, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, vient de pratiquer deux nouvelles opérations d'ovariotomie. On sait que les deux premières ont obtenu un succès complet. La troisième malade, opérée le 29 octobre, est aujourd'hui (27 décembre) dans un état très satisfaisant, et tout annonce une guérison prochaine. La quatrième ovariotomie a été faite le 20 décembre; l'opérée est une jeune fille de vingt-quatre ans ; la tumeur extraite pesait 2700 grammes. Aujourd'hui, neuvième jour, la malade est sans fièvre ; aucun accident ne s'est produit, et on peut espérer la continuation de cette belle série de succès. »

— Par décret du 22 décembre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. Hédiard, médecin en chef des hospices de Sens (Yonne);

M. Labitte, directeur de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise).

— Les concours pour l'internat et l'externat sont terminés. Nous donnerons la liste des élus dans le prochain numéro.

PRIX D'ABONNEMENT POUR LES PAYS ÉTRANGERS, PAR LA POSTE, A LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

	Par année.
Portugal, Suisse	25 »
Italie	26 »
Angleterre, Espagne, Egypte et Turquie, Grèce, Pays-Bas	27 »
Autriche, Bade, Bavière, Belgique, Danemark, Hanovre, Hesse, Villes libres, Pologne, Prusse, Russie, Saxe, Suède	28 »
Australie, Canada, Colonies, Cuba, États-Unis, Mexique, Nouvelle-Grenade (voie anglaise)	29 »
Asie, Brésil, Chine, Cochinchine, Inde, Réunion, Moldavie	31 »
Etats-Romains	34 »
Bolivie, Californie, Chili, Pérou	36 »

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 9 JANVIER 1863. — N° 2.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Encore l'ovariotomie. Statistique des 56 opérations de M. Spencer Wells. — 17 nouvelles observations. — Prétendu tétanos traumatique des extrémités, sans trismus. — II. **Travaux originaux**. Réflexions sur quelques points de la glycosurie. — III. **Correspondance**. Du goître chez les animaux domestiques. — IV. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux**. Ovariotomie. — De l'inégalité de poids des hémisphères cérébraux dans l'hémorrhagie cérébrale ou méningée, et dans l'hémiplégie incomplète, chez les déments paralytiques. — VI. **Variétés**. — VII. **Feuilleton**. Lettres médicales sur le Mexique.

I

Paris, 8 janvier 1863.

ENCORE L'OVARIOTOMIE. STATISTIQUE DES 56 OPÉRATIONS DE M. SPENCER WELLS. 17 NOUVELLES OBSERVATIONS. — PRÉTENDU TÉTANOS TRAUMATIQUE DES EXTRÉMITÉS, SANS TRISMUS.

Nous avons rendu compte dans un des derniers numéros (*Gaz. hebd.*, 1862, n° 51) d'une discussion importante soulevée au sein de la Société royale de Londres, par la lecture d'un mémoire de M. Robert Lee *contre* l'ovariotomie. M. Spencer Wells avait déjà répondu à la plupart des objections faites à l'opération, mais dans la séance suivante, il apporta la statistique intégrale des ovariotomies pratiquées par lui, soit à l'hôpital, soit en ville. L'importance de ce document, l'intérêt qui s'attache actuellement à cette partie de la pratique chirurgicale, nous feront peut-être pardonner de revenir, à peu de jours d'intervalle, sur le même sujet.

M. Spencer Wells, chirurgien de *Samaritan hospital*, a pratiqué ou tenté cinquante-six ovariotomies. Trois fois l'incision abdominale a seule été faite, trois fois l'extirpation du kyste fut commencée mais non achevée. Dans tous ces cas, l'existence d'adhérences étendues fut la cause qui empêcha l'opération d'être menée jusqu'à la fin. Des trois premières malades, l'une guérit et fut depuis ponctionnée deux fois, les deux autres moururent : la première le quinzième jour, la seconde le huitième.

Les trois autres malades succombèrent aussi plus ou moins longtemps après la tentative d'extirpation, mais la mort fut due non à l'ovariotomie, mais aux progrès du mal. Toutes trois en effet étaient guéries de l'opération, mais la mort survint par rupture spontanée du kyste : une fois après trois semaines, une fois après quatre mois; la dernière malade enfin succomba un an après, ayant subi sept ponctions de sa tumeur.

Cinquante ovariotomies furent faites complétement, il y eut trente-trois guérisons et dix-sept morts. La mortalité n'a

FEUILLETON.

Lettres médicales sur le Mexique.

Quatrième lettre (fin). Voy. le n° 1.

SOMMAIRE. — Les terres tempérées (*tierras templadas*). — Orizzaba ; sa physionomie ; ses environs. — Montagnes, volcans, plaines. — Richesse et variété de la végétation sur les plateaux élevés et dans les vallées. — Culture du tabac, du café, de la canne à sucre.

Population : Indiens ou *Aztèques*; leur vie, leurs coutumes. — Mexicains proprement dits, Mexicaines; leurs mœurs. — La race des colons, ou grands propriétaires. — Haciendas, ranchos.

Les parcs, les cours d'eau d'Orizzaba. — Les habitants de la ville; leur misère actuelle, leurs mœurs. — Institutions locales. — Industries. — La monnaie du Mexique. — La religion.

Climatologie; météorologie.

Le Mexique est donc, eu égard à ses productions, à sa végétation, un admirable pays dont on pourrait tirer d'immenses ressources. Malheureusement, le Mexicain a conservé tous les défauts de la race espagnole : c'est la vanité greffée sur la paresse et l'indifférence ; pourvu que son large *sombrero* (chapeau) de feutre ait de riches broderies, que sa veste élégante de cuir soit historiée sur toutes les coutures de brillants galons, que son pantalon soit garni d'une double rangée de boutons en argent, que son cheval piaffe bien et que le pommeau de sa selle tout recouvert d'argent brille au soleil, c'est un homme heureux; il passe sa journée à cheval, courant les rues et les places publiques. Le soir venu, il s'arrêtera des heures entières, enveloppé avec grâce dans un brillant *zarappé* (grand châle d'une finesse extrême et souvent enrichi de pierres fines sur les bords), sous le balcon de quelque *senorita* aux yeux noirs. Peut-être n'a-t-il pas une piastre dans la poche, mais qu'importe?... une *tortille* (galette de maïs) et un verre d'eau lui suffisent pour tout un jour.

La guerre civile, le jeu sont les deux vraies passions du Mexicain. Depuis qu'il a reconquis son indépendance, ce malheureux pays est en proie aux guerres intestines, il est livré à

donc été que de 34 pour 100, et deux malades sur trois guérirent. Il suffit de parcourir le tableau résumé de ces faits, donné par THE LANCET (20 décembre 1862), pour voir que l'on trouve réunis dans cette statistique tous les degrés de gravité et toutes les variétés de tumeurs ovariques; kystes unis et multiloculaires, tumeurs solides, demi-solides, etc.

Voici donc une statistique intégrale, complète et certainement très encourageante, mais elle n'est pas la seule.

Nous donnons plus loin (p. 30) un très court résumé des onze dernières observations de M. Baker-Brown, complétant le chiffre de trente et une ovariotomies faites par ce chirurgien, et donnant 21 guérisons et 10 morts. C'est encore 32 pour 100 de mortalité ou deux guérisons sur trois opérations.

La lecture du travail de M. Spencer Wells a suscité quelques remarques de MM. Graily Hewitt et Erichsen, tous deux défenseurs éclairés de l'ovariotomie, attaquée si énergiquement par M. Robert Lee.

En France comme en Angleterre, l'argument favori contre toutes les opérations nouvelles est toujours le même. L'opération n'était pas indispensable — le malade aurait guéri par d'autres moyens moins dangereux, ou du moins il aurait vécu longtemps malgré sa maladie, etc. Il n'y a qu'une seule réponse à faire à cet argument appliqué à l'ovariotomie, et cette réponse sera elle-même une question. Que deviennent les malades affectées de kyste de l'ovaire présentant les indications de l'ovariotomie, mais chez lesquelles l'opération n'est pas pratiquée?

Il faudrait ici pouvoir opposer les *statistiques d'action* aux statistiques d'*abstention*, mais les dernières nous manquent ou du moins nous n'en possédons qu'une, que l'on doit précisément à M. Robert Lee. (*Clinical Reports on Diseases of the Ovaries*.) Que nous montre-t-elle?

Dans 44 cas l'ovariotomie pouvait paraître indiquée; 32 fois la mort arriva malgré un traitement palliatif, ponctions, etc. — 1 fois le résultat est douteux, 1 fois la mort est simplement mentionnée, 2 malades étaient données comme mourantes, une autre « arrivait rapidement à une terminaison fatale de la maladie. »

D'autre part, une guérison après ponction se maintenait encore après vingt-six ans; dans un autre cas la maladie avait fait peu de progrès en trois ans; dans deux autres les malades vivaient encore trois ans après. Enfin il y avait eu deux morts à la suite d'ovariotomie, et un décès après une incision exploratrice. Ainsi l'abstention avait donné 36 décès sur 44 malades, c'est-à-dire 81 pour 100 de mortalité, même en comptant comme si elles auraient guéri par l'expectation, les malades mortes par l'ovariotomie; et la mort dans les faits d'abstention était survenue dans un délai de vingt mois. Qu'a donné l'ovariotomie? Dans les statistiques *complètes* publiées jusqu'à ce jour, deux guérisons sur trois; 34 pour 100 de mortalité (M. Spencer Wells); 32 pour 100 (M. Baker-Brown); tandis que l'abstention *paraît*, dans les mêmes conditions, pouvoir en donner 81. — Admettons ce dernier chiffre comme exagéré, et nous aurons encore de quoi justifier largement l'intervention active de la chirurgie.

L'âge de l'opérée regardé par la plupart des chirurgiens comme ayant une certaine importance pour le pronostic. Les malades ayant dépassé le moment de la ménopause se trouvent, suivant MM. Spencer Wells et Erichsen, dans de meilleures conditions, et l'adolescence est une contre-indication relative. Cependant la moyenne de l'âge des opérées de M. Wells nous a donné le même chiffre pour les séries heureuses et malheureuses, 36 et 36,9.

La question principale à s'adresser avant de se décider à l'opération est celle-ci : *La tumeur qui cause les désordres est-elle mobile et peut-elle être enlevée?* Qu'elle soit liquide, demi-solide ou solide, qu'elle dépende de l'ovaire ou même de l'utérus, le point principal à examiner est l'absence d'adhérence. Ce qu'il faut surtout c'est opérer les malades dont on ne peut espérer la guérison par d'autres moyens, et non opérer celles qui portent des kystes petits, mobiles, qui se présentent en un mot dans des conditions où l'opération est moins nécessaire à la malade, qu'utile à la réputation du chirurgien. C'est là un écueil qu'il faut savoir éviter et qu'on n'évite peut-être pas assez en ce moment. L'ovariotomie que nous regardons comme une des belles conquêtes de la chirurgie moderne, n'est pas plus le traitement normal des kystes de l'ovaire, que la résection n'est celui des tumeurs blanches; c'est un traitement exceptionnel, et il est temps, pour les chirurgiens, de ne pas l'oublier, s'ils ne veulent pas qu'on puisse les dire atteints de l'*ovariotomie épidémique*.

LÉON LE FORT.

Nous ne connaissons pas, et personne, croyons-nous, ne connaît d'exemple de tétanos, soit traumatique, soit spontané, qui n'ait débuté par le groupe des muscles du cou et de la mâchoire, — à l'exception toutefois d'un ou deux cas, comme celui de M. Frère, dans lesquels la contracture a envahi

---

une foule d'intrigants dont le seul mobile est l'appât de l'argent et des dignités militaires.

On sourira sans doute lorsque je dirai que le jeu est peut-être la seule institution *honnête* et *honnêtement* pratiquée au Mexique. Pas de cartes biseautées au *monte* (sorte de lansquenet), pas de mécanisme trompeur à la roulette. Le Mexicain gagne, perd avec une insouciance remarquable et ne fait jamais le moindre bruit. Lorsqu'il aura été mis à sec, il retirera le serpent doré qui garnit son sombrero, coupera les boutons d'argent qui ornent les côtés de son pantalon, ira engager le tout et reviendra perdre ou gagner avec le même sang-froid. Après cela, il vous empruntera quelques piastres avec une telle *dignité* que vous ne pourrez les lui refuser; du reste, il vous les rendra scrupuleusement lorsque la fortune lui aura été favorable.

Le Mexicain se déclare vite votre ami, et bientôt il met sa *casa*, sa *familia* à votre disposition, mais ce n'est là qu'un flux de paroles, et, l'occasion échéant, on voit ce beau dévouement s'en aller en fumée; cependant je dois avouer que j'en ai trouvé quelques-uns de fort obligeants.

La Mexicaine est oisive, indolente, d'une coquetterie effrénée. Les bains, dont elle abuse singulièrement, les visites, sont à la fois sa seule occupation, sa seule distraction; elle fume du matin au soir un nombre incroyable de cigarettes qu'elle roule avec une habileté toute castillane. C'est, du reste, une femme dévouée et susceptible des plus nobles sentiments. Que de fois n'avons-nous pas admiré, pendant notre séjour dans les terres chaudes, le dévouement de la compagne de l'*arriero!* Elle supporte avec courage les atteintes d'un soleil brûlant, les fatigues d'une route affreuse, et remplace au besoin son compagnon dans ses rudes labeurs.

Le Mexicain est loin d'offrir les mêmes traits de fidélité; il est rare que le mariage même soit pour lui un lien sérieux; il aura bientôt repris au bout de quelques jours sa vie de débauches et de dissipations de tous genres; c'est ainsi qu'on s'ex-

d'abord la partie blessée, et qui appartiennent conséquemment à l'espèce traumatique. Ce phénomène, encore inobservé, M. James Cuming l'aurait rencontré dans sa pratique, si l'on en croit sa communication à la *Société clinique et pathologique de Belfast* (*The Dublin Quarterly Journal*, novembre 1862). Voici en peu de mots de quoi il s'agit :

Le 7 décembre 1861, M. Cuming est appelé auprès d'un jeune homme âgé de seize à dix-sept ans, maigre, de constitution nerveuse, se plaignant de vives douleurs à la région du cœur et dans les membres. Le cœur battait avec une violence excessive, mais sans fréquence; le pouls ne donnait que 84 pulsations. La respiration était précipitée. Muscles de l'avant-bras rigides; poignets fléchis, ainsi que les doigts. Pieds renversés en dedans avec la plante arquée; ni gonflement, ni douleurs articulaires. Le patient avertit notre confrère que ces sortes d'accès, qu'il éprouvait depuis quelques jours, revenaient toutes les dix minutes. Bientôt la contracture augmenta et envahit d'autres régions; *le tronc, les membres devinrent rigides dans l'attitude de l'extension; les muscles abdominaux se roidirent*, et le malade fut pris de telles douleurs qu'il jetait des cris perçants.

Les muscles de la face et du cou restèrent tout à fait exempts de spasme; pas le moindre trismus; pas la plus légère difficulté de la mastication ni de la déglutition.

Ces accidents se répétèrent pendant trois jours, en diminuant de fréquence, puis semblèrent avoir cessé; mais, le malade étant retourné à son ouvrage, ils reparurent avec une grande intensité, offrant cette fois comme symptôme prédominant une douleur poignante au niveau de l'appendice xiphoïde. On administra le laudanum et la teinture de jusquiame. Les accès s'éloignèrent et devinrent moins violents. Le 13 décembre, date à laquelle s'arrête l'observation, ils ne s'étaient pas reproduits depuis vingt-quatre heures.

Si nous ajoutons que le malade exerçait la profession de charpentier, et que les fonctions intestinales s'accomplissaient régulièrement; que l'on a en vain cherché des helminthes dans le produit des garderobes; et si l'on écarte ainsi de l'étiologie de cette maladie l'intoxication saturnine (d'ailleurs peu indiquée par les symptômes) et la présence de vers dans le tube digestif, on n'hésitera pas, ce nous semble, à voir dans l'ensemble des phénomènes décrits par M. Cuming cette affection connue sous la dénomination de *contracture des extrémités*, qui se présente quelquefois dans les hôpitaux par séries, à la manière des épidémies, et qui a été décrite par une dizaine d'auteurs. Un de ses symptômes est précisément cette angoisse épigastrique notée par notre confrère de Belfast. Il en faut dire autant de l'extrême acuité des douleurs musculaires, aussi bien que des rémissions, qui ne sont jamais aussi complètes dans le tétanos. Bref, il ne nous paraît pas douteux que l'observation rappelée plus haut ne soit insuffisante à établir l'existence d'un tétanos débutant par la contracture des membres.

A. Dechambre.

M. Larrey a pris possesion du fauteuil de l'Académie de médecine par une allocution où la piété filiale et un sentiment, qu'on pourrait dire filial aussi, envers le corps de santé militaire, lui ont inspiré, au sujet de son élévation à la présidence, des paroles modestes que l'Académie a applaudies comme œuvre de goût, mais assurément sans les prendre à la lettre. Nul n'était personnellement plus digne que M. Larrey de l'honneur qui lui a été conféré.

Le vice-président, M. Grisolle, a également remercié la compagnie en quelques mots simples et partis du cœur.

M. Giraud-Teulon a donné ensuite lecture d'un très savant mémoire *sur la nature des cercles de diffusion produits lors de l'aberration de parallaxe par les appareils dioptiques de l'œil;* et M. Jolly a commencé, sur la question des eaux potables, un discours écrit avec distinction et urbanité, qu'il terminera dans la prochaine séance.

A. D.

Nous publions plus loin (p. 24) la lettre de M. Baillarger annoncée dans notre dernier numéro, et relative au goître chez les animaux domestiques.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Réflexions sur quelques points de la glycosurie, par M. le docteur Jules Lecoq, médecin principal de la marine.

Depuis que la physiologie expérimentale est venue jeter un jour tout nouveau sur les principaux actes de la vie, nous avons acquis des notions plus précises sur certaines affections graves pour la plupart et entourées parfois d'une complète obscurité. Cause et nature, telles sont les deux inconnues qu'il faut avant tout chercher à dégager quand on se trouve en présence d'une entité morbide qui se révèle à nous par un ensemble de symptômes tout particuliers que nous devons tâcher d'interpréter avant de songer à les combattre. Il n'est peut-être pas de maladie qui ait plus gagné à ces recherches physiologiques, aidées surtout du concours de la chimie animale, que la glycosurie ou diabète sucré.

---

plique la sympathie des Mexicaines, dans les grands centres de population, pour l'étranger.

La seule population laborieuse est la population primitive : ce sont les Indiens (ainsi nommés par suite de l'erreur de Christophe Colomb, qui croyait avoir touché au continent indien). Habitant la campagne, souvent à une grande distance des villes, et n'ayant pour abri qu'une misérable hutte en jonc recouverte de larges feuilles de palmier et de chaume ou de feuilles d'aloès imbriquées, l'Indien cherche à tirer parti de la nature si fertile qui l'entoure; mais encore est-il que, plein d'insouciance et même d'indifférence pour la vie, il ne cultive que ce qu'il lui faut pour sa propre subsistance ou tout au plus ce que requiert la consommation des villes.

Les jours de marché, le jeudi surtout, on les voit arriver, hommes et femmes, à peine couverts d'un misérable sarreau, pieds et jambes nus, chargés d'un grand panier qui prend son principal point d'appui sur le front au moyen d'une large ceinture. Les petits enfants ont aussi quitté la case; la mère, outre sa charge, enveloppe le *ninio* dans son *reboso* (écharpe d'un tissu mince et solide) et le porte ainsi suspendu à côté du panier.

Il n'est pas rare de voir les Indiens faire cinq ou six lieues, dans ces conditions, par un soleil ardent, pour gagner quelques piastres. Quand le marché est fini, toute la famille entre dans une *tienda* (débit de liqueurs) et s'enivre avec de l'*aguardente* (eau-de-vie de canne).

Des hommes hardis, entreprenants, pour la plupart aujourd'hui de race créole, ont conçu l'idée d'exploiter plus ou moins loin des centres de population d'immenses terrains. Déjà les premiers conquérants, des compagnons de Fernand Cortez avaient conçu cette idée audacieuse; en lutte perpétuelle avec les Indiens du voisinage, ayant à surmonter des difficultés de toute nature, ces hommes ont fini par triompher de tous les obstacles et ont souvent acquis une singulière célébrité dans les annales de l'histoire (1).

(1) Qui ne lit avec émotion le récit de l'entreprise romanesque et des grandes infor-

Il n'y a pas encore longtemps que, dans une des meilleures publications de notre époque, M. Rochoux écrivait ces lignes : « La physiologie sera sans doute longtemps encore avant de » nous apprendre comment les boissons, les particules nu- » tritives des aliments, les matériaux qui nous composent, pre- » nant en masse la route des reins, l'économie entière semble » se fondre en urine, et surtout quel travail produit la matière » sucrée qu'on y trouve alors. » (*Répertoire général des sciences médicales*, t. X, p. 23.) — Mais, à l'époque où M. Rochoux désespérait ainsi de l'avenir de la physiologie, on ne connaissait pas encore le mécanisme si ingénieux de la digestion, et, pour se l'expliquer, on se contentait de mots vides de sens, tels que coction, fermentation, chymification. Nous sommes heureusement redevables à la physiologie moderne de notions bien autrement précises, et aujourd'hui on peut, pour ainsi dire, assister à toutes les transformations que subit l'aliment le plus varié avant de se convertir en cette chair vivante, le sang qui doit aller réparer toutes les pertes subies par l'organisme. Nous savons désormais comment les substances albuminoïdes trouvent dans le suc gastrique leur dissolvant naturel, la pepsine, qui les convertit en une substance isomérique, l'albuminose ou peptone propre à être absorbée; nous savons également que les matières grasses rencontrent dans le produit de la sécrétion du foie et dans le suc pancréatique un principe qui les émulsionne, les dédouble en leurs éléments constitutifs pour les livrer plus tard encore au travail de l'absorption; enfin nous connaissons les transformations subies par les matières féculentes qui entrent pour une si large part dans notre alimentation; nous savons qu'à peine soumis à l'acte de la mastication, la fécule trouve dans la salive un premier ferment, la diastase salivaire, dont l'action catalytique va la convertir en dextrine, puis en glycose, et la rendre ainsi soluble et absorbable par les lymphatiques de l'intestin.

Avant ces notions si précises et si vraies en même temps, puisque toutes ces transformations peuvent s'opérer devant nos yeux dans le laboratoire du chimiste, on se faisait l'idée la plus étrange du diabète sucré. Cependant nous devons rappeler que, dès l'année 1797, Rolle publia un ouvrage dans lequel il émit des idées entièrement nouvelles sur la formation du sucre dans l'économie et sur son passage dans les urines. Suivant l'auteur anglais, cette matière sucrée se formait dans l'estomac et devait surtout sa formation aux substances végétales, comme le prouvent les effets immédiats produits par l'abstinence des végétaux et l'usage de la diète animale exclusive. Partant de ces données, les principaux moyens propres à faire disparaître le sucre des urines parurent être à Rolle une entière abstinence des substances végétales, un régime animal exclusif, l'emploi des émétiques, du sulfure d'ammoniaque. Plus tard, M. Bouchardat, s'appuyant sur les données physiologiques, a démontré mieux que ne l'avaient fait ses devanciers qu'on ne devait voir dans la glycosurie qu'un trouble apporté dans les fonctions de l'estomac, qui digérait mal les féculents. Ce premier fait établi était d'une importance capitale, puisqu'il a conduit à reconnaître que, pour guérir le diabète ou du moins le modifier complétement, il suffisait d'éliminer les féculents de l'alimentation; et les résultats sont venus donner raison aux déductions physiologiques. Quoique la théorie qu'a donnée M. Bouchardat nous ait conduit à des applications thérapeutiques souvent heureuses, elle n'est pas cependant à l'abri d'objections sérieuses; il ne paraît pas y tenir beaucoup lui-même, tout en persistant dans son traitement du diabète, qui consiste surtout dans la privation d'aliments féculents. Disons tout de suite que la théorie de M. Mialhe, qui prétend que le sucre des diabétiques ne peut pas être brûlé par suite du défaut d'alcalinité du sang, n'a pas non plus tardé à s'écrouler devant une objection capitale qu'on lui a adressée, c'est que le sang d'un diabétique est souvent plus alcalin que celui de l'homme bien portant. Quoique ces théories des deux habiles chimistes que je viens de citer trouvent parfois leur confirmation, il n'est pas moins vrai qu'elles ne suffisent pas toujours pour expliquer le diabète, et, depuis quelques années, de nouvelles recherches ont été faites qui sont bien propres à nous donner une tout autre idée de la formation du sucre dans l'économie et de son passage dans les urines. M. Claude Bernard, par exemple, dont on doit citer à chaque instant les remarquables travaux physiologiques, a démontré que le foie fabriquait du sucre de toutes pièces, et cela en dehors de la digestion et alors que l'animal avait été soumis à une alimentation exclusivement animale. Quoique la théorie de l'illustre professeur du Collége de France ait été combattue dans de savants mémoires, tantôt par M. Figuier, tantôt par M. Colin (d'Alfort), il n'est pas moins vrai que cette glycogénie hépatique est aujourd'hui à peu près généralement acceptée par les principaux physiologistes.

Plus tard encore, et c'est toujours à M. Claude Bernard qu'appartient l'honneur d'avoir mis sur la voie de cette importante découverte, il fut démontré que l'irritation du quatrième ventricule, et principalement du point où le pneumogastrique prend naissance, augmentait d'une manière manifeste la production du sucre dans le foie et son passage dans les urines. Comme nous aurons occasion de le montrer plus loin, ce n'est pas seulement l'irritation de ce quatrième ventricule qui élève le chiffre du sucre de l'urine, nous verrons qu'une lésion, qu'une commotion d'une partie quelconque de la masse encéphalique conduit au même résultat et qu'une véritable glycosurie le plus souvent passagère, avec ou sans polyurie, accompagne fréquemment les lésions traumatiques du cerveau.

D'autres conditions pathologiques, voire physiologiques, ont permis de constater la présence d'une quantité plus ou moins considérable de sucre dans les urines : c'est ainsi

---

Telle est l'origine de ces grandes propriétés qu'on appelle *haciendas* et *ranchos*. Ce sont des prairies étendues à perte de vue, entourées de larges fossés où paissent en liberté, jour et nuit, d'immenses troupeaux; on compte dans quelques savanes de l'intérieur jusqu'à 30 000 têtes de bétail (taureaux, chevaux, mules). De grands espaces cultivés, riches en maïs, cannes à sucre, tabac ou autres produits, sont aussi enclavés dans la même propriété.

C'est là que le *ranchera* (propriétaire du domaine), lorsqu'il veut procéder à une vente, se rend à cheval avec une nombreuse escorte et *lace* les taureaux qui lui paraissent les plus gras au milieu même du troupeau. Cet exercice n'est pas sans danger et demande beaucoup d'habileté et de sang-froid. Une fois l'animal pris dans le *lazza*, le cavalier enroule rapidement l'autre extrémité de la corde autour du pommeau de sa selle et lance son cheval en entraînant la victime.

Pendant cette course folle, d'autres *caballeras* se précipitent sur l'animal furieux en le laçant, qui par les cornes, qui par les pieds de devant, qui par ceux de derrière. Une des grandes prouesses du cavalier consiste surtout à renverser le taureau sur le flanc en le tirant fortement par la queue. On le fatigue ainsi, et, au bout de quelque temps, on peut le considérer comme dompté.

Je le répète, cet exercice n'est pas sans danger : il peut arriver que le *lazzo* casse, que le taureau s'élance tout d'un coup sur le cheval du cavalier qui l'entraîne et qu'il l'éventre sans qu'on ait eu le temps d'éviter ce choc rapide comme la foudre. Parfois aussi des signes d'insurrection éclatent dans le troupeau, et il en résulte une charge générale; cet accident est, toutefois, assez rare, car les taureaux paraissent être plutôt sous le coup de la stupeur que de la colère. En tout cas, les cavaliers prévoient presque toujours le péril et se retirent

tunes du malheureux comte Raousset de Boulbon, qui, poussé par un esprit inquiet, une imagination ardente vers les terres lointaines, finit par succomber après une courte période de gloire et de revers ? ..

qu'avec M. Reynoso quelques auteurs ont avancé que tout trouble un peu sérieux apporté par une cause quelconque dans les fonctions respiratoires permettait de constater de la glycose dans le produit de la sécrétion urinaire; d'autres ont avancé, avec M. Michéa, que la plupart des névroses (hystérie, épilepsie, etc.) produisaient le même résultat. M. Burdel a publié en 1859, dans l'Union médicale, un long mémoire dans lequel il signale la présence du sucre dans l'urine des malades atteints de fièvres intermittentes; on en a également trouvé chez les femmes enceintes ou en état de lactation; enfin M. Dechambre a publié un mémoire sur la présence du sucre dans l'urine des vieillards. Mais jusqu'ici chaque expérimentateur n'a examiné la question que sous une de ses faces, elle n'a pas été étudiée dans son ensemble; on n'a pas recherché tout d'abord s'il n'existait pas du sucre dans nos urines à l'état normal; on n'a donc pas pu saisir le rapport direct qui existait entre la présence de la glycose dans les urines, et les troubles ou les changements apportés dans telle ou telle fonction de l'économie. Il y a évidemment un premier fait à établir qui devra être pris pour base, pour point de départ de toutes les autres expériences, qui doit servir de jalon pour apprécier les changements apportés par un trouble quelconque de l'organisme, et ce premier fait, je le répète, dont chacun comprendra toute l'importance, c'est de rechercher si l'urine normale ne contient pas de glycose. Ce travail renferme le résultat des expériences auxquelles je me suis livré depuis quelques mois : plus de deux cents analyses d'urine ont été faites par moi dans presque toutes les conditions de santé ou de maladie; c'est le résultat de ces expériences que je viens livrer à l'appréciation de ceux qui voudront bien lire ce mémoire. Ce premier travail est très imparfait, je le reconnais sans peine; de nouveaux faits sont nécessaires pour élucider cette importante question de la pathogénie du sucre dans l'économie; je serais heureux si les résultats de ceux qui, après moi, viendront étudier ce même point de physiologie pathologique pouvaient s'accorder avec les miens, heureux encore si, en montrant que je me suis trompé, des recherches plus complètes pouvaient nous conduire à la vérité.

Dans ce mémoire, je me propose d'examiner : 1° si, à l'état normal et dans les conditions physiologiques de la vie, on peut constater la présence du sucre dans les urines; 2° quels sont les états pathologiques qui augmentent d'une manière sensible ces quantités de sucre, quelles conclusions il est permis d'en tirer au point de vue de la pathogénie du diabète ou glycosurie; mais, avant tout, je tiens à indiquer avec quelques détails la manière dont j'ai procédé à ces recherches et à disculper, les réactifs dont je me suis servi des attaques qu'on pourrait diriger contre eux.

A. — *Valeur des réactifs employés pour reconnaître la présence du sucre dans les urines.*

Les réactifs employés pour constater la présence du sucre dans les urines sont nombreux; ils sont bien loin d'avoir tous une égale valeur, mais ils peuvent se contrôler l'un par l'autre et donner ainsi une plus grande certitude aux résultats obtenus. Les procédés adoptés par la plupart des expérimentateurs sont les suivants :

1° *Procédé de M. Mialhe (alcalis caustiques).* — La potasse, la chaux, ajoutées en petites quantités à une urine qui renferme du sucre, donnent lieu à la formation d'acide mélanique; la liqueur prend alors une coloration brune d'autant plus foncée que cette liqueur contient de plus fortes proportions de glycose. Ce procédé est commode, très expéditif; il peut très bien suffire quand le liquide à examiner renferme de grandes quantités de sucre; il ne présente pas le même degré de certitude quand l'urine ne contient que de faibles proportions de glycose.

2° *Procédé de Boettger modifié par M. Béhier.* — Le procédé de Boettger, modifié par M. Béhier, consiste à ajouter à l'urine soumise à l'analyse un petit morceau de potasse caustique et 1 à 2 grammes de sous-nitrate de bismuth; quand la liqueur à essayer renferme du sucre, le sous-nitrate de bismuth est réduit, et du bismuth métallique, sous l'aspect d'une poudre brune, se dépose au fond du tube. Par l'ébullition, la liqueur noircit d'autant plus qu'elle renferme des quantités plus consirables de glycose; j'ai employé très souvent ce procédé, qui m'a toujours donné de bons résultats. Il est certainement plus sensible que le précédent; cependant il exige que l'urine renferme encore des quantités assez grandes de sucre.

3° *Fermentation alcoolique.* — La fermentation alcoolique est, de tous les procédés dont on se sert pour déceler la présence de faibles quantités de sucre dans un liquide, celui auquel on accorde le plus de confiance. Il consiste à ajouter une faible proportion de levain de bière à l'urine qu'on veut analyser et à soumettre pendant quelques heures le mélange à une température de 30 degrés. Si elle renferme du sucre, on obtient, comme tout le monde le sait, un dégagement d'acide carbonique que l'on constate en recevant ce gaz dans une solution d'eau de chaux, et la formation d'alcool, qui se reconnaît à son odeur et à son inflammabilité, s'il y en a en quantité un peu considérable. La fermentation alcoolique permet de constater des doses assez minimes de sucre dans une urine glycosurique, et on a l'habitude d'accorder une grande valeur à ce procédé. Cependant il ne mérite peut-être pas tout le degré de certitude qu'on lui accorde, car il n'est pas à l'abri de tout reproche. En effet, si le levain de bière dont on se sert n'est pas fraîchement préparé, comme il renferme lui-même de l'amidon et un peu d'hordéine, cet amidon pourra

---

rapidement près de la porte de l'enceinte, que des gardiens surveillent constamment.

Je n'abandonnerai point les environs d'Orizzaba sans mentionner un magnifique parc qui appartient à la ville et qui est admirablement aménagé pour des promenades délicieuses; on y retrouve la véritable végétation des tropiques avec toute sa fougue et son désordre; de temps à autre, on rencontre quelques cases d'Indiens enclavées dans cette riche verdure. De belles allées conduisent à un large plateau qui surplombe un ravin très encaissé. L'œil est effrayé de ces profondeurs immenses et de la roideur des pentes. Au fond de la gorge, sur un sol sablonneux, serpente une rivière qui descend des rochers en cascades majestueuses et lance dans les airs, à chaque obstacle, des tourbillons d'une fine poussière d'eau. Des plants de bananiers couvrent les flancs escarpés du précipice. De grands arbres exotiques qu'enlacent de grosses lianes protègent de leur ombre les rives du torrent; les branches supérieures, voûtées par l'âge, attirées peut-être aussi par la fraîcheur du Rio-Salto, se sont recourbées, ont envoyé des prolongements qui ont pris racine dans un sol tout pierreux et forment autant de nouveaux troncs. Une de ces cascades a creusé un roc énorme et roule sous cette arche improvisée avec un mugissement qui se répercute au loin.

Ce spectacle est grandiose et fascine le regard. Que si l'on veut contempler cette puissante nature de plus près, on peut descendre jusqu'au fond de la gorge par un sentier étroit, tortueux; mais il est plus difficile de se frayer un chemin sur les deux rives du torrent, à travers les liens inextricables d'une végétation tout à fait vierge. Un soleil de plomb vous écrase de ses rayons ardents, et vous êtes parfois surpris en remontant par une violente averse : de gros nuages se sont développés subitement au-dessus de la montagne, et l'orage s'est formé avec la rapidité de la pensée.

Partout, autour de la ville, dans la ville elle-même, on rencontre des sources, des ruisseaux qui sont souvent de véritables rivières d'une eau fraîche et limpide. Dans les splen-

très bien se convertir en glycose et donner lieu à la fermentation alcoolique, quoique le liquide ne renferme pas la moindre trace de sucre. C'est là, comme on le voit, un inconvénient sérieux qui ne peut pas nous permettre d'accorder à la fermentation alcoolique une confiance absolue.

4° *Polarimétrie.* — Le sucre de raisin ou glycose dévie à droite le plan de polarisation de la lumière; on a utilisé cette propriété pour reconnaître le sucre dans un liquide; ce procédé est certainement d'une grande précision, il est exempt de toute cause d'erreur, mais il exige des instruments très coûteux qui ne sont pas à la portée de tout le monde et que je n'ai pas pu avoir constamment à ma disposition pour mes nombreuses analyses d'urine.

5° *Liqueur cupro-potassique.* — Mais de tous les procédés dont on se sert habituellement, celui qui donne les meilleurs résultats, c'est encore la décoloration de la liqueur bleue de cuivre et de potasse, et la réduction de l'oxyde de cuivre qu'on obtient en faisant bouillir cette liqueur avec le liquide contenant une faible proportion de glycose.

La liqueur de Barreswil est celle dont on se sert le plus habituellement, quand on veut seulement constater la présence du sucre dans un liquide, sans chercher à doser les quantités qu'il renferme (1); mais quand on veut connaître exactement la quantité de glycose que renferme une urine donnée, c'est aux procédés de Trommer ou de Fehling qu'on s'adresse; dans mes analyses je me suis toujours servi du procédé de Fehling, dont la liqueur a une composition plus stable et se décompose moins facilement. Voici la composition de cette liqueur :

A.	Sulfate de cuivre cristallisé.........	40	grammes.
	Eau distillée..	160	—
B.	Potasse caustique.................	130	—
	Tartrate neutre de potasse dissous dans un peu d'eau.................	160	—
	Eau distillée.....................	500	—

On mêle les deux solutions et on étend d'eau distillée pour faire 1154 c. c. de liqueur à 15 degrés.

Une urine qui décolore la liqueur cupro-potassique et qui réduit l'oxyde de cuivre, renferme-t-elle toujours et nécessairement du sucre? Nous nous hâtons de répondre par la négative, avec tous ceux qui ont pratiqué pendant longtemps ces sortes d'analyses, les causes d'erreur sont nombreuses; elles peuvent tenir à la liqueur elle-même, qui se réduira seule ou par une ébullition un peu prolongée, si elle est préparée depuis longtemps; il faut donc avoir le soin de conserver toujours sa liqueur d'essai à l'abri de la lumière, et surtout de la renouveler souvent, tous les quinze jours au plus, ou même tous les huit jours. Quand on tient à faire des analyses comparatives, il faut autant que possible se servir de liqueur toujours préparée de la même manière et par la même personne. Mais les sources les plus fréquentes d'erreur se trouvent dans les liquides à analyser; il ne suffit pas en effet de prendre une certaine quantité d'urine et de la faire bouillir pendant quelques minutes avec la liqueur cupro-potassique; cette urine, en effet, peut renfermer des matières colorantes ou organiques qui auront bien certainement une action réductrice sur la liqueur de Barreswil, de Trommer ou de Fehling; on devra donc de toute nécessité faire subir à l'urine que l'on se propose d'analyser, une première opération qui aura pour résultat de la débarrasser de toutes les matières organiques qu'elle peut contenir, telles que : acide urique, urates et phosphates de différentes bases qui s'y trouvent presque nécessairement; c'est au moyen de l'acétate de plomb qu'on précipite les matières organiques et la plupart des sels solubles qu'il transforme en sels de plomb insolubles; on filtre ensuite puis on précipite par un excès de sulfate de soude, ou mieux par un courant d'hydrogène sulfuré ce qu'il pourrait rester de plomb dans la liqueur filtrée; on filtre de nouveau, et on obtient alors une urine claire, limpide, bien transparente, et qui ne contient plus ni matières colorantes, ni matières organiques. M. Béhier a cité une série d'expériences qui démontrent que le réactif de Barreswil et celui de Fehling peuvent être très infidèles; sans aucun doute les observations de M. Béhier doivent être prises en sérieuse considération; mais comme l'ont fait remarquer MM. Gubler et Cahen, il ne faudrait pas conclure que la potasse et surtout la liqueur cupro-potassique soient des réactifs tout à fait trompeurs, quoique n'étant pas la perfection du genre. Les fausses apparences notées par M. Béhier tiennent à l'action de l'agent chimique sur l'acide urique et les matières organiques contenues dans l'urine, quand on a soin de détruire ces matières organiques par l'acétate de plomb comme nous venons de le dire, puis après avoir versé le réactif, de faire bouillir assez longtemps pour réduire le liquide d'un quart ou de moitié, il y a beaucoup moins de chances d'erreur.

L'acide urique réduit la liqueur cupro-potassique, et donne un précipité rouge d'oxyde de cuivre; c'est là un fait incontestable comme l'a prouvé M. Béhier; j'ai répété moi-même l'expérience au moyen d'acide urique pur que j'ai fait dissoudre dans l'eau distillée portée à l'ébullition; cette eau, quoique l'acide urique soit très peu soluble, même à chaud, devait nécessairement contenir plus d'acide urique que n'en contient l'urine qui en renferme le plus; en faisant bouillir ma liqueur de Fehling avec cette eau chargée autant que faire se peut, d'acide urique, j'ai obtenu une réduction de ma liqueur et un précipité d'oxyde de cuivre; mais il est essentiel de faire

(1) M. Claude Bernard déclare ce moyen excellent; c'est celui dont il s'est toujours servi pour ses belles recherches sur la pathogénie hépatique.

---

dides jardins des couvents, les moines avaient ménagé des bassins magnifiques qui alimentaient de petits courants encaissés dans des conduits en maçonnerie et qui serpentaient dans tous les sens.

Je ne devrais point, après avoir dépeint toutes ces magnificences de la nature, parler de la population d'Orizzaba. Sale, déguenillée, inhospitalière, elle est encore à plaindre, car elle est dans une misère effroyable. Rien n'arrive plus, pour le commerce, de Vera-Cruz ou de l'intérieur du pays. Depuis peu de temps seulement, il est entré quelques farines et autres provisions. Jusque-là, les plus riches habitants même achetaient le pain de munition que nos soldats, exploitant la situation, vendaient fort cher.

Tout est donc paralysé dans cette malheureuse ville, commerce et industrie.

Les institutions mêmes, destinées à protéger les citoyens, à pourvoir à la sécurité, à l'hygiène de la ville, sont pour la plupart tombées en désuétude. Le tribunal de l'alcade n'est plus qu'une plaisanterie, et mainte scène digne au premier abord de se dérouler devant une cour d'assises y devient plus comique qu'en police correctionnelle. On a cependant essayé, si l'on en juge d'après quelques traces et des coutumes encore en usage, de réglementer certaines choses d'utilité publique. La distribution des eaux, par exemple, dans l'intérieur des maisons a été l'objet de la préoccupation de la municipalité, et, moyennant une redevance, chaque habitant pouvait avoir dans sa cour un bassin alimenté d'une façon constante. La vieille et curieuse institution du *veilleur de nuit* est encore en vigueur, et, dès que dix heures sonnent, on entend de tous côtés la voix du *sereno* qui chante l'heure et la qualité du temps en faisant invariablement précéder chaque phrase d'un *Avè, Maria purissima*.

A Orizzaba, comme à Vera-Cruz, l'hygiène des rues est abandonnée aux *zopilotes*; toutes les immondices, tous les débris, de quelque nature qu'ils soient, disparaissent avec une

remarquer que le précipité a été très peu considérable; qu'il a fallu une très longue ébullition pour l'obtenir; enfin, qu'une très faible partie de ma liqueur de cuivre et de potasse a été enflammée par cette eau distillée, malgré les fortes proportions d'acide urique qu'elle devait contenir; les choses se sont passées tout différemment quand je me suis adressé à une urine contenant de la glycose.

Cette eau distillée, dans laquelle j'avais fait dissoudre de l'acide urique, traitée par le sous-acétate de plomb, puis filtrée comme je l'ai fait pour toutes mes analyses d'urine, m'a encore donné un précipité beaucoup moins abondant, et réduit une liqueur de Fehling bien plus difficilement qu'avant qu'elle n'eût subi cette nouvelle opération. Le plomb avait donc débarrassé aussi cette eau distillée d'une partie de l'acide urique qu'elle contenait; et si l'urine renferme réellement de l'acide urique à l'état libre, je ne vois pas ce qui empêcherait qu'il fût complétement neutralisé par l'opération préalable qu'on doit toujours faire subir à toute urine qu'on veut essayer, mais la plupart des chimistes et des physiologistes n'admettent pas que l'acide urique puisse exister à l'état libre dans nos urines. On l'y trouve toujours combiné avec la chaux, la potasse, l'ammoniaque, et ce sont alors des urates de chaux, de potasse et d'ammoniaque que l'on trouve dans les sédiments de l'urine, et qui par le repos se précipitent sous forme d'une poudre rouge ou blanche, mêlée à du mucus. Ces urates peuvent-ils réduire la liqueur de cuivre? Oui sans doute, répond M. Béhier, qui dans une des séances de l'Académie de médecine, en 1858, est venu montrer une série de tubes contenant de la liqueur de Barreswil réduite par de l'urate d'ammoniaque obtenu artificiellement; mais ces urates ont-ils le privilége d'échapper à l'action du sous-acétate de plomb dont on se sert pour débarrasser l'urine des matières étrangères qu'elle renferme? Je ne puis l'admettre, car mes expériences m'ont toujours démontré le contraire. Après avoir laissé déposer au fond d'un verre à réactif une urine chargée de matières organiques et colorantes, et d'une abondante quantité d'urates, qui donnaient au sédiment une coloration rouge très prononcée, j'ai fait dissoudre ce dépôt dans de l'eau distillée portée à une ébullition prolongée. Traitant ensuite cette eau, qui contenait les quantités d'urate qui avaient pu s'y dissoudre, comme je traitais toutes mes urines, je l'ai essayée par la liqueur de Fehling, et je n'ai obtenu ni décoloration ni réduction d'aucune parcelle d'oxyde de cuivre. Que devons-nous en conclure? C'est que le plomb avait précipité, en les décomposant, tous les urates dissous par l'eau distillée. Or, ce qui s'est passé dans ce cas doit bien aussi se produire quand j'agis sur une urine quelconque, et si j'obtiens alors la décoloration et la réduction de ma liqueur d'essai, je me crois autorisé à conclure que c'est à la présence du sucre seul qu'est dû ce résultat.

Dans toutes mes analyses, j'ai toujours eu soin de m'entourer des garanties voulues pour me mettre à l'abri de l'erreur : ainsi, chaque fois que j'ai renouvelé une liqueur de Fehling, je l'ai fait seul, pour voir si elle ne se réduisait pas par l'ébullition, comme cela arrive quelquefois. Je me suis assuré qu'un peu de plomb ou de sulfate de soude laissé dans les urines après la filtration ne pouvait, en aucune façon, agir sur la liqueur cupro-potassique; enfin j'ai veillé à maintenir l'alcalinité de ma liqueur d'essai par l'addition d'un petit fragment de potasse quand mon urine était trop acide. Chaque fois qu'un résultat obtenu m'inspirait quelque doute, j'ai contrôlé mon opération par d'autres procédés : par la potasse (Mialhe), et plus souvent par la potasse et le sous-azotate de bismuth (Boettger). J'ai donné la préférence au procédé de Fehling, parce que, autant que possible, j'ai désiré obtenir un *dosage relatif* des différentes urines que j'analysais. Je dis un *dosage relatif*, parce que, en effet, je n'ai pas la prétention d'avoir toujours apprécié avec une exactitude mathématique les quantités de glycose contenues dans les urines; souvent, quand le sucre existe en petite quantité, une partie de la liqueur bleue échappe à cette décoloration, et vient, par le refroidissement, surnager avec celle qui a été réduite; il y avait donc là une cause d'erreur, je le reconnais; mais j'ai toujours fait en sorte de maintenir le même rapport dans les résultats obtenus, et comme l'erreur de l'un se reproduirait dans tous les autres, au moyen d'une petite correction je suis parvenu à savoir approximativement la quantité de glycose contenue dans les différentes urines que je voulais analyser. Il ne suffit pas, en effet, de décider s'il y a du sucre dans une urine normale ou pathologique, il faut encore savoir quelles sont les maladies qui favorisent sa formation dans l'économie et son passage à travers l'organe de la sécrétion urinaire, et c'est ce que j'ai cherché à obtenir.

Ces analyses quantitatives demandent beaucoup de patience et un peu d'habitude si l'on veut éviter l'erreur. En effet, quand l'urine ne contient que des doses minimes de glycose, ce n'est souvent qu'après une longue ébullition, parfois même après le refroidissement, qu'apparaît la réduction de la liqueur d'essai. Les changements que subit la liqueur de Fehling ou de Trommer sont intéressants à suivre; ils varient suivant les quantités de sucre que renferme l'urine; quand il y en a en abondance, il suffit de verser quelques gouttes d'urine dans la liqueur portée à l'ébullition pour la voir presque instantanément se troubler, et prendre en masse une belle coloration jaune d'oxydule de cuivre, qui, par une ébullition encore un peu plus prolongée, présente enfin la couleur jaune rouge de l'oxyde de cuivre. Mais si l'urine ne renferme que de faibles doses de glycose, 1 à 2 grammes pour 1000 par exemple, la transformation n'est ni aussi franche ni aussi rapide que cela. La liqueur bleue se trouble d'abord par l'addition de quelques

---

rapidité incroyable devant la voracité de ces grands oiseaux; les pluies font le reste.

Les seules industries qui aient survécu à ces derniers temps de misère sont la fabrication des cigares et la pelleterie. Quoique le tabac soit excellent, la confection des cigares est très défectueuse, et ce n'est qu'à grand renfort de poumons qu'on parvient à les fumer. L'État n'a jamais songé à s'en faire un monopole, et chaque citoyen a le droit de cultiver et de façonner le tabac comme il l'entend. Le cuir, qui est très commun, est travaillé avec beaucoup d'art et utilisé de mille façons; le Mexicain affectionne tout particulièrement la veste de cuir ouvragée et le large pantalon richement garni d'ornements en or et en argent.

L'argent lui-même est ciselé, repoussé par le *platerio* (orfèvre) avec une grande habileté; c'est, dans l'intérieur du pays, surtout dans les grandes villes, telles que Puebla, Mexico, etc., une industrie capitale.

La monnaie du Mexique est très pure; l'alliage employé pour la monnaie blanche est très faible; c'est exclusivement un alliage d'or et d'argent. Les principales pièces sont : pour l'or, l'*once* (84 fr.), avec des fractions régulières (42, 21, etc.); pour l'argent, la *piastre* (5 fr. 35 c.), la *demi-piastre* (*medio pezzo*), le *double réal* (1 fr. 25 c.), le *réal* (60 c.), le *medio* (30 c.), le *quartille* (15 c.). La vraie monnaie de billon ne se rencontre guère que chez les Indiens; à Vera-Cruz, par exemple, elle n'existe pas : ce sont les *claquos* qui correspondent à nos sous français. Mais on peut dire d'une façon générale que l'unité de monnaie au Mexique est la piastre.

La religion est au Mexique ce qu'elle est en Espagne; les églises, les couvents sont encore fort nombreux aujourd'hui, malgré la célèbre confiscation des biens du clergé par le gouvernement libéral et l'expulsion des moines; à Puebla, la ville catholique par excellence, on ne compte pas moins de deux cents couvents. La population indienne a été fanatisée par les Franciscains, qui, sauf de rares exceptions, ont été les cruels

centimètres cubes d'urine; puis, si l'on continue à la faire bouillir, elle prend lentement une teinte jaune trouble d'oxydule de cuivre, qu'une nouvelle ébullition finit enfin par rougir si l'on a le soin d'ajouter encore une nouvelle quantité d'urine, jusqu'à réduction complète de la liqueur d'essai. On sait que, dans le procédé de Fehling, il suffit de consulter un tableau qui indique les quantités de glycose que renferme une urine quelconque, quantité qui est toujours en rapport avec le nombre de centimètres cubes qu'il a fallu d'urine pour décolorer une quantité donnée de liqueur cupro-potassique.

On a dit qu'une urine fortement colorée, et mêlée à la liqueur bleue d'essai, pouvait donner lieu à une coloration d'un vert jaunâtre susceptible d'en imposer, et pouvait faire croire à une réduction là où il n'y avait pas de sucre; cette objection me paraît sans valeur, puisque nous avons vu que, après avoir été traitée avec soin par de l'acétate de plomb en excès, l'urine obtenue était claire, transparente et nullement colorée.

Je ne crois pas qu'il faille, comme je l'ai lu quelque part, recueillir la somme des urines rendues en vingt-quatre heures, et raisonner d'après les résultats obtenus par une pareille analyse; comme nous le verrons plus loin, le travail de la digestion introduit toujours une plus forte proportion de glycose dans les urines, soit à l'état normal, soit dans certaines affections du tube digestif. Il vaut mieux, il me semble, analyser séparément les urines recueillies le matin à jeun, et celles rendues trois et quatre heures après le repas; c'est ce que j'ai toujours fait.

(La suite à un prochain numéro.)

III

CORRESPONDANCE.

Du goître chez les animaux domestiques.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Mon cher confrère,

Vous avez inséré dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE un long extrait du mémoire de M. Rey, professeur de clinique à l'École vétérinaire de Lyon, mémoire dans lequel il cherche à établir que les faits communiqués par moi à l'Institut sur la fréquence du goître chez les mulets et les chevaux ont été mal observés.

Avant d'examiner le fond du travail de M. Rey, permettez-moi de faire remarquer que ce travail témoigne d'une singulière préoccupation.

J'ai dit dans ma note que la question du goître chez les animaux domestiques paraissait jusqu'ici avoir été très peu étudiée.

Il fallait bien qu'il en fût ainsi, puisque, d'après M. Rey, on « professe dans les écoles vétérinaires que le goître est excessivement rare chez les animaux domestiques, à l'exception du chien ».

Or, je venais de constater que l'hypertrophie du corps thyroïde est extrêmement fréquente chez les mulets et très commune chez les chevaux, ce qui prouvait au moins qu'on avait jusqu'ici assez peu cherché.

Cependant, en disant que la question paraissait avoir été peu étudiée, l'idée ne m'est pas venue que cela pût éveiller la susceptibilité des médecins vétérinaires, qui comptent parmi eux tant de savants distingués. N'arrive-t-il pas chaque jour, dans les sciences, qu'on trouve des faits très simples qui avaient jusque-là échappé à l'observation? Faut-il, dans tous les cas de ce genre, accuser la sagacité de ceux qui, occupés d'autres recherches, ont passé à côté de ces faits sans les voir?

Assurément non. Cependant M. le professeur Rey paraît en avoir jugé autrement.

Son travail a pour but « de défendre la science vétérinaire du reproche qui lui a été fait d'avoir peu étudié jusqu'ici la question du goître ».

Il tient à prouver que les *médecins vétérinaires* « savent, sur la nature du goître dans les animaux, son développement, ses moyens de guérison, tout autant de choses que les *médecins* en connaissent pour l'espèce humaine ».

Cette susceptibilité est assurément fort honorable, mais peut-être jugerez-vous comme moi, mon cher confrère, qu'elle est assez mal fondée.

Il est d'ailleurs regrettable qu'elle ait entraîné M. Rey à des suppositions peu charitables pour plusieurs des médecins qui jusqu'ici ont cherché à éclairer, par leurs travaux, l'étiologie du goître.

Mais arrivons à l'examen des faits.

M. Rey, dans son mémoire, ne s'est pas borné à rappeler « que les médecins vétérinaires regardent le goître comme excessivement rare chez les animaux domestiques, à l'exception du chien, » il ajoute que « *c'est la vérité* ».

Pour le prouver, et pour démontrer en même temps l'inexactitude de mes observations, M. Rey avait une chose très simple à faire, c'était d'aller les vérifier.

Or, c'est précisément ce qu'il n'a pas fait.

Que M. Rey ait habité longtemps, comme il le dit, le département de l'Isère; qu'il ait fait à différentes reprises des excursions dans les Alpes; qu'il n'ait jamais, dans les localités infectées par le goître, rencontré cette maladie chez un *seul* mulet ou chez un *seul* cheval, je n'ai nulle envie de le contester; mais M. Rey ne s'aperçoit pas qu'il oublie de nous dire la chose véritablement importante.

A-t-il ou n'a-t-il pas cherché les goîtres chez les mulets et les chevaux?

Or, voici la preuve qu'il ne les a pas cherchés.

---

instruments des premiers dominateurs. Cette population est douce, de mœurs inoffensives, et l'on aurait pu, par les ressources d'une patiente éducation, la tirer de cette dégradation intellectuelle où elle reste plongée; mais, fidèles à leur vieux et immuable système, les moines, poussés par l'ardeur brutale d'un prosélytisme aveugle et par une cupidité peu évangélique, se sont créé des esclaves plutôt que des serviteurs. Comme je viens de le dire, il y eut quelques exceptions : deux Franciscains se font surtout remarquer entre les courageux défenseurs des vaincus. Depuis trois siècles, les Indiens ne prononcent qu'avec vénération les noms illustres de Sahagun (Bernardino Ribeira, qui prit l'habit de saint François sous le nom de Sahagun, sa ville natale) et de Las Casas. Grâce à la persévérante intervention de ce dernier, la race vaincue fut enfin prise en pitié par les papes et les rois d'Espagne. Des bulles de Paul III déclarèrent les Indiens créatures raisonnables et capables de participer aux sacrements. Dès 1523, Charles-Quint avait expédié de Valladolid des instructions fort sages, et il déclarait les Indiens libres en acquittant les droits de vasselage.

Aujourd'hui encore, l'Indien porte à un degré extraordinaire le respect pour la religion et ses ministres. A peine entendra-t-il, même de très loin, la clochette qui annonce le transport du viatique à un malade qu'il s'agenouillera jusqu'à ce que les sons ne parviennent plus à ses oreilles. A peine l'Indienne est-elle relevée de couches qu'elle vient, tenant le *ninio* (enfant) d'une main et un énorme cierge de l'autre, offrir ses actions de grâces au Seigneur.

La plupart des églises renferment de grands caveaux où se font aujourd'hui les sépultures; le véritable cimetière tend à disparaître du Mexique. A Vera-Cruz, par exemple, on a élevé dans l'ancien asile d'épaisses murailles où se trouvent creusés en forme de fours trois et quatre étages de tombes; une couche de maçonnerie ferme l'entrée de ce singulier sépulcre, et une simple plaque porte gravée l'inscription funèbre. Tel

Aussitôt que j'ai appris que les faits signalés dans ma note étaient contestés, j'ai écrit à M. le docteur Fusier, médecin en chef de l'asile des aliénés de Chambéry, pour le prier de choisir un médecin vétérinaire qui voulût bien se rendre à Saint-Michel et à Modane.

M. Péronnet, inspecteur des abattoirs de la ville de Chambéry, s'est chargé de cette mission.

Il a examiné 60 mulets et 45 chevaux.

Il a trouvé 28 mulets et 15 chevaux atteints de goître.

M. Péronnet termine son rapport par cette phrase :

« Vous saurez, monsieur, que j'ai eu l'honneur de faire une partie de ces observations avec M. le chevalier Lecoq, directeur de l'école impériale vétérinaire de Lyon, le 18 décembre, sur une portion des mêmes mulets et des mêmes chevaux. »

On voit que M. Rey pourrait peut-être se dispenser d'aller à Saint-Michel et à Modane, il n'a qu'à interroger le directeur de l'école de Lyon pour savoir s'il faut continuer à professer que le goître est « excessivement rare chez les animaux domestiques, à l'exception du chien ».

Peut-être par ce qui précède serait-on porté à penser que M. Rey s'est un peu trop pressé de conclure, mais je dois ajouter qu'il y a en sa faveur une circonstance très atténuante.

M. Rey a un frère vétérinaire à Grenoble, et qui depuis longtemps est chargé de donner des soins aux mulets de l'usine d'Allevard. Après avoir lu ma note il lui a écrit pour savoir à quoi s'en tenir. Or, il a appris que sur les 30 mulets chez lesquels je prétendais avoir constaté 23 goîtres, un seul offrait quelques traces de cette affection. C'est ce qui résultait d'un examen nouveau et fait avec soin.

M. le professeur Rey, une fois en possession de ce renseignement, a cru pouvoir, non-seulement nier les goîtres d'Allevard, mais regarder comme extrêmement douteux l'existence de ceux que j'avais signalés dans la Maurienne.

Tout cela était très logique, car s'il y avait eu erreur à Allevard, la même erreur avait dû se répéter partout.

Que M. Rey n'ait pas balancé entre les affirmations d'un médecin « *quelque peu étranger* » à la science vétérinaire et celles de son frère, cela n'a rien qui doive surprendre.

On conçoit même que M. Rey ait été jusqu'à pouvoir supposer que « *l'auteur de la découverte du goître chez les mulets* » avait peut-être pris la glande *parotide* pour le *corps thyroïde*.

J'ai dû faire pour les observations d'Allevard ce que j'avais fait pour celles de la Maurienne, c'est-à-dire en appeler à l'examen d'un médecin vétérinaire.

Par l'entremise de M. Chatin, M. le docteur Rey (de Grenoble) a bien voulu se rendre à Allevard avec M. Pellat, vétérinaire au 4ᵉ régiment d'artillerie, en garnison à Grenoble.

55 mulets ont été examinés, et on a constaté l'existence de 47 goîtres. Sur 8 chevaux, au contraire, un seul était goîtreux. Maintenant comment M. Rey, vétérinaire à Grenoble, chargé par son frère, le professeur de Lyon, d'examiner les mêmes mulets, n'a-t-il pas constaté de goîtres malgré un examen fait avec soin?

Voilà ce que je ne saurais comprendre, et ce qui ne peut manquer d'être expliqué plus tard.

En résumé, MM. les docteurs Émery, à Aiguebelle, Motard, à Saint-Jean-de-Maurienne, Rostaing, à Saint-Michel, et enfin les docteurs Rey et Niepce, à Allevard, ont reconnu comme moi la fréquence du goître chez les mulets.

Quant aux médecins vétérinaires :

M. Péronnet a trouvé 28 mulets goîtreux sur 60 ; 15 chevaux goîtreux sur 45.

M. Pellat, 47 goîtres sur 55 mulets examinés.

Enfin, d'après M. Péronnet, M. Lecoq, directeur de l'école vétérinaire de Lyon, aurait aussi, le 18 décembre dernier, observé une partie des faits que j'ai signalés dans la Maurienne.

Il faut à tout cela opposer l'opinion de M. Rey, professeur de clinique à l'école vétérinaire de Lyon, qui, dans les localités où le goître est endémique, n'en a jamais vu un *seul* cas chez les mulets ni chez les chevaux.

Et enfin l'examen des mulets d'Allevard fait par son frère, médecin vétérinaire à Grenoble.

Évidemment quelqu'un s'est trompé.

C'est assurément donner à cette question plus d'importance qu'elle n'en mérite que de la considérer, avec M. le professeur Rey comme l'une des plus graves de la médecine vétérinaire, mais elle est au moins intéressante, et il est à désirer que la vérité soit bientôt connue.

Agréez, etc. BAILLARGER.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. DUHAMEL.

PRIX DÉCERNÉS

POUR L'ANNÉE 1862.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES POUR 1862. — L'Académie avait proposé pour sujet de prix à décerner en 1862, la question suivante : *Anatomie comparée du système nerveux des poissons*.

L'Académie accorde à MM. *Philipeaux* et *Vulpian*, auteurs d'un mémoire intitulé : RECHERCHES SUR LA DÉTERMINATION DES PARTIES QUI CONSTITUENT L'ENCÉPHALE DES POISSONS, une somme de *quinze cents francs* à titre d'encouragement.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE (fondé par M. de Montyon). — L'Académie décerne un prix de *mille huit cents francs* à

---

est le champ du repos de nos pauvres camarades qu'a moissonnés la fièvre jaune!

Il me reste à donner un aperçu du climat et de la météorologie du pays.

C'est avec raison qu'on a divisé le territoire mexicain en terres chaudes (*tierras calientes*), terres tempérées (*tierras templadas*) et terres froides (*tierras frias*).

L'État de Vera-Cruz, à l'exception du plateau qui s'étend de Pérote au pic d'Orizzaba; le Yucatan, les côtes d'Oaxaca, l'État maritime de Tamaulipas, celui du Nouveau-Léon et de Cohahuila, le pays inculte appelé Bolson de Mapimi, les côtes de la basse Californie, la partie orientale de l'État Sonora, de ceux de Cinaloa et de la Nouvelle-Galice ou Xalisco, les lisières méridionales des États de Michoacan, de Mexico et de la Puebla, sont des terrains bas et entrecoupés de collines peu considérables. La température moyenne de ces plaines, ainsi que celle des ravins qui sont situés sous les tropiques et dont l'élévation au-dessus de l'Océan ne surpasse pas 300 mètres, est de 25 à 26 degrés centigrades, c'est-à-dire de 8 à 9 degrés plus grande que la chaleur moyenne de Naples. Ces régions fertiles sont appelées par les indigènes *tierras calientes*. Le port d'Acapulco, les vallées de Papagayo et du Peregrino appartiennent aux endroits de la terre où l'air est constamment le plus chaud et le plus malsain. Sur les côtes orientales du Mexique, les grandes chaleurs sont interrompues pendant quelque temps lorsque les vents du nord amènent des couches d'air froid de la baie d'Hudson, vers le parallèle de la Havane et de Vera-Cruz. Ces vents impétueux soufflent depuis le mois d'octobre jusqu'au mois de mars; souvent ils refroidissent l'air à tel point que le thermomètre centigrade descend, près de la Havane, jusqu'à 0, et à la Vera-Cruz à 16 degrés; abaissement bien frappant pour des pays situés sous la zone torride.

Sur la pente de la Cordillère, à la hauteur de 1200 à 1500 mètres, il règne perpétuellement une douce température de printemps qui ne varie que de 4 à 5 degrés; de fortes

M. *Balbiani*, auteur d'un mémoire SUR LES PHÉNOMÈNES SEXUELS DES INFUSOIRES. Elle accorde la somme de *mille deux cents francs*, pour le second prix, à MM. *Chauveau* et *Marey* pour leurs ÉTUDES SUR LA CIRCULATION CARDIAQUE.

PRIX DE MÉDECINE ET CHIRURGIE (fondé par M. de Montyon). — L'Académie décerne :

1° A M. *Cruveilhier*, un prix de *deux mille cinq cents francs* pour son TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ;

2° A M. *Lebert*, un prix de *deux mille francs* pour son TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE ET SPÉCIALE.

3° A M. *Frerichs*, un prix de *deux mille francs* pour son TRAITÉ DES MALADIES DU FOIE ;

4° A M. *Larcher*, une mention honorable avec *quinze cents francs* pour son mémoire intitulé : DE L'HYPERTROPHIE NORMALE DU CŒUR PENDANT LA GROSSESSE ;

5° A M. *Cohn*, une mention honorable avec *quinze cents francs* pour sa CLINIQUE DES AFFECTIONS EMBOLIQUES ;

6° A MM. *Dolbeau* et *Luys*, une mention honorable avec chacun *huit cents francs* : au premier, pour son MÉMOIRE SUR L'ÉPISPADIAS ; au second, pour ses RECHERCHES SUR LA STRUCTURE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL.

Le rapport de la commission des prix signale comme dignes d'intérêt : les expériences et les observations nouvelles de M. *Ollier* sur la reproduction des os par le périoste ; l'ouvrage de M. *Fonssagrives*, intitulé : HYGIÈNE ALIMENTAIRE DES MALADES, DES CONVALESCENTS ET DES VALÉTUDINAIRES ; les RECHERCHES de M. *Bourgeois* (d'Étampes) SUR LES AFFECTIONS CHARBONNEUSES.

PRIX ALHUMBERT POUR L'ANNÉE 1862. — L'Académie avait mis au concours la question suivante : *Essayer, par des expériences bien faites, de jeter un nouveau jour sur la question des générations dites spontanées.*

Elle décerne le prix à M. Pasteur pour son MÉMOIRE SUR LES CORPUSCULES ORGANISÉS QUI EXISTENT DANS L'ATMOSPHÈRE.

Elle accorde, en outre, une récompense de *mille francs* à M. *A. de Bary* (de Fribourg en Brisgau) pour ses RECHERCHES SUR LE DÉVELOPPEMENT DE QUELQUES CHAMPIGNONS PARASITES.

PRIX ALHUMBERT. — L'Académie avait proposé, comme sujet du prix Alhumbert à décerner en 1862, *l'étude expérimentale des modifications qui peuvent être déterminées dans le développement d'un animal vertébré par l'action des agents extérieurs.* — L'observation suivante avait été ajoutée : *L'Académie désire que ce sujet soit étudié de nouveau et d'une manière plus complète, soit chez les oiseaux, soit chez les batraciens ou les poissons.*

Ce prix est partagé entre M. *Lereboullet*, doyen de la Faculté des sciences de Strasbourg, et M. *Dareste*, professeur suppléant à la Faculté des sciences de Lille.

PRIX BRÉANT. — L'Académie accorde une récompense de *deux mille francs* à M. le docteur *Barallier* (de Toulon) pour ses RECHERCHES SUR LA NON-IDENTITÉ DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

PRIX PROPOSÉS

POUR LES ANNÉES 1863, 1864 ET 1865.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES. — *Question proposée en 1859 pour 1862 et remise à 1864* (reproduction du programme de l'année précédente). — « Anatomie comparée du système » nerveux des poissons. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs.*

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er septembre 1864, *terme de rigueur.* (*Comm.*: MM. Valenciennes, Milne Edwards, Flourens, Coste, Émile Blanchard rapporteur.)

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES. — L'Académie propose la question suivante : « Étudier les changements qui s'opèrent » pendant la germination dans la constitution des tissus de » l'embryon et du périsperme, ainsi que dans les matières que » ces tissus renferment. »

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs.*

Les mémoires doivent être remis, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1863, *terme de rigueur.* Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée. (*Comm.* : MM. Flourens, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards, Duméril, Ad. Brongniart rapporteur.)

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES. — « De la production des » animaux hybrides par le moyen de la fécondation artificielle. »

L'Académie décernera un prix de *trois mille francs* au meilleur travail qui lui sera adressé sur ce sujet.

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Académie, avant le 31 décembre 1862, *terme de rigueur.* (*Comm.* : MM. Flourens, Brongniart, de Quatrefages, Coste, Milne Edwards rapporteur.)

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE, FONDÉ PAR M. DE MONTYON. L'Académie adjugera une médaille d'or de la valeur de *huit cents cinq francs* à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Le prix sera décerné dans la prochaine séance publique.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril de chaque année, *terme de rigueur.*

PRIX DE MÉDECINE ET CHIRURGIE ET PRIX DIT DES ARTS INSALUBRES, FONDÉS PAR M. DE MONTYON. — L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément

---

chaleurs et un froid excessif y sont également inconnus : ce sont les *tierras templadas*, ou pays tempérés, dans lesquels la chaleur moyenne de toute l'année est de 20 à 21 degrés ; c'est le beau climat de Xalapa, de Tasco et de Chilpancingo, trois villes célèbres par l'extrême salubrité de leur climat et par l'abondance des arbres fruitiers qu'on cultive dans leurs environs. Malheureusement, cette hauteur moyenne de 1300 mètres est presque la même à laquelle les nuages se soutiennent au-dessus des plaines voisines de la mer, circonstance qui fait que ces régions tempérées, situées à mi-côte, sont souvent enveloppées dans des brumes épaisses.

La troisième zone, désignée par la dénomination de *tierras frias*, comprend les plateaux qui sont élevés de plus de 2200 mètres au-dessus du niveau de l'Océan, et dont la température moyenne est de 17 degrés et au-dessous. Dans la capitale du Mexique, on a vu le thermomètre centigrade descendre jusqu'à quelques degrés au-dessous de zéro, mais ce phénomène est très rare. Les hivers, le plus souvent, y sont aussi doux qu'à Naples. Dans la saison la plus froide, la chaleur moyenne du jour est de 13 à 14 degrés ; en été, le thermomètre, à l'ombre, ne monte pas au-dessus de 24 degrés. La température moyenne la plus fréquente sur tout le grand plateau du Mexique est de 17 degrés ; elle est égale à la température de Rome, et l'olivier y est cultivé avec succès. Cependant ce même plateau, d'après la classification des indigènes, appartient aux *tierras frias*. Les expressions de froid et de chaud n'ont pas de valeur absolue ; toutefois, les plateaux plus élevés que ceux de la vallée de Mexico, ceux, par exemple, dont la hauteur absolue dépasse 2500 mètres, ont, quoique sous les tropiques, un climat que l'habitant même du nord de l'Europe trouve rude et désagréable : telles sont les plaines de Toluca et les hauteurs de Guchilaque, où, pendant une grande partie du jour, l'air ne s'échauffe pas au delà de 6 à 8 degrés ; l'olivier n'y porte pas de fruits.

Toutes les régions appelées froides jouissent d'une température moyenne de 11 à 13 degrés, égale à celle de la France et

pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques.

Les pièces admises au concours n'auront droit aux prix qu'autant qu'elles contiendront une *découverte parfaitement déterminée.*

Si la pièce a été produite par l'auteur, il devra indiquer la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée : dans tous les cas, la commission chargée de l'examen du concours fera connaître que c'est à la découverte dont il s'agit que le prix est donné.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1[er] avril de chaque année, *terme de rigueur*. Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

Prix de médecine pour l'année 1864. (Reproduction du programme des deux années précédentes.) — L'Académie propose comme sujet d'un prix de médecine à décerner en 1864, la question suivante : « Faire l'histoire de la pellagre. »

Les concurrents devront : 1° faire connaître les contrées où règne la pellagre endémique, et celles où la pellagre sporadique a été observée, en France et à l'étranger ; 2° poursuivre la recherche et l'étude de la pellagre dans les asiles d'aliénés, particulièrement en France, en distinguant les cas dans lesquels la folie et la paralysie ont précédé les symptômes extérieurs de la pellagre des cas dans lesquels la folie et la paralysie se sont déclarées après les lésions de la peau et les troubles digestifs propres aux affections pellagreuses ; 3° étudier avec le plus grand soin l'étiologie de la pellagre, et examiner spécialement l'opinion qui attribue la production de cette maladie à l'usage du maïs altéré (verdet) ; 4° en un mot, faire une monographie qui, éclairant l'étiologie et la distribution géographique de la pellagre, exposant les formes sous lesquelles on la connait présentement, et donnant au diagnostic et au traitement plus de précision, soit un avancement pour la pathologie et un service rendu à la pratique et à l'hygiène publique.

Le prix sera de la somme de *cinq mille francs.*

Les ouvrages seront écrits en français, et devront être parvenus au secrétariat de l'Institut avant le 1[er] avril 1864.

Prix de médecine et de chirurgie pour l'année 1866. — L'Académie propose comme sujet d'un prix de médecine et de chirurgie à décerner en 1866 la question suivante : *De l'application de l'électricité à la thérapeutique.*

Les concurrents devront : 1° Indiquer les appareils électriques employés ; décrire leur mode d'application et leurs effets physiologiques ; 2° rassembler et discuter les faits publiés sur l'application de l'électricité au traitement des maladies, et en particulier au traitement des affections des systèmes nerveux, musculaire, vasculaire et lymphatique ; vérifier et compléter par de nouvelles études les résultats de ces observations, et déterminer les cas dans lesquels il convient de recourir, soit à l'action des courants intermittents, soit à l'action des courants continus.

Le prix sera de la somme de *cinq mille francs*. Les ouvrages seront écrits en français et devront être parvenus au secrétariat de l'Institut avant le 1[er] avril 1866.

Grand prix de chirurgie pour l'année 1866. — L'Académie met au concours la question *de la conservation des membres par la conservation du périoste.*

L'Académie, voulant marquer par une distinction notable l'importance qu'elle attache à la question proposée, a décidé que le prix serait de *dix mille francs*. Informé de cette décision, et appréciant tout ce que peut amener de bienfaits un si grand progrès de la chirurgie, l'empereur a fait immédiatement écrire à l'Académie qu'il doublait le prix. Le prix sera donc de *vingt mille francs.*

Les pièces devront être parvenues au secrétariat de l'Institut avant le 1[er] avril 1866. Elles devront être écrites en français. Il est essentiel que les concurrents fassent connaître leur nom. (*Comm.:* MM. Velpeau, Claude Bernard, Jobert de Lamballe, Serres, Andral, Jules Cloquet, Rayer, Milne Edwards, Flourens rapporteur.)

Legs Bréant. — Les concurrents devront satisfaire aux conditions suivantes :

1° Pour remporter le prix de *cent mille francs*, il faudra :

« Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique,
» dans l'immense majorité des cas ; »

Ou

« Indiquer d'une manière incontestable les causes du cho-
» léra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces
» causes on fasse cesser l'épidémie ; »

Ou enfin

« Découvrir une prophylaxie certaine, et aussi évidente que
» l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole. »

2° Pour obtenir le prix annuel de *quatre mille francs*, il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de *quatre mille francs* pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres, ou qui aura éclairé leur étiologie.

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être par-

---

de la Lombardie ; cependant la végétation y est beaucoup moins vigoureuse, et les plantes d'Europe n'y croissent pas avec la même rapidité que sur leur sol natal. Les hivers, à 2500 mètres de hauteur, ne sont pas extrêmement rudes ; mais aussi, pendant l'été, le soleil n'échauffe pas assez l'air raréfié de ces plateaux pour accélérer le développement des fleurs et pour porter les fruits à une maturité parfaite. C'est cette égalité constante, c'est cette absence d'une forte chaleur éphémère qui imprime au climat des hautes régions équinoxiales un caractère particulier ; aussi, la culture de plusieurs végétaux réussit-elle bien moins sur le dos des Cordillères mexicaines que dans des plaines situées au nord du tropique, quoique souvent la chaleur moyenne de ces dernières soit moindre que celle des plateaux compris entre les 19[e] et 22[e] degrés de latitude.

Dans la région équinoxiale du Mexique et même jusqu'au 28[e] degré de latitude boréale, on ne connaît que deux saisons : la saison des pluies, qui commence au mois de juin et finit au mois de septembre ou d'octobre, et celle des sécheresses, qui dure huit mois, depuis octobre jusqu'à la fin de mai.

Ces pluies offrent dans leur marche une régularité fort remarquable : commençant chaque jour vers deux heures de l'après-midi, elles durent toute la soirée, et très souvent toute la nuit ; elles sont, en outre, torrentielles. Voici quelques chiffres éloquents qui donneront une juste idée de la hauteur des eaux tombées cette année à Orizzaba :

En 1859	2787	millimètres.
1860	2487	—
1861	2874	—

En 1862 :

Janvier	10	millimètres.	Juin	398	millimètres.
Février	63	—	Juillet	369	—
Mars	75	—	Août	739	—
Avril	33	—	Septembre	396	—
Mai	165	—	Octobre	339	—

Orizzaba est un des points où les pluies tombent avec le plus

venus, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1863 : *ce terme est de rigueur.*

CONDITIONS COMMUNES A TOUS LES CONCOURS. — Les concurrents, pour tous les prix, sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages envoyés aux concours; les auteurs auront la liberté d'en faire prendre des copies au secrétariat de l'Institut.

LECTURES. — M. *Élie de Beaumont* lit l'éloge historique de M. *Œrsted*, l'un des huit associés étrangers de l'Académie.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 JANVIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre d'État informe l'Académie que six places seront réservées à MM. les membres de la savante Compagnie pour assister aux obsèques de S. Ém. le *cardinal Morlot*, qui auront lieu, le jeudi 8 courant, à 10 heures précises, en l'église Notre-Dame.

2° M. le ministre de la marine adresse des instructions nouvelles relativement aux envois de vaccin dans les colonies. (*Commission de vaccine.*)

3° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur *Picon*, sur le service médical des eaux minérales de Molitg (Pyrénées-Orientales). (*Commission des eaux minérales.*)

4° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Girard de Cailleux*, membre correspondant, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale. — *b* Un rapport sur une épidémie de variole qui a régné sur la garnison de Bordeaux en 1862, par M. le docteur *Larivière*, médecin militaire. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Un pli cacheté déposé par M. *Beau*. (*Accepté.*)

M. *Rayer* offre en hommage : — 1° au nom de M. le professeur *William Laurence*, chirurgien de l'hôpital de Saint-Barthélemy, de Londres, un ouvrage intitulé : LEÇONS DE CHIRURGIE; — 2° au nom de M. le docteur *Murchison*, médecin de l'hôpital des fiévreux, à Londres, un volume sur le typhus et la fièvre typhoïde. M. Rayer insiste sur le fait remarquable de la coïncidence assez fréquente, dans les hôpitaux de Londres, du typhus et de la fièvre typhoïde. Cette coïncidence, qu'aucun clinicien n'a encore observée à Paris, présente une importance qu'il est inutile de faire ressortir, tant au point de vue nosologique que sous le rapport de l'étiologie et de l'hygiène.

M. *le Président* prenant place au fauteuil et rendant compte des réceptions officielles du bureau de l'Académie, à l'occasion du jour de l'an, prononce une allocution, dont nous extrayons les passages suivants :

« .....La députation de l'Académie a reçu de M. le ministre d'État le plus bienveillant accueil. Le président a cru devoir, dès cette première occasion, rappeler au ministre combien devenait urgente pour l'Académie, la concession définitive d'un local digne de son origine et de ses travaux, digne aussi des constructions du nouveau Paris et de la sollicitude du gouvernement impérial. Le ministre a fait plus qu'accueillir favorablement cette demande, il a reconnu combien elle était fondée, en nous promettant de s'en occuper avec suite, après avoir examiné le projet ou le plan dont il pourrait plus tard assurer la réalisation.... »

Après des remercîments adressés, au nom de l'Académie, au président sortant et aux membres sortants du Conseil, M. Larrey ajoute : « Permettez-moi d'alléger tout de suite ma tâche, en faisant remonter à sa véritable source l'origine de vos bienveillants suffrages. J'en rends grâce à la mémoire fraternelle, à la mémoire de celui dont le nom, le souvenir et l'image me protégent si bien dans cette enceinte. Les sympathies qu'il y a laissées me rappelleront les enseignements qu'il m'a transmis. J'en rends grâce aussi au corps de la médecine militaire que vous avez voulu honorer dans la personne de l'un de ses membres; je vous en remercie cordialement au nom de mes camarades de l'armée, en reportant sur eux une large part de cette insigne distinction.... »

Ce discours est souvent interrompu par des applaudissements et accueilli avec les marques de la plus vive sympathie.

M. *Grisolle* remercie l'Académie de lui avoir conféré par ses suffrages l'honneur de la vice-présidence.

M. *le Président* annonce que M. le docteur *Putignat*, membre correspondant à Lunéville, assiste à la séance.

Lectures.

M. *Boudet* lit, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

OPHTHALMOLOGIE. — M. le docteur *Giraud-Teulon*, candidat pour la place vacante dans la section de chimie et de physique médicales, donne lecture d'un travail intitulé : *Expériences sur la nature des cercles de diffusion produits lors de l'observation de parallaxe par les appareils dioptriques de l'œil.*

Les expériences de M. Giraud-Teulon font voir que le cercle de diffusion dessiné par le cône de lumière sur l'écran rétinien est divisé en secteurs, par des traces étoilées à type hexagonal, soit plus claires que ce fond, soit, dans des cas plus rares, moins éclairées que ce fond.

Ces secteurs du cercle de diffusion correspondent exactement aux secteurs qui servent de base à la constitution histologique du cristallin.

Il en résulte cette apparence première, que chaque secteur de la lentille oculaire contribue individuellement et séparément à la formation du foyer; ou plus généralement, que

---

de violence et durent le plus longtemps; elles commencent plus tard et cessent beaucoup plus tôt dans les terres chaudes. Dans l'intérieur, à Puebla, à Mexico par exemple, elles sont aussi bien moins fréquentes et surtout moins abondantes. Certaines provinces, telles que l'État de Guerrero ou pays des Pintos, est d'une sécheresse extrême et inhabitable d'une façon presque absolue pour les Européens. Il en est de même des points principaux de la côte de l'océan Pacifique, tels que Zacatula et Acapulco. Ce dernier est adossé à une chaîne de montagnes granitiques qui, par la réverbération du calorique rayonnant, augmente la chaleur étouffante du climat, laquelle, pendant le jour, atteint 45 à 50 degrés centigrades, ainsi que l'a remarqué de Humboldt.

La température varie considérablement d'une ville à l'autre et, dans la même localité, présente d'année en année des irrégularités très grandes. Les froids, tels que nous les possédons aujourd'hui à Orizzaba (novembre, décembre), et qui sont souvent très vifs, alterneront bientôt (janvier, février) avec de violents coups de chaleur. Le vent du sud souffle même parfois en hiver avec une telle impétuosité qu'il rend l'atmosphère irrespirable, tant elle devient brûlante. Nous sommes dans ce moment sous l'influence des *nortés* (vents du nord); ils ne sont, en quelque sorte, qu'à l'état de brise dans l'intérieur des terres; mais, sur le littoral, ils produisent des ravages terribles, bouleversent le golfe du Mexique et rendent les débarquements impossibles. Ils soufflent sur les côtes orientales et occidentales de l'isthme depuis l'équinoxe d'automne jusqu'au printemps.

Sur les côtes occidentales plus particulièrement, la navigation est aussi très dangereuse dans les mois de juillet et d'août: des ouragans épouvantables y soufflent alors du sud-ouest, et, jusqu'en septembre et octobre, les atterrages de San-Blas, d'Acapulco et de tous les ports de cette côte sont les plus difficiles.

Pendant la belle saison, depuis octobre jusqu'en mai, la tranquillité de l'Océan est encore troublée dans ces parages par

chaque secteur a son foyer, et que tous ces foyers coïncident ensuite en un foyer conique. Mais opérant sur un grand nombre de cristallins, on reconnaît bientôt que ces divisions sont des faits de pathologie relative. Les cristallins très frais des animaux très jeunes en sont parfaitement exempts. Les divisions n'apparaissent qu'à mesure que par la dessiccation ou les progrès de l'âge, la lentille perd une partie de sa diaphanéité. La déperdition, observe-t-on, n'affecte pas de la même manière la substance corticale et le noyau avec ses prolongements interstitiels. Dès lors il y a ombre portée relative des secteurs ou des interstices sur le cercle de diffusion, lequel est, au contraire, uniforme chez les animaux tout jeunes. Cette inégale déperdition fait alors jouer au cristallin le rôle d'optomètre, que M. Trouessard a le premier reconnu.

Voilà maintenant fixé le siége de cet optomètre : c'est le cristallin; et la cause en est dans un commencement d'altération de quelques-unes de ses parties. Tels sont donc aussi l'origine et le mécanisme de production des images multiples de la polyopie monoculaire, détermination qui fait l'objet du dernier travail de M. Giraud-Teulon. (*Renvoyé à la section de physique et de chimie médicales.*)

Discussion sur les eaux potables.

M. *Jolly* commence la lecture d'un mémoire dont nous donnerons l'analyse dans le prochain numéro.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 26 NOVEMBRE ET DU 10 DÉCEMBRE 1862.

POLYPE NASO-PHARYNGIEN. — DÉPLACEMENT DE L'IRIS. — LUXATION DE L'ATLAS SUR L'AXIS. — PRODUCTION CORNÉE.

M. *Fleury* (de Clermont) a instruit la Société des résultats probablement définitifs de l'ablation d'un polype pharyngien pratiquée le 30 mars 1860. La tumeur était un fibrome qui s'insérait à l'apophyse basilaire et présentait deux prolongements : l'un occupait la fosse nasale et l'autre contournait le bord postérieur des os palatins et venait faire saillie sous la joue, tout en restant indépendant du sinus maxillaire. Pour enlever ce polype, M. Fleury avait reséqué préalablement le maxillaire supérieur, et, comme il voulait que l'extirpation du pédicule fût complète, il en rasa les insertions avec des ciseaux courbes, après avoir enlevé la plus grande masse possible à l'aide de l'écraseur. Mais la section avec les ciseaux détermina une hémorrhagie que ni les boutons de feu ni le perchlorure de fer ne purent arrêter. Il fallut passer sous l'artère blessée, dans l'épaisseur du pédicule, une aiguille courbe armée d'un fil ciré, et, dans cette circonstance, l'opérateur eut à se féliciter de n'être pas forcé d'agir à travers une ouverture étroite. Malgré le danger couru dans ce dernier temps de l'opération, M. Fleury préfère encore l'extirpation radicale et immédiate aux cautérisations répétées à l'aide desquelles on s'efforcerait de détruire ce qu'on aurait laissé du pédicule. Il pense, avec M. Verneuil, que les attouchements avec les caustiques présentent de sérieux inconvénients. Les suites immédiates de l'opération n'offrirent pas de gravité.

Vers la fin de novembre 1862, M. Fleury a revu son opéré. La joue gauche, sur laquelle existe la cicatrice de la triple incision (procédé de Gensoul), est seulement un peu moins saillante que celle du côté opposé. L'œil est parfaitement soutenu. La voûte palatine paraît presque intacte. La courbure de la moitié gauche est seulement moins régulière que la droite. Au-devant du voile du palais existe encore une petite ouverture qui fait communiquer la bouche avec l'intérieur des fosses nasales; mais cette ouverture serait facilement comblée par un obturateur. On ne retrouve aucune trace du polype, et l'opéré, qui était autrefois faible et délicat, est aujourd'hui fort et vigoureux.

M. *Verneuil* avait été chargé de transmettre à la Société ces renseignements, qui plaident si bien en faveur de la thèse qu'il a soutenue en 1859. L'observation de M. Fleury prouve, en effet, une fois de plus que l'ablation du maxillaire supérieur constitue une méthode moins laborieuse, moins dangereuse, plus sûre pour le présent et pour l'avenir, que les opérations économiques, beaucoup trop incertaines.

— M. le docteur *Wecker* a présenté un malade sur lequel il a fait une opération qu'il appelle *iridesis*. C'est une opération qui consiste à déplacer la pupille pour l'opposer à un point transparent de la cornée dans le cas où elle correspondait à un point opaque. Chez ce malade, la tache de la cornée était centrale; l'iridectomie aurait peut-être suffi à rendre la vue en agrandissant la pupille, mais celle-ci eût perdu sa mobilité, tandis que, déplacée, elle conserve, d'après M. Wecker, toute sa contractilité. Voici comment s'opère ce déplacement, qui a été pratiqué pour la première fois par M. Critchett : Une petite incision est faite au bord de la cornée, et par cette ouverture on introduit des pinces avec lesquelles on détermine un prolapsus de l'iris. La hernie ainsi produite est liée au dehors avec un fil; elle se mortifie, et l'iris reste dans la situation où il a été placé, grâce aux adhérences qu'il a contractées avec les bords de l'incision de la cornée. M. Wecker a modifié le procédé de M. Critchett en faisant l'incision sur la sclérotique à 2 millimètres du bord cornéen, ce qui expose moins aux opacités consécutives, qui compromettraient entièrement le succès de l'opération. Enfin il a voulu éviter une irritation inutile en ne laissant que vingt-quatre heures la ligature et en coupant la partie herniée de l'iris au lieu de la laisser se mortifier spontanément. La pupille aujourd'hui déplacée se contracte

---

des vents impétueux du nord-est et du nord-ouest, connus sous les noms de *papagayo* et de *tehuantepec*.

Les deux seules villes du continent mexicain où l'on observe relativement peu de variations dans la température, où les saisons paraissent affecter une certaine régularité, sont Xalapa et Puebla. Cette dernière, entre autres, est remarquable à ce titre, et, sous ce rapport seul, elle mérite largement son surnom de *Los Angeles*.

Est-il besoin de répéter que, dans les terres chaudes, la chaleur est constamment élevée et que, par un singulier contraste, les nuits y sont d'une fraîcheur extrême?

En France et dans la plus grande partie de l'Europe, l'emploi du territoire et les divisions agricoles dépendent particulièrement de la latitude géographique; la configuration du terrain, la proximité de l'Océan ou d'autres circonstances locales n'y influent que faiblement sur la température. Dans les régions équinoxiales de l'Amérique, au contraire, le climat, la nature des productions, l'aspect, la physionomie du pays, sont presque uniquement modifiés par l'élévation du sol au-dessus de la mer. Sur les 19e et 22e degrés de latitude, le sucre, le coton, surtout le cacao et l'indigo, ne viennent abondamment que jusqu'à 6 ou 800 mètres de hauteur. Le froment d'Europe occupe une zone qui, sur la pente des montagnes, commence généralement à 1400 mètres et finit à 3000. Le bananier, cette plante bienfaisante qui constitue la nourriture principale de tous les habitants des tropiques, ne donne presque plus de fruits au-dessus de 1550 mètres. Les chênes du Mexique ne végètent qu'entre 800 et 3100 mètres. Les pins ne descendent vers les côtes de Vera-Cruz que jusqu'à 1850 mètres, mais aussi ces pins ne s'élèvent, près de la limite des neiges perpétuelles, que jusqu'à 4000 mètres de hauteur.

Les États de l'intérieur situés dans la zone tempérée, mais surtout ceux qui sont sur la frontière des États-Unis, jouissent, avec le reste de l'Amérique boréale, d'un climat qui diffère essentiellement de celui que l'on rencontre sous les mêmes parallèles dans l'ancien continent, et qui se remarque surtout

très énergiquement, et le malade se sert de ses deux yeux.

— M. *Broca* a recueilli sur le cadavre d'un vieillard, mort à Bicêtre d'une affection des voies urinaires, une pièce anatomique fort curieuse, en ce qu'elle montre une luxation ancienne de l'atlas sur l'axis qui rétrécissait très sensiblement le canal rachidien sans avoir déterminé la mort et même sans que le malade ait présenté aucun symptôme de paralysie. On avait seulement remarqué qu'il avait la tête un peu de travers et le cou un peu roide. Les renseignements manquent sur ce qui s'est passé au moment de l'accident. Cette luxation paraît traumatique, car on trouve les traces d'une fracture de l'apophyse odontoïde. Il y a un déplacement latéral avec un certain degré de rotation, et l'apophyse droite de l'axis fait saillie dans le canal rachidien au point que celui-ci peut à peine admettre le petit doigt. Bien qu'il faille admettre, avec M. *Trelat*, que la moelle ne remplit pas en haut tout le canal rachidien; que la dure-mère et les sinus rachidiens occupent les deux tiers de ce canal, et que les effets de la compression portent d'abord sur ces organes, on comprend difficilement comment la moelle n'a pas été déchirée au moment où la luxation s'est produite. L'absence de symptômes nerveux ne pourrait s'expliquer, comme le veut M. *Chassaignac*, par un rétrécissement graduel que dans le cas où les lésions ne seraient pas traumatiques; mais, comme la fracture de l'apophyse odontoïde n'est pas favorable à cette hypothèse, ce fait garde tout ce qu'il a d'obscur et d'inexplicable.

— M. *Demarquay* a communiqué à ses collègues l'observation d'un homme qui, après un accès de colique hépatique, vit se développer peu à peu dans la région du foie une tumeur qui, dans l'espace de quelques mois, acquit un volume considérable. La peau devint rouge et tendue, et il se fit, six mois après le début de la maladie, une perforation spontanée par laquelle sortit une grande quantité de matière bilieuse mêlée de pus. La plaie resta fistuleuse et donna plus tard passage à trois ou quatre calculs biliaires. Malgré tous ces accidents, la santé générale de cet homme est restée intacte; il a toujours continué ses travaux de cultivateur et n'a jamais eu d'ictère.

Après cette communication, M. Demarquay a présenté à la Société une femme qui porte sur le bras droit une production cornée longue de 20 centimètres et ressemblant à une véritable corne de bélier.

Cette femme, qui a maintenant soixante et onze ans, eut, à l'âge de trente-huit ans, à l'endroit occupé par la production cornée, une tumeur qui devint en quelques années grosse comme un œuf de poule. Quand celle-ci s'ouvrit, on en fit aisément sortir un corps gras, fétide, gris, dur, granulé, et l'on put aussi enlever, sans causer ni douleur ni écoulement sanguin, une espèce de poche qui contenait cette matière grasse, et qui semblait être un kyste sébacé hypertrophié. Pendant que la plaie résultant de l'ablation de ce kyste se cicatrisait, la malade vit apparaître au centre une petite corne de la grosseur d'un pois; elle l'arracha, il s'en produisit une nouvelle, et un nouvel arrachement fut suivi d'une reproduction semblable. Tous les deux ou trois ans, lorsque la corne était devenue gênante par son volume, la malade la faisait couper. Le 2 mai 1859, M. le docteur Courtois, médecin à la Villette, scia un appendice corné qui avait au moins 15 millimètres de diamètre, était contourné en spirale et avait 13 centimètres de longueur. La tumeur qu'on voit aujourd'hui, et qui a 20 centimètres de longueur, a donc mis moins de quatre ans à se développer.

Dr P. Chatillon.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Ovariotomie.

The Lancet et le Medical Times du 20 décembre renferment un assez grand nombre d'observations d'ovariotomie; nous ne pouvons les rapporter *in extenso*, mais il nous paraît utile d'en donner un très court résumé.

Quelques-unes sont intéressantes au point de vue des adhérences contractées par la tumeur avec les parties voisines. L'épiploon en est le siége le plus fréquent, et nous nous trouvons en présence de deux pratiques différentes : l'une consistant à détruire simplement l'adhésion anormale, l'autre à lier l'épiploon et à le sectionner au delà de la ligature. Ce dernier parti paraît jusqu'à présent préférable au premier, comme exposant moins aux hémorrhagies.

La neuvième observation de M. Baker-Brown nous montre un accident heureusement fort rare, car le résultat serait souvent bien différent de ce qu'il a été. Les adhérences de la tumeur à l'intestin furent détruites par l'opération; mais il en résulta une gangrène intestinale et la formation d'une fistule stercorale qui s'oblitéra spontanément. Sur les 17 cas que nous rapportons, il y eut 10 guérisons et 7 morts.

Stutter. — Obs. I. — E. H..., âgée de vingt-trois ans. Durée, cinq ans. Depuis un an, affaiblissement et émaciation; grossesse; accidents; avortement provoqué médical d'un enfant vivant; amélioration consécutive de la santé. Le 5 janvier 1862, ovariotomie. Kyste multiloculaire; clamp enlevé le cinquième jour; règles le huitième jour. Le 4 décembre 1862, accouchée heureusement d'une fille. Guérison. (*Med. Times*, 1862, t. II, p. 655.)

Bryant (Guy's). — Obs. II. — Ellen D..., âgée de trente-deux ans, déjà deux enfants. Début du kyste, deux ans. 1er août 1862, ponction; 98 pintes de liquide; tumeur uniloculaire. 29 septembre, le liquide s'est reproduit. La santé générale était bonne, on propose l'ovariotomie. Opé-

par une très forte inégalité entre la température des différentes saisons. Des hivers d'Allemagne y succèdent à des étés de Naples et de Sicile.

Si le plateau du Mexique est singulièrement froid en hiver, sa température d'été est beaucoup plus élevée que celle qu'annoncent les observations thermométriques faites par Bouguer et la Condamine dans les Andes du Pérou. Cette chaleur et d'autres causes locales, telles qu'une évaporation rapide, le défaut de pluies, la rareté des sources dans les montagnes, composées en grande partie d'amygdaloïde poreuse et de porphyres fendillés, influent sur l'aridité qui désole ces belles contrées; l'intérieur du pays, surtout une très grande partie du plateau d'Anahuac, est dénué de végétation.

Heureusement, cette aridité du sol ne règne que dans les plaines les plus élevées. Une grande partie des États-Unis mexicains appartient aux pays les plus fertiles de la terre. La pente de la Cordillère est exposée à des vents humides et à des brumes fréquentes; la végétation, nourrie de ces vapeurs aqueuses, y est d'une beauté et d'une force imposantes. A la vérité, l'humidité des côtes, favorisant la putréfaction d'une grande masse de substances organiques, occasionne des maladies auxquelles les Européens et d'autres indigènes non acclimatés sont exposés; car, sous le ciel brûlant des tropiques, l'insalubrité de l'air indique presque toujours une fertilité extraordinaire du sol. Cependant, à l'exception de quelques ports de mer et de quelques vallées profondes et humides où les fièvres intermittentes sont communes et graves, le Mexique doit être considéré comme un pays sain. Une chaleur sèche, *invariable*, est très favorable à la longévité. A la Vera-Cruz, au milieu des épidémies de fièvre jaune, les indigènes et les étrangers déjà *acclimatés* depuis quelques années jouissent de la santé la plus parfaite. En général donc, les plateaux de l'Amérique équatoriale doivent être regardés comme sains; mais il faut priver de ce bénéfice les côtes, singulièrement infestées pour la plupart et exposées à l'ardeur excessive d'un soleil dont les rayons perpendiculaires sont réfléchis par le sol.

A. Buez,
Aide-major attaché au corps expéditionnaire.

ration le 15 octobre. Guérie le 1er novembre. *On avait lié l'épiploon hernié.* Clamp enlevé quarante-huit heures après. (*Med. Times*, 1862, t. II, p. 658.)

HUTCHINSON (Metropolitan free).— OBS. III.— Sarah E..., âgée de cinquante ans. Début, quinze mois; elle garde le lit depuis quatre mois; elle a eu six enfants et quatre fausses couches. 21 octobre, opération; courte incision; kyste multiloculaire. Guérie sans accidents, et sortie de l'hôpital cinq semaines après.

HENRY (Middlesex Hospital).— OBS. IV.— A. W..., âgée de vingt et un ans, non mariée. Début, un an. Une ponction. Ovariotomie le 23 avril. Épiploon adhérent, détaché, mais non lié; kyste biloculaire. Morte de traumatisme en dix-huit heures.

DE MORGAN. — OBS. V. — Ovariotomie, le 28 octobre, sur une malade affectée en même temps d'ascite; kyste multiloculaire. Guérison.

_ SKEY (St-Bartholomew's). — OBS. VI. — Trente-cinq ans. Début depuis quelques années. Ovariotomie en avril 1862. Adhérences solides; kyste multiloculaire. Mort le quatrième jour. (*The Lancet*, 1862, IIe vol., p. 677.)

BAKER-BROWN. — OBS. I. — R..., âgée de quarante-neuf ans, mère de six enfants. Début, deux mois. 20 mars, opération. Pas d'adhérences; kyste multiloculaire; pédicule long. Va bien jusqu'au 29 mars. Morte de péritonite suppurée le 30 mars.

OBS. II. — E. H..., âgée de vingt-neuf ans. Pas d'enfants. Début, trois ans. Deux ponctions. Le 20 mars, ovariotomie; nombreuses adhérences à la partie antérieure facilement détruites; épiploon sorti, lié avec un fil métallique et coupé; kyste multiloculaire, adhérent à l'intestin dans l'étendue de 6 pouces; énucléations difficiles; adhérences larges au sacrum, au *fascia iliaca*, au fond de l'utérus; pédicule large, serré dans quatre paires de clamp. Il fallut lier avec des fils métalliques les vaisseaux divisés en séparant les adhérences. Clamps enlevés le 22. Guérie en trois semaines sans accidents notables.

OBS. III. — J. T..., âgée de trente ans. Trois enfants. Début, un an. Pas de ponctions. 17 avril, ovariotomie; adhérence épiploïque à la partie supérieure de la tumeur; ligature métallique et section de l'épiploon; beaucoup de liquide ascétique dans l'abdomen; kyste multiloculaire; vomissements bilieux pendant quatre jours. Guérison.

· OBS. IV. — B..., âgée de quarante et un ans, mariée. Deux enfants Début, six mois. Ovariotomie le 23 mai; kyste uniloculaire, mais petits kystes à sa face interne; pas d'adhérences, 5 pintes et demie de liquide. Guérison en un mois.

OBS. V. — H. P..., âgée de trente-trois ans, mariée. Pas d'enfants. Début, dix mois. Ovariotomie le 5 juin. Quelques pintes de liquide dans le péritoine; adhérences nombreuses amenant une hémorrhagie notable; 14 pintes dans le kyste multiloculaire. Mort trente heures après. Pas trace de péritonite. Mort attribuée au traumatisme.

OBS. VI. — S. S..., âgée de trente-trois ans, mariée. Deux enfants. Début depuis quelques années. Deux ponctions. Opération le 19 juin. Incision de 3 pouces; 20 pintes de liquide dans le kyste; pas d'adhérences; pédicule serré par trois fils d'argent tordus ensemble et *rentré dans le ventre;* diarrhée; vomissements. Mort après vingt-six heures. À l'autopsie, injection générale du péritoine.

OBS. VII. — T..., âgée de trente-huit ans, mariée. Un enfant. Début, un an; accroissement rapide. Ovariotomie le 26 juin. Adhérences épiploïques; ligature et section de l'épiploon; 55 pintes de liquide. Guérison en trois semaines.

· OBS. VIII. — S. T..., âgée de trente-quatre ans, non mariée. Début, un an. Réclame l'ovariotomie. Opération le 10 juin. Trois kystes renfermant 16 pintes de liquide; l'un des kystes renfermait du pus et de la matière caséeuse; pas d'adhérences. Érysipèle le 20 juillet, mort le 22.

OBS. IX. — M. C..., âgée de trente-neuf ans, non mariée. Début, deux ans. Ponction le 5 juin. Opération le 15 juillet. Adhérences nombreuses à l'intestin; épiploon adhérent en trois endroits, lié et sectionné; hémorrhagie assez abondante. Le 23, les matières fécales passent en grande quantité dans l'angle inférieur de la plaie, et un large morceau d'intestin gangrené est retiré. Il subsiste pendant quelque temps une fistule stercorale qui s'oblitère spontanément. Guérison parfaite.

OBS. X. — S. A. V..., âgée de seize ans. Début, trois ans. Ascite concomitante. Opération le 31 juillet; 20 pintes de liquide ascitique; tumeur ovarique multiloculaire et solide; pas d'adhérences, ni d'hémorrhagies. Mort après vingt-sept heures, en apparence d'épuisement. Rien à noter à l'autopsie.

OBS. XI. — E. J. H..., âgée de vingt-huit ans, non mariée. Début, trois ans. Deux ponctions. Opération le 27 novembre. Légères adhérences; kyste multiloculaire renfermant 25 pintes de liquide; clamp enlevé le troisième jour. Guérison. (*Lancet*, 1862, IIe vol., p. 674.)

De l'inégalité de poids des hémisphères cérébraux dans l'hémorrhagie cérébrale ou méningée, et dans l'hémiplégie incomplète, chez les déments paralytiques, par le docteur BAUME.

Le savant médecin de l'hospice de Charenton, M. Calmeil, a écrit : « Il y a bien des cas où la lésion des mouvements est plus profonde à droite qu'à gauche; mais ces cas font exception et doivent fixer l'attention. La prédominance de la paralysie générale indique qu'il existe dans l'hémisphère opposé quelque chose de particulier n'existant pas dans l'autre hémisphère; il faut faire des efforts pour savoir en quoi consiste ce quelque chose. » Ces *efforts* ont été faits par M. Baillarger, qui croit avoir trouvé, dans l'atrophie d'un lobe cérébral, la raison anatomique de l'hémiplégie incomplète des déments paralytiques. Ces aliénés sont sujets à de fréquentes congestions encéphaliques, qui ne sont pas toujours également intenses des deux côtés de l'encéphale, et qui amènent tôt ou tard la diminution de volume du côté où leur intensité est le plus grande. M. Baillarger a consigné son opinion et les faits à l'appui, d'abord dans une communication à la Société de médecine (séance du 12 juin 1857, voy. *Gaz. hebd.*, même année), puis dans un mémoire publié par les ARCHIVES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (avril 1858).

Le travail que nous avons sous les yeux est tout à fait confirmatif des vues de M. Baillarger. Le registre d'autopsies de l'asile des aliénés de Saint-Athanase, dont M. Baume est le directeur-médecin, renferme, indépendamment des cas d'épilepsie, 43 cas de différences interhémisphériques constatées chez les déments paralytiques. La différence moyenne a été de 35 grammes, et le total des différences pour les 43 malades de 1499 grammes. Or, d'une part, l'atrophie a frappé 27 fois l'hémisphère gauche et 16 fois l'hémisphère droit, ce qui est en rapport avec la plus grande fréquence des hémiplégies droites chez les aliénés paralytiques; et, d'autre part, « il a été généralement observé que les malades penchaient du côté du corps opposé à l'hémisphère atrophié ».

Il ne faut pas oublier de rappeler que, sur ces 43 observations, 12 fois le lobe atrophié avait été le siége d'hémorrhagies, que d'autres fois ce même lobe était ramolli dans une plus ou moins grande étendue; mais, dans un nombre de cas non spécifiés par l'auteur (et nous le regrettons), l'atrophie était la seule lésion anatomique que présentât le lobe opposé à l'hémiplégie, en dehors de celles qui étaient communes à tout le cerveau, et qui caractérisent anatomiquement la paralysie des aliénés, comme le ramollissement des circonvolutions, l'adhérence des méninges, etc. Du reste, l'atrophie ferait-elle défaut dans quelques cas d'hémiplégie incomplète, que le caractère de l'interprétation de M. Baillarger n'en serait pas changé essentiellement; car si l'atrophie est capable par elle-même, c'est-à-dire par le seul fait de la disparition d'un certaine portion de matière nerveuse, de produire l'affaiblissement d'un côté du corps, il est certain aussi que les congestions unilatérales, fortes et répétées, d'où procède l'atrophie, pourraient amener le même affaiblissement sans autre intermédiaire que l'altération organique des fibres cérébrales et sans réduction sensible du volume de l'hémisphère. Et nous allons jusqu'à penser que l'atrophie elle-même, quand elle existe, n'est pas le plus souvent la cause directe et immédiate de l'hémiplégie, et qu'elle est plutôt le témoignage, le signe visible, d'un trouble profond de nutrition qui commande, lui, directement, le désordre des fonctions, l'affaiblissement du mouvement. Cette manière de voir est autorisée par ces cas assez nombreux, où des masses considérables de matière céré-

brale ont été détruites, après des chutes ou des coups de feu, sans amener aucun affaiblissement du mouvement, du sentiment ou de l'intelligence. (*Annales médico-psychologiques*, t. VIII, p. 541.)

VI

VARIÉTÉS

Dans sa séance d'hier, 6 janvier, le Conseil général de l'*Association générale des médecins de France* a entendu un rapport fait par une commission composée de M. le docteur Brun, trésorier de la Société centrale, de M. Chaillaux, agent comptable de l'Association générale, et de M. Davenne, membre du Conseil judiciaire et administratif de l'Œuvre, rapporteur, sur la possibilité et l'utilité de fonder, dès à présent, une Caisse de retraite destinée à fournir des pensions viagères aux sociétaires et dans des conditions déterminées. La lecture de ce rapport a été suivie de l'exposé d'un projet formulé en articles, et constituant le règlement complet de la fondation nouvelle qu'il s'agit d'instituer.

Une discussion qui s'est prolongée jusqu'à onze heures du soir, et à laquelle ont pris part principalement M. le Président, Me Mathieu, Me Andral, Me Bethmont, M. Tardieu, M. Davenne, M. Brun, M. Chaillaux et M. Houzelot, a été suivie d'un vote unanime du Conseil général en faveur du principe de la création immédiate d'une caisse de retraite. L'examen et la discussion des articles ont été renvoyés à une séance extraordinaire qui aura lieu le mardi 20 janvier prochain. Quand le projet aura été définitivement arrêté par le Conseil général, il sera imprimé et adressé à MM. les Présidents des Sociétés locales, afin qu'il puisse être étudié dans tous les éléments de l'Œuvre, et présenté à la première assemblée générale de l'Association d'octobre prochain, conformément à l'article 11 des statuts généraux. (*Union médicale.*)

— M. Adolphe Richard commencera mardi 13 janvier 1863, à huit heures et demie, à l'hôpital Cochin, des leçons sur les fractures et les luxations, et les continuera les mardi et samedi à la même heure.

— M. Hiffelsheim vient d'ouvrir un cours clinique des *maladies nerveuses* dans son dispensaire électrothérapique. Les séances ont lieu les mardi, jeudi, samedi, à midi, rue d'Anjou-Dauphine, 8.

— Le concours ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier pour une place d'agrégé dans la section des sciences anatomiques et physiologiques, s'est terminé le 24 décembre par la nomination de M. Camille Bertrand. Le concours pour une place de prosecteur dans la même Faculté a eu pour résultat la nomination de M. Masse. Le jury a décerné à l'unanimité à M. Gignoux, son compétiteur, une mention très honorable.

— M. le docteur Albert Camescasse a succombé au Mexique à une atteinte de *vomito negro*.

— M. Philips vient de faire don à la Société médicale des hôpitaux d'une somme de cinq mille francs, destinée à la fondation d'un prix à décerner aux meilleurs travaux sur la question suivante : « Du traitement et de la curabilité de la méningite tuberculeuse. »

— Ont été nommés chevaliers dans l'ordre de la Légion d'honneur : MM. Alphonse Sanson, docteur en médecine; Coupard, pharmacien-major de 2e classe, et Croc, vétérinaire en second.

— Ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Haspel, médecin principal; Millon, pharmacien principal; Tesson, médecin-major de 1re classe; Vallon, vétérinaire principal; Fonssagrives, second médecin en chef de la marine, et Bonnardel, chirurgien de la marine en retraite.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de 1re classe, Isidore dit Dukerley, Crepet et Lenoir; — MM. les médecins-majors de 2e classe, Didelot, Girard, Fleury, Miriel et Limayrac; — MM. les vétérinaires en 1er, Briane, Hervier et Liard. — M. le pharmacien-major de 2e classe, Bouché; M. de Grand-Boulogne, médecin civil à la Véra-Cruz; M. Heurot, infirmier major. — M. Dupuis aide-vétérinaire aux spahis sénégalais; Gourrier, Deperche, chirurgiens de 1re classe, Boelle, chirurgien de 2e classe de la marine, Genée, médecin de la marine à Saint-Servan.

— La Société médico-psychologique vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1863 :

Ont été nommés : Président, M. Delasiauve; vice-président, M. Archambault; secrétaire-général, M. Brochin; secrétaire, M. Loiseau; archiviste-trésorier, M. Legrand du Saulle; membres du comité de publication, MM. Michéa, Buchez, Jules Fabret et Brierre de Boismont.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. 1 Bouchard, 2 Fravier, 3 Ruck, 4 Faure, 5 Carte Lacosto, 6 Auvray, 7 Lelion, 8 Isambert, 9 Hemey, 10 Turgis, 11 de Montfumat, 12 Thévenot, 13 Barbeu-Dubourg, 14 Besnier, 15 Delsol, 16 Anger, 17 Darel, 18 Louvet-Lamarre, 19 Le Dentu, 20 Terrier, 21 Dusart, 22 De Lacrousille, 23 Na Corogna, 24 Fontan, 25 Le Gras, 26 Guiraud, 27 Lannelongue, 28 Thomas, 29 Tixier, 30 Malhené, 31 Roques.

Internes provisoires : MM. 1 Ardoin, 2 Pacull, 3 Pero, 4 Carrière, 5 Lebreton, 6 Pichereau, 7 Savreux-Lachapelle, 8 Barbey, 9 Chaillou, 10 Sanné, 11 Panthin, 12 Posada, 13 Molinier, 14 Paquet, 15 Lefeuvre, 16 Fumouze, 17 Bouchereau, 18 Vigier, 19 Perruchot, 20 Regnard, 21 Farabeuf, 22 Bardier, 23 Morillon, 24 Labbée, 25 Magnan, 26 Thierry, 27 Palle, 28 Serraillier, 29 Leboumet, 30 Amalric, 31 Dublanchet, 32 Blache, 33 Clemenceau, 34 Morely.

PRIX DES LAURÉATS INTERNES. — *Première division :* M. Fritz, médaille d'or; M. Duplay, accessit.

MM. Brouardel, Proust et Dubrueil, première mention honorable.

MM. Ferrand, Cruveilhier et Martineau, deuxième mention honorable.

Deuxième division : Prix, M. Lallement; accessit, M. Gentilhomme; première mention, M. Robertet; deuxième mention, M. Damaschino.

PRIX DES EXTERNES. — Prix, M. Bouchard; accessit, M. Fravier; première mention, M. Ruck; deuxième mention, M. Faure.

A la suite du concours de l'externat pour les hôpitaux de Paris, ont été nommés :

MM. 1 Hayem, 2 Denonvilliers, 3 Delens, 4 Liouville, 5 Burlaud, 6 Germe, 7 Blumenthal, 8 Charpentier, 9 Desnos, 10 Gadaud, 11 Henocque, 12 Levesque, 13 Aubry, 14 Bourée, 15 Galicier, 16 Roulet, 17 Zavitzianos, 18 Goudet, 19 Cotard, 20 Raulin.

MM. 21 Pilate, 22 Raillard, 23 Escorne, 24 Filleau, 25 Follet, 26 Laburthe, 27 Jolicœur, 28 Perry, 29 Chauvelot, 30 Pentray, 31 Roustan, 32 Stopin, 33 Vielle, 34 Watelle, 35 Brunet, 36 Aubrun, 37 Carbonell, 38 Champrigaud, 39 Droin, 40 Laurent.

MM. 41 Marie (Edmond), 42 Matrion, 43 Rengade, 44 Bouillon-Lagrange, 45 Buuquet, 46 Boyer, 47 Castro y Parra, 48 Dantagnan, 49 Duclos, 50 Ducrot, 51 Landeta, 52 Lolliot, 53 Lucas-Championnière, 54 Olivier, 55 Robbe, 56 Bonnithon, 57 Cochet, 58 Deniau, 59 Lantier, 60 Machenaud.

MM. 61 Maurice, 62 Meunier, 63 Munier, 64 Paul, 65 Pelit, 66 Signard, 67 Brulé, 68 Camuset, 69 Jubin, 70 Masse, 71 Mècle, 72 Miot, 73 Navarro y Villar, 74 Plicque, 75 Puel, 76 Reignier, 77 Stoufflet, 78 Voyet, 79 Blanc, 80 Brun.

MM. 81 Causaubon, 82 Chappot, 83 Comoy, 84 Font-Reaux, 85 Gagnard, 86 Giroud, 87 Le Teinturier, 88 Maringe, 89 Mignon, 90 Ruger, 91 Staszinski, 92 Bouteillier, 93 Briançon, 94 de Montmeja, 95 Gemin, 96 Labadie, 97 Leroux, 98 Mary, 99 Musson, 100 Onimus.

MM. 101 Prouhet, 102 Quillard, 103 Ramond, 104 Renault, 105 Rudelle, 106 Saldivar, 107 Yzquiordo, 108 Baradus, 109 Bigourdon, 110 Bremond, 111 Canet, 112 Coste, 113 Gueneau, 114 Laisney, 115 Maindron, 116 Mougeot, 117 Paris, 118 Parizot, 119 Proust, 120 Rousset.

MM. 121 Suchard, 122 Azemar, 123 Bottentuit, 124 Castier, 125 Cavasse, 126 Chaumel, 127 Destelle, 128 Fredet, 129 Hurel, 130 Jouslain, 131 Juliano, 132 Loffel, 133 Malherbe, 134 Marelle, 135 Marsoo, 136 Plateau, 137 Thevenin, 138 Bayonne, 139 Carrive, 140 Chevalier.

MM. 141 Cuirot, 142 Dalbouze, 143 Duprat, 144 George, 145 Labory, 146 Macabiau, 147 Nave, 148 Rodriguez y Macias, 149 Théas, 150 Bachelet, 151 Bindé, 152 Boudrie, 153 Brissaud, 154 Cailleux, 155 Capmas (Paul), 156 Challier, 157 Claverie, 158 De Arteago, 159 Demoulin, 160 Desveaux.

MM. 161 Fauchey, 162 Gavillet, 163 Hallette, 164 Hamy, 165 Jousselin (Jean-Élie), 166 Legros, 167 Miguet, 168 Rousselot-Beaulieu, 169 Vignes, 170 Abafour, 171 Avonde, 172 Dejust, 173 Griffon, 174 Guillemaut, 175 Jolyes, 176 La Roche, 177 Maire, 178 Teinturier, 179 Banault.

MM. 180 Bonnet, 181 Dubois, 182 Girondeau, 183 Molinié, 184 Bernède, 185 Blacher, 186 Rochefontaine, 187 Brouard, 188 Cabadé, 189 Chedin, 190 Dumaz, 191 Fortin, 192 Guillerault, 193 Layrisse, 194 Le Piez, 195 Levraud, 196 Mesnage, 197 Napias, 198 Rousseau (Albert), 199 Ruais.

MM. 200 Thibaut-Beauregard, 201 Verollot, 202 Barrail, 203 Boudet, 204 Delanney, 205 Escana Boza, 206 Fleys, 207 Guenon des Mesnards, 208 Michaux, 209 Godivier, 210 Guillot, 211 Guillier, 212 Hobon, 213 Lamblin (Antoine).

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 16 JANVIER 1863. N° 3.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Société de chirurgie. — M. Oré (de Bordeaux). Introduction de l'air dans les veines. Nouvelles expériences. Emploi des courants électriques pour remédier à cet accident des opérations. — Société de médecine de Besançon. Intoxication cuivreuse chez les ouvriers : M. Perron. — Académie de médecine : les eaux potables. — II. **Travaux originaux**. Pathologie interne. — III. **Revue clinique**. Néphrite tuberculeuse aiguë. — IV. **Correspondance**. Médecine comparée. — Volume normal de la glande thyroïde chez le cheval. — V. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — VI. **Revue des journaux**. Sur une épidémie de goître observée au 8e régiment de ligne, à Clermont-Ferrand et à Riom. — Aura apoplectica partant de l'extrémité de l'index droit, convulsions et crampes du même côté du corps, guérison. — VII. **Bibliographie**. On Asthma : its Pathology and Treatment. — VIII. **Variétés**. — IX. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres.

I

Paris, 15 janvier 1863.

Société de chirurgie : M. ORÉ (DE BORDEAUX). INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES. NOUVELLES EXPÉRIENCES. EMPLOI DES COURANTS ÉLECTRIQUES POUR REMÉDIER A CET ACCIDENT DES OPÉRATIONS. — *Société de médecine de Besançon :* INTOXICATION CUIVREUSE CHEZ LES OUVRIERS : M. PERRON. — *Académie de médecine :* LES EAUX POTABLES.

L'introduction de l'air dans les veines, connue depuis longtemps des physiologistes, a beaucoup occupé le chirurgien, lorsqu'il a été démontré que cet accident pouvait compliquer les opérations pratiquées sur l'homme; après les travaux de Nysten vinrent les recherches d'Amussat, puis comme toutes les questions qui paraissent définitivement élucidées, celle-ci fut abandonnée ou du moins ne devint l'objet d'aucune expérimentation nouvelle de quelque importance. On savait comment l'air pénétrait dans le système vasculaire; quelles conditions anatomiques présidaient à cette pénétration; quelles conséquences en résultaient; d'un accord unanime on pensait que la mort était la conséquence de la distension mécanique du cœur droit, et l'on avait même proposé divers moyens plus ou moins efficaces pour prévenir l'accident ou en combattre les résultats funestes. Tout paraissait clair, et, chose remarquable, on n'observait même plus de nouveaux exemples d'une complication terrible qui, à une certaine époque, semblait malheureusement n'être pas très rare.

Un jeune chirurgien de province, M. Oré (de Bordeaux), qui professe avec distinction la physiologie, vient de reprendre ce sujet oublié. Dans un récent voyage à Paris, il a communiqué à la Société de chirurgie le résumé de ses expériences, et pour nous convaincre de leur réalité il les a répétées à l'École pratique en présence de MM. Broca et Dolbeau, commissaires de la Société, de MM. Longet, Denonvilliers et de plusieurs médecins distingués. Ces expériences ont pleinement réussi. Elles sont de deux ordres : 1° elles consistent à injecter de l'air ordinaire, puis ISOLÉMENT *les gaz qui composent par leur mélange l'air atmosphérique*, ainsi que d'autres gaz, tels que l'hydrogène et l'acide carbonique; 2° à combattre à l'aide des courants électriques les accidents qui suivent l'introduction de l'air dans le cœur.

Voici quels sont les résultats : tandis qu'on tue inévitablement un animal avec une quantité donnée d'air ordinaire, on peut impunément injecter à un autre animal du même poids et de la même race, une quantité égale et même supérieure d'azote, d'hydrogène et d'acide carbonique. Quant à l'oxygène, on en peut introduire des proportions presque indéfinies. Tel animal qui n'aurait pas résisté à l'introduction de 80 centimètres cubes d'air, a reçu presque sans en souffrir 300 centimètres cubes du premier gaz. Dans une dernière expérience qui, à la vérité, n'a été répétée que deux fois encore, M. Oré a injecté, sans coup férir, de l'air artificiel chimiquement pur, c'est-à-dire un mélange d'oxygène et d'azote préparés dans le laboratoire et combinés dans les proportions connues. En employant les courants électriques de manière à provoquer des mouvements respiratoires énergiques, on peut empêcher la mort, quoiqu'on injecte dans les veines une quantité d'air bien supérieure à celle qui suffit pour foudroyer l'animal.

Au reste, plutôt que de prolonger cette analyse, nous reproduisons les conclusions rédigées par M. Oré lui-même, et qui terminent son mémoire.

» 1° C'est en étudiant la transfusion du sang que j'ai été conduit à apprécier l'influence de l'entrée de l'air dans les veines.

» 2° L'air en entrant dans ces vaisseaux exerce sur l'économie une action qui diffère suivant la quantité qui y pénètre. Si l'animal est d'une taille moyenne (chien) et que la dose ne dépasse pas 50 centimètres cubes, elle sera supportée sans déterminer d'accidents. Cette complication ne sera donc pas à redouter pendant la transfusion, car la seringue à injection qu'on emploie pour la pratiquer est trop parfaite dans son mécanisme pour permettre jamais à une aussi grande quantité d'air de pénétrer dans l'appareil vasculaire. Si la dose

s'élève au contraire au-dessus de 60, 80, 100 et 120 centimètres cubes, elle entraînera la mort après deux ou trois minutes.

» 3° L'air en entrant dans les veines *occasionne la distension des cavités droites et frappe d'immobilité les fibres musculaires des parois du ventricule droit*. Les contractions persistent au contraire, *quoique affaiblies*, dans les parois des cavités gauches et dans l'oreillette droite malgré la distension de cette dernière.

» 4° La distension du cœur pulmonaire n'est pas la seule cause de la mort, ainsi que le pensent Nysten, Amussat et avec eux la plupart des physiologistes et des chirurgiens.

» 5° La preuve de cette proportion se trouve dans les résultats d'expériences faites avec l'azote, l'oxygène, l'hydrogène, l'acide carbonique; ces gaz peuvent en effet être introduits dans les veines en quantité égale et même supérieure à celle de l'air qui tue les animaux, sans amener la mort. Or, tout en tenant compte de leur degré de solubilité dans le sang, sur lequel on n'est pas suffisamment fixé, mes expériences m'autorisent à penser qu'ils doivent distendre le cœur; donc la distension ne suffit pas pour expliquer la terminaison fatale déjà signalée.

» 6° *Je pense que l'air a une action sédative sur la fibre musculaire du cœur qui détermine la paralysie plus ou moins complète du ventricule droit*. La solidarité qui existe entre les diverses parties de l'organe central de la circulation explique comment le trouble apporté dans le mécanisme de l'une exerce un contre-coup fâcheux sur les autres.

» 7° L'action sédative paralysante de l'air étant admise, le raisonnement me conduisait à penser qu'en lui opposant une stimulation énergique locale ou générale, je pourrais empêcher les conséquences funestes que détermine la présence de ce gaz.

» 8° L'excitation des pneumogastriques, vers la partie moyenne du cou, à l'aide des courants électriques empêche la mort.

» 9° Des expériences nombreuses m'ont appris en outre qu'on peut arriver au même résultat sans électriser directement le tronc même du nerf, mais en plaçant un des conducteurs sur la gaîne qui le renferme, dans son voisinage ou même dans la bouche de l'animal, et l'autre dans une plaie faite à la paroi thoracique.

» 10° Cette manière de procéder détermine une dilatation des parois thoraciques qui entraîne par suite la dilatation des poumons. Or, si l'inspiration suffit pour attirer dans le cœur l'air atmosphérique par une ouverture faite à une des veines profondes du cou ou de l'aisselle, il est rationnel d'admettre que la dilatation forcée des poumons par l'action des courants permet à ces organes de débarrasser le cœur d'une partie de l'air qu'il renferme, qu'enfin ils agissent comme une pompe aspirante.

» 11° L'emploi des courants empêchant la mort occasionnée par l'entrée de l'air dans les veines et affranchissant le chirurgien de la préoccupation inséparable de certaines opérations pratiquées sur le cou ou dans l'aisselle, me semble un résultat heureux et tout à fait inattendu fourni par la physiologie expérimentale. C'est la première fois que cette application de l'électricité a été signalée. »

Le travail de M. Oré sera l'objet d'un rapport à la Société de chirurgie; expériences et conclusions seront soumises à un examen approfondi, c'est alors qu'il conviendra de discuter les opinions émises par notre confrère aussi bien que les moyens pratiques qu'il propose. Toute critique et toute appréciation précoces défloreraient le rapport, c'est pourquoi nous nous abstenons. Le problème est d'ailleurs plus compliqué qu'on ne le pense et exige de sérieuses réflexions sinon des expériences nouvelles. Nous tiendrons nos lecteurs au courant, mais nous avons voulu dès à présent leur faire connaître les nouveaux résultats obtenus dans une voie ouverte déjà par Nysten à la vérité, mais qui n'avait pas encore fourni d'indications pratiques. L'injection dans le système vasculaire des éléments isolés de l'air et de différents gaz plus ou moins inertes, n'intéresse pas seulement la pratique chirurgicale et la physiologie, elle soulève, suivant nous, des questions de chimie physiologique d'un ordre élevé.

A. Verneuil.

M. le docteur Perron a communiqué à la Société de médecine de Besançon, un Mémoire qui a pour titre : *Du cuivre et de l'absorption de molécules cuivreuses chez les horlogers*, et que nous trouvons reproduit dans le n° 10 du Bulletin de la Société.

Le but de l'auteur est de démontrer que l'absorption de molécules cuivreuses est, pour les ouvriers horlogers, une cause, non pas directe et effective, mais simplement prédisposante de phthisie pulmonaire. Par conséquent, deux questions à examiner successivement (en suivant un ordre différent de celui du Mémoire) : *Premièrement*, — et cette question pourrait rendre l'autre inutile — existe-t-il une intoxication cuivreuse? *Deuxièmement*, l'intoxication, si elle existe, constitue-t-elle une prédisposition à la phthisie?

On aurait été fort surpris, il y a seulement quelques années, d'entendre demander si l'inspiration de particules de cuivre peut donner lieu à des accidents d'empoisonnement. On décrit, en effet, dans les livres classiques, une redoutable colique de cuivre. Il n'en est pas moins avéré que cette colique, telle au moins que l'ont représentée les auteurs du siècle dernier et du commencement de celui-ci, a été, si on peut le dire, *surfaite*. Et l'opinion de Bordeu, fondée sur la santé robuste des chaudronniers des Pyrénées, prévaut aujourd'hui presque généralement. M. Perron, habitant d'une ville où l'horlogerie a pris une grande extension, ne s'élève pas précisément contre ce revirement d'opinion. Il ne paraît pas croire non plus bien fermement à l'ancienne colique de cuivre, mais il admet une colique mitigée; il veut que l'inspiration du cuivre excite un mouvement fébrile. A ces assertions, qui sont conformes à celles de M. Blandet et de plusieurs autres observateurs, on peut opposer et les recherches de quelques médecins, plus spécialement de M. de Pietra Santa, et surtout la grande enquête faite il y a quelques années dans les ateliers de la capitale par MM. Boys de Loury et Chevallier, qui n'ont pu découvrir chez les ouvriers en cuivre rien qui ressemblât à une intoxication, rien qu'on ne pût expliquer par les conditions hygiéniques. Et pourtant les ouvriers ont la peau incrustée et les cheveux poudrés de cuivre; ils posent le pain qu'ils mangent sur la poussière cuivreuse des tables, et ils absorbent si bien le métal qu'on le retrouve dans le produit des excrétions : à ce point que, d'après les observations de M. Chevallier, le liquide urinaire tombant sur une plaque de tôle finit par y laisser une couche d'oxyde de cuivre. Le même chimiste a retrouvé le cuivre dans les os, et M. Millon (de Durfort) va même jusqu'à affirmer que les os des ouvriers chaudronniers se colorent en bleu ou en vert, et qu'on retire du vert-de-gris du terrain où ils sont inhumés. Des expériences négatives ont été, il est vrai,

publiées par M. le docteur Toussaint. Ce médecin affirme que les sels de cuivre, solubles ou non, ne se retrouvent pas dans l'urine ; en sorte que, à ses yeux, si les molécules cuivreuses sont sans danger pour l'ouvrier, c'est qu'elles ne pénètrent pas dans l'organisme. Mais cela peut-il annuler les résultats constatés par un aussi habile chimiste que M. Chevalier?

Sans prendre un parti décidé entre les opinions contraires, on peut au moins conclure de l'ensemble des faits, de ceux surtout qui ont pour garantie des expériences chimiques rigoureuses, que l'atmosphère dans laquelle respirent les ouvriers est loin d'avoir toute la nocuité qu'on lui a longtemps attribuée. Que si, d'ailleurs, certaines coliques décrites récemment comme imputables au cuivre avaient réellement cette origine, la plupart d'entre elles déposent elles-mêmes, par leur bénignité, du peu d'intensité de la cause. Je dois ajouter que, dans les quatre observations publiées par M. Perron, on ne rencontre pas les caractères certains de la colique de cuivre ; et quant à la diarrhée et à la fièvre qu'il a notées, comme il existait en même temps des tubercules dans les poumons, il est évident qu'elles ne peuvent plus servir à établir l'existence d'une intoxication.

Ceci nous conduit à la seconde question : A supposer une légère intoxication cuivreuse, a-t-elle été une cause prédisposante de phthisie?

Beaucoup d'auteurs avaient noté la fréquence de la toux chez les ouvriers qui travaillent le cuivre, et M. Perron en relève avec soin les témoignages ; mais, ces témoignages fussent-ils exacts, la question ne changerait pas pour cela ; car, rhume, bronchite ou phthisie, il s'agirait toujours de savoir si la maladie est le produit de l'inhalation du cuivre.

L'auteur interroge ensuite la *statistique mortuaire* de Besançon, et, en retranchant les enfants et les femmes, qui ne travaillent pas à l'horlogerie, et les vieillards, qui n'y travaillent plus, il constate qu'en 1857, sur 100 décès d'ouvriers horlogers, il y en a 58 par phthisie, tandis que la proportion n'est que de 17 pour les autres professions. En 1859, la mortalité a été de 70 centièmes pour la profession d'horloger, et 18 centièmes pour les autres ; en 1860, elle a été de 66 pour 100 contre 30 pour 100. La différence est donc énorme. Mais quelle conséquence en pourrait-on tirer en faveur de la thèse du mémoire, si cette haute mortalité par suite de tubercules pulmonaires se rencontrait dans toutes les professions exposées aux émanations métalliques, même les plus inertes? Or, c'est précisément ce qui résulte d'une statistique de M. Lombard (de Genève). La proportion serait de 176 sur 1000, au lieu de 80, chiffre de la moyenne. M. Perron, en faisant remarquer que le tribut payé par l'horlogerie bisontine est plus lourd encore, attribue cet excédant à diverses conditions hygiéniques. telles que la vie sédentaire, les refroidissements, etc. Mais l'objection subsiste. Du moment où *toutes* les atmosphères métalliques, celle notamment qui est formée de particules de fer, prédisposent à la phthisie, on n'est plus en droit d'attribuer celle qui dérive d'une atmosphère cuivreuse à une intoxication spéciale.

Quant aux quatre observations relatées par l'auteur, elles sont impuissantes, on le comprend, à vider une question aussi délicate. Dans l'une d'elles, d'ailleurs, l'hérédité était manifeste, et, dans les autres, la bonne santé du père et de la mère ne suffit pas pour affirmer le défaut d'hérédité, celle-ci enjambant souvent, comme sait, une ou plusieurs générations. Que de parents, d'ailleurs, ne deviennent phthisiques qu'*après* leurs enfants ! Ils ont transmis un germe qu'ils portaient en eux, mais ce germe a été plus précoce chez les produits de leur union que chez eux-mêmes, et c'est là une des grandes difficultés des statistiques relatives à l'hérédité.

Il est donc impossible de considérer comme suffisamment démontrée l'opinion que le mémoire avait pour but d'établir. On ne ferait pourtant que rendre justice à l'auteur en disant qu'il a déployé un talent réel dans l'exposé historique de la question et dans la critique des documents qui y sont relatifs.

A. Dechambre.

— M. Jolly a, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, achevé la lecture de son discours sur la question des eaux potables, et a été remplacé à la tribune par M. Robinet. Deux adversaires, comme on sait, également tenaces, parce qu'ils sont également convaincus. Mais, contre l'attente générale, M. Robinet n'a pas répondu précisément à l'argumentation de M. Jolly. Dans une improvisation spirituelle, pittoresque, brodée d'ailleurs sur un fond sérieux de faits et d'expériences, il s'est appliqué uniquement à combattre l'opinion commune, relativement à l'influence des qualités chimiques de l'eau sur ses qualités hygiéniques. La conséquence générale des recherches auxquelles il s'est livré, en faisant venir des diverses régions de la France deux ou trois cents bouteilles d'eau de boisson, serait que les substances dissoutes ou suspendues dans l'eau restent sans action appréciable sur la santé des populations.

En présence de cette conclusion, les partisans du système soutenu par M. Robinet, en ce qui concerne le service des eaux de Paris, seront les premiers à regretter qu'il se soit ainsi restreint à un côté de la question au lieu de l'embrasser dans toutes ses parties. Ses adversaires sont maintenant armés contre lui et par lui-même d'un argument grave. S'il est indifférent que l'eau contienne de l'oxygène ou qu'elle soit privée d'air, si elle est également bonne avec ou sans sels de chaux, si elle peut impunément tenir en suspension des matières végétales, s'il est superflu de l'obtenir limpide, que ne la prenez-vous, — va-t-on lui dire, — dans la Seine, qui passe sous vos fenêtres, au lieu de l'aller chercher au fond de la Champagne? Les appareils de filtrage sont-ils insuffisants, prenez de l'eau trouble, puisqu'elle est inoffensive, et, d'ailleurs, en remontant seulement au Port-à-l'Anglais, vous l'aurez passablement claire. La Seine n'est-elle pas assez riche en été, remplacez-la par l'Ourcq, par Arcueil, par telle eau que vous voudrez, puisque toutes les eaux sont égales devant l'hygiène.

Il est donc à souhaiter, pour M. Robinet lui-même, qu'on rende des bases solides à l'opinion générale sur les qualités des eaux potables, et qu'il lui soit démontré péremptoirement qu'il ne possède pas seul la vérité..: en bouteilles!

A. D.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Réflexions sur quelques points de la glycosurie, par M. le docteur Jules Lecoq, médecin principal de la marine.

B. — *De la présence du sucre dans les urines à l'état normal et physiologique.*

L'urine normale renferme-t-elle toujours des traces appréciables de glycose? Les nombreuses analyses que j'ai faites me permettent tout d'abord de répondre affirmativement à cette première question ; et cependant, en examinant les principales et plus récentes analyses d'urine données dans les traités de chimie physiologique, nous voyons que le sucre n'est pas signalé comme existant normalement dans les urines ; ainsi il

n'en est pas question dans les analyses données par MM. Becquerel et Rodier : « Pourquoi le sucre, écrit M. Mialhe dans » son Traité de chimie appliquée a la physiologie, à l'état normal » de santé, ne se rencontre-t-il jamais dans les sécrétions? » Cependant M. Bruecke a été conduit à admettre que l'urine normale de l'homme contient toujours de petites quantités de sucre. (*Gazette médicale*, année 1859, p. 647.)

J'ai examiné les urines à toutes les périodes de la vie ; je fais passer sous les yeux du lecteur quelques-unes de ces analyses avec les résultats obtenus. Je rappelle une fois pour toutes que mes urines ont toujours été traitées, comme je l'ai indiqué plus haut, avant d'être soumises à l'essai de la liqueur de Fehling.

1re Expérience. — Urines du jeune J..., âgé de neuf mois, encore à la mamelle, d'une très belle santé. Elles sont claires, bien transparentes, complétement incolores, sans odeur; aucun dépôt par le refroidissement; très faiblement acides au papier de tournesol. A la suite d'une longue ébullition, elles donnent, après le refroidissement, un dépôt rouge d'oxyde de cuivre. Ici la quantité de glycose n'a pu être dosée, même approximativement, puisque la réduction ne s'est opérée qu'après le refroidissement; mais sa présence n'en a pas moins été réelle et facile à constater.

2e Expérience. — Urines du même enfant recueillies après un repas où on lui avait fait prendre une bouillie au tapioka. Elles sont claires, peu colorées, sans odeur, à peine acides; elles donnent une quantité de sucre plus considérable, qui peut être estimée à 1 gramme au moins pour 1000 grammes de liquide.

3e Expérience. — Urines du jeune L..., âgé de trois ans; urines du matin ; santé parfaite; digestions régulières ; grande activité musculaire. Elles donnent un peu moins de 1 gramme par litre.

4e Expérience. — Urines du même enfant le lendemain du jour de l'an, par conséquent après abus de sucreries, de gâteaux, etc. Urines un peu troubles; léger dépôt muqueux ; acides au réactif. Elles donnent plus de 2 grammes de sucre par litre d'urine.

5e Expérience. — Urines du nommé Ball, soldat d'infanterie de la marine, âgé de vingt-neuf ans, d'une santé parfaite, d'une riche constitution; fonctions digestives très régulières. Celles du matin sont claires, un peu colorées, acides, sans dépôt; elles donnent 1 gramme de sucre à l'analyse. Les urines du même militaire, examinées seulement quelques heures après le repas, nous ont donné jusqu'à 2 grammes et plus de sucre pour 1000 grammes d'urine.

6e Expérience. — Urines d'un vieillard âgé de soixante-douze ans, d'une santé irréprochable ; fonctions digestives régulières ; respiration normale. Elles renferment près de 2 grammes de sucre.

Je pourrais multiplier ces observations, mais elles ne feraient qu'allonger inutilement ce mémoire, sans aucun intérêt pour le lecteur. D'après ces premiers résultats, je me crois autorisé à conclure :

1° Qu'il existe du sucre dans les urines normales à tous les âges de la vie ; cette quantité de sucre est toujours assez faible, et peut varier entre 50 centigrammes, 1 gramme et même 2 grammes au maximum. En avançant un fait semblable, j'avais besoin de m'appuyer sur un nom connu dans le monde scientifique ; en lisant la Gazette des hôpitaux de 1857, je vois que M. Béhier est disposé à admettre l'existence du sucre normal dans les urines. Nulle part je n'ai vu les observations sur lesquelles M. Béhier a basé son opinion, mais je suis heureux de voir que les résultats que j'ai obtenus sont venus confirmer en tous points la pensée de ce savant médecin.

2° Nous pouvons encore déclarer que l'urine de la digestion renferme toujours une plus forte proportion de glycose que celle qui est recueillie avant le repas.

3° Enfin il nous a semblé que la quantité de sucre que contiennent les urines augmentait avec le progrès de l'âge.

Ces premiers résultats me permettent également de faire une objection sérieuse aux conclusions d'un mémoire de M. Dechambre publié dans la Gazette médicale, et relatif à la présence du sucre dans l'urine des vieillards. M. Dechambre a eu raison, sans doute, de dire que l'urine des vieillards renfermait de la glycose; mais il a eu tort, il me semble, de dire que ce sucre provenait de ce que, dans l'acte de la respiration, rendue moins active à cet âge de la vie, les poumons ne brûlaient pas toute la glycose que leur apportait le résultat de la digestion, et que c'était pour ce motif que le sucre apparaissait dans les urines. Si M. Dechambre avait analysé les urines aux différents âges de la vie, il aurait vu que l'urine des vieillards ne différait pas, sous ce rapport, de celles des autres âges, car je ne pense pas qu'il faille tenir compte de quelques centigrammes de plus de sucre que présente l'urine de l'homme arrivé aux limites extrêmes de la vie. Nous aurons occasion de revenir plus loin sur ce mémoire de M. Dechambre ; pour le moment je tenais à établir ce seul fait : c'est que l'urine des vieillards, au point de vue de la quantité de glycose qu'on y rencontre, ne diffère pas sensiblement de celle de l'adulte ou même de l'enfant (1).

Il existe un état essentiellement physiologique, puisqu'il est compatible avec la santé la plus parfaite, et dans lequel l'urine contient des quantités relativement considérables de sucre, c'est celui des femmes enceintes déjà un peu avancées dans leur grossesse, des femmes en couches et des nourrices; c'est M. Blot qui le premier a reconnu cette glycosurie physiologique, et pour moi c'est un des faits les plus constants et les mieux établis.

M. Blot, alors chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, a communiqué à l'Académie de médecine le 6 octobre 1856, une note fort intéressante sur ce sujet, dans laquelle il expose avec le plus grand soin toutes les précautions qu'il a prises pour ne pas commettre d'erreur; il indique les réactifs dont il s'est servi dans son analyse ; par excès de précaution, nous voyons qu'il a cru devoir s'associer M. O. Reveil, professeur agrégé à l'école de pharmacie, et M. Berthelot, connu par ses travaux de chimie organique. Après de nombreuses expériences, M. Blot s'est cru en droit de conclure qu'il existait une glycosurie physiologique chez toutes les femmes en couches, chez toutes les nourrices, et chez la moitié environ des femmes enceintes. M. Blot a établi également que la quantité de sucre variait chez les différents sujets et aux différentes époques de la lactation ; qu'elle est ordinairement beaucoup moindre que dans le diabète; que cette quantité variait depuis 1 et 2 grammes jusqu'à 12 grammes pour 1000 grammes d'urine. M. Blot admet encore que quand la sécrétion lactée est très abondante, la proportion de sucre est, en général, plus grande ; si elle est peu active, l'urine est peu sucrée : aussi l'examen de l'urine peut-il, jusqu'à un certain point, servir à juger la valeur d'une nourrice.

Ces résultats de M. Blot paraissaient bien établis et acceptés comme un fait suffisamment démontré, quand ils ont été attaqués par un professeur agrégé de la Faculté, M. Lecomte, qui est venu nier la présence du sucre dans l'urine des femmes en lactation ; pour lui, c'est à la présence de l'acide urique qu'il faut attribuer la réduction de la liqueur cupro-potassique. Malgré l'opinion contraire, avancée par M. Lecomte, les conclusions du travail de M. Blot n'en restent pas moins avec toute leur valeur ; elles s'abritent derrière des noms connus de tous, ceux de MM. Réveil et Berthelot, et la présence du sucre dans les urines des femmes en lactation, est aujourd'hui un fait démontré et généralement accepté.

J'ai repris les expériences faites à une autre époque par M. Blot; comme lui, je me suis placé dans les meilleures conditions pour éviter toute erreur; j'ai essayé mes urines privées de toutes les matières organiques qu'elles pouvaient contenir (et nous avons dit que l'acide urique, si toutefois il se trouve à l'état libre dans les urines, n'échappait pas lui-même à l'action du sous-acétate de plomb), par le réactif de Fehling, par la potasse, par le sous-azotate de bismuth uni à la potasse, parfois par la fermentation alcoolique ; voici quelques-unes de nos expériences avec les résultats obtenus :

7e Expérience. — Femme de vingt-deux ans, d'une riche constitution,

(1) Nous demanderons à notre distingué confrère de Brest la permission de lui soumettre prochainement quelques observations au sujet du présent mémoire. A. D.

primipare; couches naturelles; accouchée depuis quinze jours ; ne nourrit pas son enfant. Les seins sont gonflés et fortement développés. Urines du matin : elles brunissent par la potasse, noircissent par le sous-nitrate de bismuth et la potasse, et donnent avec le réactif de Fehling au moins 5 grammes de sucre.

8e Expérience. — Madame G..., âgée de trente ans, mère pour la troisième fois, nourrit depuis huit mois, se trouve dans une position peu aisée, et n'a pas une alimentation bien substantielle; les féculents et les végétaux entrent pour une large part dans son régime habituel. Urines du matin : elles brunissent fortement par la potasse, réduisent très abondamment le sous-nitrate de bismuth, et donnent plus de 6 grammes de sucre avec le réactif de Fehling.

9e Expérience. — Urines de la même nourrice traitées quelques jours plus tard de la même manière, donnant 4 grammes de glycose.

10e Expérience. — Urines d'une femme accouchée le 4 janvier, et recueillies le 10 du même mois, par conséquent le sixième jour de l'accouchement. Cette femme est d'une bonne santé habituelle; elle nourrit. Les urines sont troubles, acides au papier réactif; elles renferment près de 5 grammes de sucre.

11e Expérience. — Urines d'une femme enceinte de deux mois et demi; a déjà eu quatre enfants. Tempérament essentiellement lymphatique; urines claires, acides. Traitées par la liqueur de Fehling, elles donnent au plus 2 grammes de sucre.

12e Expérience. — Femme M..., âgée de vingt-cinq ans, a déjà eu six enfants. Constitution très affaiblie; est obligée de s'imposer de nombreuses privations pour élever sa famille; elle est enceinte de quatre mois et demi. Urines assez claires, inodores, acides faiblement; elles renferment moins de 2 grammes de glycose.

13e Expérience. — Urines d'une femme au neuvième mois de la grossesse, âgée de trente ans; a eu déjà plusieurs enfants; placée dans de très mauvaises conditions hygiéniques; anémie prononcée. Urines du matin : un peu plus de 2 grammes de sucre.

Comme on peut le voir par ces seules observations, il nous est permis d'admettre qu'il existe une quantité sensiblement plus grande de sucre dans les urines : 1° chez les femmes enceintes, *vers la fin de la grossesse*, lorsque les seins sont déjà le siége de ce premier travail qui prépare la nourriture de l'enfant qui va naître ; 2° chez les femmes en couches ; 3° chez les nourrices surtout. Au moment où la sécrétion du lait prend un accroissement plus considérable, c'est alors aussi que l'urine contient le plus de sucre ; à peine plus élevée qu'à l'état normal dans le premier temps de la gestation, ce n'est guère que dans les derniers mois de la grossesse que nous voyons s'élever la quantité de sucre des urines; c'est enfin quand l'allaitement est bien établi, lorsque les glandes mammaires ont acquis leur maximum d'activité que le sucre contenu dans l'urine augmente réellement d'une manière bien sensible. Comme l'a fait remarquer M. Blot, nous avons trouvé qu'il existe un rapport direct entre la quantité de sucre que renferme l'urine des femmes en lactation, et l'intégrité des fonctions organiques, surtout de celles de la digestion. Faut-il conclure, comme le fait M. Blot, qu'on pourrait juger de la valeur d'une nourrice par la quantité de sucre que renferment ses urines? Trop de causes, à mon avis, peuvent faire varier le chiffre de glycose des urines, pour qu'on puisse s'en rapporter à un pareil moyen d'appréciation.

Mais pourquoi dès que le lait apparaît dans les mamelles d'une femme en lactation, voyons-nous augmenter le sucre des urines? Pourquoi ce sucre diminue-t-il quand diminue la sécrétion lactée? Il y a là une relation de cause à effet qui attend son explication. Faut-il admettre, avec M. Fauconneau-Dufresne (*Gaz. hebd.*, année 1860, p. 135), qu'en même temps que cette abondante fluxion se fait vers la glande mammaire, il s'en produit une autre dans la glande hépatique, d'où résulte un excès de sucre dans le sang et par suite son passage dans l'urine? Faut-il admettre encore avec ce dernier auteur, qu'il existe une sorte d'harmonie entre le système nerveux cérébro-spinal ou désassimilateur et le grand sympathique? Faut-il admettre enfin que l'action du trisplanchnique doit être considérée comme un frein de celle du système cérébro-spinal? Il y a là, je l'avoue, quelque chose de séduisant, mais rien ne prouve que cette ingénieuse théorie soit bien l'expression de la vérité. Tout se tient, je le sais, dans l'organisme ; nos différentes fonctions réagissent les unes sur les autres, mais il y a bien loin de là à admettre, comme le fait M. Fauconneau-Dufresne, que la nutrition active qui s'opère dans l'utérus chez les femmes en gestation, affaiblit le système assimilateur général, et que c'est à cette cause qu'il faut attribuer le passage d'une plus grande quantité de sucre dans les urines à cette époque de la grossesse.

Il m'a semblé, et cette explication je la donne sous toute réserve, que l'absorption pouvait bien reprendre dans le lait de la glande mammaire, pour le déverser dans le courant de la circulation, une certaine quantité de sucre de lait qui passe ensuite dans les urines et réduit la liqueur de Fehling ; nous savons en effet que le sucre de lait se comporte avec la liqueur cupro-potassique comme la glycose, ou sucre de raisin ; ou bien encore que dans son passage à travers nos organes, le sucre de lait se transforme en glycose et arrive ainsi dans les urines. Quoi qu'il en soit de ces explications, qui certes ont bien leur intérêt, puisqu'elles tendent à nous mettre sur la voie de la pathogénie de la glycosurie, nous sommes autorisé à conclure seulement de tout ce que nous venons de dire : *qu'il existe une quantité sensiblement plus considérable de sucre dans les urines des femmes en lactation.*

C. — *De l'influence exercée par les lésions du système nerveux sur la production du sucre dans les urines.*

M. Claude Bernard est le premier qui ait avancé qu'en irritant, chez un animal, la base du quatrième ventricule, au point où le pneumogastrique prend naissance, on augmentait considérablement la quantité de sucre que fabrique habituellement le foie, et aussi son passage en plus grande quantité dans les urines. Plus tard, des faits nombreux sont venus démontrer que ce n'était pas seulement l'irritation du quatrième ventricule ou du point d'émergence du pneumogastrique qui augmentait le sucre des urines, mais bien la lésion d'une partie quelconque du cerveau; c'est tantôt une polyurie simple, que les plaies, les contusions, les commotions de la masse encéphalique entraînent à leur suite; tantôt une vraie glycosurie, sans que pour cela la quantité des urines augmente d'une manière sensible. « Dans un certain nombre d'expériences, dit M. Claude Bernard, quand on pique sur la ligne » médiane ou plancher du quatrième ventricule, exactement » au milieu de l'espace compris entre les origines des nerfs » acoustiques et du pneumogastrique, on produit à la fois » l'exagération des deux sécrétions hépatique et rénale. Si la » piqûre atteint un peu plus haut, on ne produit très souvent » que l'augmentation de la quantité des urines; au-dessous du » point précédemment signalé, le passage du sucre s'observe » seulement, mais le plus souvent les deux effets sont produits » simultanément, de sorte que l'animal est à la fois diabétique » et polyurique. » (*Leçons de physiologie faites au collége de France*, année 1855, p. 329.)

Dans un fort intéressant mémoire publié dans la Gazette hebdomadaire de l'année 1859, et ayant pour titre : Du diabète dans ses rapports avec les maladies cérébrales, M. E. Fritz relate tous les cas importants de diabète sucré ou non sucré publiés jusqu'alors, et pouvant être rapportés à des lésions bien constatées du cerveau. Je ne reviendrai pas sur la longue série d'observations pleines d'intérêt citées par M. Fritz ; tous ceux qui voudront étudier à fond cette question devront consulter le travail de ce savant observateur; je me contente de transcrire ici quelques-unes des conclusions par lesquelles M. Fritz a terminé son mémoire, afin de montrer sous quels rapports nos résultats s'accordent avec les siennes :

« 1° Le diabète peut être l'effet ou le symptôme de certaines » lésions matérielles, traumatiques ou autres, de l'encéphale ; » celles-ci peuvent également produire une glycosurie plus ou » moins prononcée, sans que l'urine présente d'ailleurs aucun

» des autres caractères propres au diabète classique, ou bien » encore une polyurie simple.

» 2° Nous ne connaissons ni le siége précis, ni la nature des » lésions qui affectent les centres nerveux, donnent lieu à un » véritable diabète, et nous ne savons pas comment elles le » produisent. Elles paraissent porter, le plus souvent, sur les » renflements postérieurs du cerveau ou sur la moelle allon- » gée; mais il est infiniment probable qu'elles peuvent occu- » per des points variés de l'encéphale, et même la partie » supérieure de la moelle. »

Comme nous le voyons, le mémoire de M. Fritz a surtout eu pour résultat d'étendre davantage les parties de la masse encéphalique, dont la lésion peut entraîner une véritable glycosurie; ce n'est donc plus seulement un point limité de cet organe qui détermine cet état pathologique, comme l'avait primitivement avancé M. Claude Bernard, la lésion du plancher du quatrième ventricule, mais bien celle d'une partie quelconque du cerveau ou même de la moelle épinière. Depuis le mémoire de M. Fritz, différentes observations de diabète sucré ou insipide ont été publiées dans les journaux de médecine; j'en réunis ici quelques-unes qui m'ont paru importantes à connaître; je terminerai par celles que j'ai eu occasion de recueillir moi-même.

La première observation publiée depuis le mémoire de M. Fritz a paru dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE du 18 novembre 1852, qui elle-même l'a empruntée au DEUTSCHE KLINICK. Elle est intitulée : *Abcès du cerveau et abcès du cervelet communiquant avec le quatrième ventricule; sucre dans les urines*; elle a été recueillie par M. Ulrich; nous la résumons en quelques lignes :

OBS. I. — Un jeune homme âgé de vingt-cinq ans était atteint d'une otorrhée du côté gauche depuis son enfance : céphalalgie intense revenant de temps en temps. Le 13 septembre, frisson suivi de chaleur et de sueur, vertiges, douleurs de tête violentes. Le 27, le malade est pris tout à coup d'une grande agitation, accompagnée de cris; puis perte de connaissance, pupilles dilatées, immobiles. Mort dans la soirée.

A l'autopsie, on trouve un abcès volumineux dans le lobe postérieur gauche du cerveau communiquant avec les ventricules latéraux; un autre abcès occupait l'hémisphère gauche du cervelet; celui-ci communiquait avec le quatrième ventricule.

L'urine prise dans la *vessie après la mort* contenait du sucre constaté par la méthode de Trommer et par la fermentation.

J'ai cité cette observation, quoiqu'elle n'ait pas, à mon avis, toute l'importance qu'on pourrait lui attribuer au point de vue de la question qui nous occupe; il est dit seulement que du sucre existait dans les urines *recueillies après la mort*, mais on ne dit pas quelle quantité elles en contenaient, ni s'il s'en trouvait également pendant la vie; or, comme je l'établirai plus loin, l'urine qui se trouve dans la vessie après la mort, celle que j'appelle *urine de l'agonie*, renferme toujours des doses sensiblement plus élevées de glycose. Dans le même numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, nous trouvons une deuxième observation que j'analyse ici en quelques mots :

OBS. II. — Un jeune homme en pleine santé fit en décembre 1852 une chute de la hauteur d'un étage; il tomba sur les pieds, puis en avant sur la face, sans que la tête touchât violemment au sol; il ne perdit pas connaissance, mais dans la nuit suivante il fut pris d'une soif extrêmement vive qui persista; c'était le début d'un diabète bien confirmé. Le malade entra à la Clinique en mai 1855 dans un état de marasme assez avancé, et mourut en novembre 1857. (Observation de Griesinger, *Gazette hebdomadaire*, novembre 1859, p. 732.)

Il est fâcheux que l'observation ne dise pas si du sucre existait dans les urines, ni quelle quantité elles en contenaient; elle parle seulement d'un diabète confirmé; il est encore plus à regretter que l'autopsie n'ait pas été faite, et n'ait pas permis de constater s'il existait une lésion matérielle d'un des points quelconques du cerveau.

L'observation qu'on va lire est empruntée à la clinique de M. Moutard-Martin; elle a fait l'objet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux, et a été reproduite par presque toute la presse médicale de Paris.

OBS. III. — Le nommé M. Lévy entre le 5 août 1859 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Moutard-Martin. Il rapporte qu'à la suite d'une chute d'un lieu élevé sur la tête, il a eu une lésion grave du crâne, avec une commotion cérébrale telle qu'il resta onze jours sans connaissance. A son entrée à l'hôpital, on constate sur le front, à droite, une cicatrice verticale presque linéaire qui se prolonge par en bas jusqu'au niveau du point le plus saillant de la bosse frontale, et qui par en haut va se perdre au milieu des cheveux. Le malade est habituellement triste, découragé; il rit et pleure en même temps; il répond avec précision aux questions qu'on lui adresse, bien que dans le ton de ses réponses il y ait quelque chose d'anormal, et que la voix soit hésitante et embrouillée; il se plaint d'une grande faiblesse dans tout le corps; sa démarche est lente, mal assurée; quand on le fait mettre debout, il éprouve tout de suite un mouvement de recul qui précède toujours le moment où il va commencer à marcher.

Le 11 août, le malade attire l'attention de M. Moutard-Martin sur un phénomène qui avait passé inaperçu. Il raconte que, depuis son accident, il a une soif intense continuelle; il boit et urine beaucoup. Les urines que le malade vient de rendre sont analysées; elles sont pâles, liquides comme de l'eau; la *potasse* seule, la *liqueur de Barreswil*, la *potasse* et le *sous-nitrate de bismuth* n'y décèlent aucune trace de sucre. Le 24, le malade quittait l'hôpital sur sa demande, dans un état d'amélioration très marqué; la soif, ainsi que la quantité des urines rendues en vingt-quatre heures, avaient repris leur état normal.

Cette observation est d'une grande valeur; elle a été recueillie par un médecin habile et consciencieux, agissant sans idée préconçue; il est impossible, dans ce cas, de ne pas admettre une corrélation intime entre la cause et l'effet : la cause a été la commotion cérébrale, l'effet le diabète insipide. Mais quel est le point de la masse encéphalique dont la lésion a pu déterminer cette augmentation de la soif et de la sécrétion urinaire? Dans l'énumération des principaux symptômes qui ont caractérisé ce grave accident, il en est un surtout qui a plus particulièrement frappé notre attention, c'est ce *mouvement de recul* qui précédait toujours le moment où le malade commençait à marcher en avant. Or, la physiologie nous apprend que le cervelet est l'organe qui préside au mouvement en avant : le cervelet avait donc dû subir à un haut degré l'influence de la commotion déterminée par la chute sur la tête; il est bien difficile que le cervelet subisse un désordre un peu grave sans que le bulbe rachidien et le quatrième ventricule ne soient eux-mêmes sérieusement affectés. Cette observation donnerait ainsi complétement raison à l'opinion émise par M. Claude Bernard, et à celle de M. Schiff, qui prétend que la région dont la lésion est suivie de diabète s'étend depuis le tiers supérieur de la moelle allongée jusqu'au-dessous du renflement brachial de la moelle épinière.

OBS. IV. — M. Charcot a publié dans le numéro du 3 février 1860 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE un fait trop intéressant pour que je puisse me dispenser de le rappeler ici : Un garçon de dix-huit ans, exerçant la profession de sellier, entre à l'hôpital de la Charité pour une varioloïde légère dont la guérison spontanée ne se fit pas attendre. Pendant son séjour à l'hôpital, on apprit de lui que depuis qu'il avait reçu un coup de pied de cheval sur la partie antérieure du front, il éprouvait une soif tout à fait exceptionnelle et un besoin de rendre une grande quantité d'urine. Le malade raconte qu'à la suite de cet accident il perdit connaissance, mais pendant quelques minutes seulement; depuis lors, le besoin d'uriner se fait sentir fréquemment, soit pendant le jour, soit pendant la nuit, et les urines rendues sont très abondantes. Cet état constitue depuis six ans une sorte d'infirmité d'ailleurs assez supportable, et qui ne paraît pas avoir intéressé en rien la santé générale du sujet; il est, en effet, d'une bonne constitution, vigoureux, et présente un certain embonpoint; il porte sur le front une large cicatrice linéaire formant un arc à convexité dirigée en haut et à droite, qui partant de la partie moyenne du sourcil droit, qu'elle divise, se dirige de bas en haut et de droite à gauche vers l'angle gauche du front. Le malade boit en moyenne de 6 à 7 litres de liquide par jour, et de 2 à 3 litres par nuit. La quantité des urines rendues en vingt-quatre heures égale à peu près celle des boissons ingérées. Ces urines sont limpides, transparentes, incolores, tout à fait sans odeur, et semblables à de l'eau de roche. M. Charcot s'est assuré à plusieurs reprises qu'elles ne contenaient ni sucre, ni albumine. La polydipsie et la polyurie ont complétement cessé tant qu'a duré l'affection aiguë qui avait nécessité l'admission de ce malade à l'hôpital.

Dans cette intéressante observation de M. Charcot, nous

voyons une polyurie bien constatée succéder à une simple commotion cérébrale, déterminée par un coup qui porte toute son action sur la partie antérieure du cerveau, bien loin, par conséquent, de ce point dont les lésions, suivant M. Claude Bernard, entraînent l'exagération de la sécrétion urinaire; ce n'est pas, au reste, le seul fait que nous aurons occasion de signaler, qui démontre que ce n'est pas seulement la lésion du bulbe cérébral ou du plancher du quatrième ventricule qui détermine, soit une glycosurie, soit une polyurie simple ; à ce titre, l'observation suivante, que j'emprunte à l'Union médicale du 16 février 1860, et qui a été recueillie dans le service de M. Chassaignac par M. Ficher, interne du service, mérite de trouver ici sa place.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

REVUE CLINIQUE.

Néphrite tuberculeuse aigue, par M. Colin, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Chaque année, dans nos climats, la saison froide entraîne, parmi les jeunes soldats surtout, l'apparition d'un certain nombre de cas de tuberculisation aiguë; dans mon service seulement du Val-de-Grâce, mes observations ont, depuis trois ans, été assez nombreuses pour me permettre d'établir déjà dans différentes notes combien cette forme particulière de la tuberculose a ses allures propres, comparée à la forme chronique dont elle s'éloigne. non-seulement par la rapidité de sa marche, mais par sa tendance à envahir les organes les plus divers, sans s'astreindre ni à l'ordre, ni aux limites de l'évolution classique des manifestations tuberculeuses.

Que cette tuberculisation aiguë soit spontanée ou qu'elle vienne se greffer sur une phthisie plus ou moins ancienne, on la verra débuter tantôt par les poumons, tantôt par les ganglions ou bronchiques, ou mésentériques, tantôt par les tissus sous-séreux (sous-arachnoïdien ou autres), puis s'étendre ou se limiter à telle ou telle série d'organes, ce qui donne souvent à chaque nouveau cas une physionomie qui lui est propre (1).

L'observation suivante vient consacrer cette diversité d'allures suivant les malades; elle me semble de plus très remarquable, en ce que les premiers organes envahis par les granulations ont été les reins, c'est-à-dire les organes où généralement les tubercules ne se manifestent qu'après s'être développés dans beaucoup d'autres points de l'économie.

Chez ce malade, l'affection rénale a pris une haute valeur, non-seulement comme marquant le premier pas de la généralisation tuberculeuse, mais comme ayant, jusqu'à la veille de la mort, dominé la scène par un ensemble de symptômes d'une extrême acuité, fait rare dans la tuberculisation des reins dont l'évolution est presque toujours latente et complétement secondaire (Rayer, Cruveilhier), lorsqu'il n'y a pas altération simultanée des calices, des bassinets, des uretères ou de la vessie.

Obs. — Warpot, fusilier au 45e de ligne, âgé de vingt ans, entré le 22 novembre 1862, salle 27, n° 28, service de M. Colin.

Ce malade offre tous les signes habituels d'une phthisie pulmonaire à la deuxième période : toux depuis plusieurs mois, quelques hémoptysies, et, à l'exploration physique, submatité avec craquements humides à timbre un peu métallique, limités à la fosse sus-épineuse droite.

Du reste, peu d'amaigrissement, peu d'adynamie; le malade, en convalescence à Paris, avait pu y exercer une profession assez fatigante.

Son entrée au Val-de-Grâce a pour motif une violente douleur lombaire qui la veille a éclaté brusquement, accompagnée d'un frisson intense.

Actuellement, 23 novembre, cette douleur arrache des cris au malade; il ne peut ni s'asseoir dans son lit, ni fléchir les cuisses sur le bassin, et tous les muscles postérieurs du dos sont volontairement contracturés pour maintenir la région dorso-lombaire dans la plus complète immobilité; au premier abord, on croirait à un tétanos.

Cette douleur si vive spontanément devient intolérable si l'on veut exercer la pression antéro-postérieure, conseillée pour déterminer le siége des affections rénales; il n'y a pas à penser à la percussion, si généralement inutile, du reste, quoi qu'on en ait dit en pareille matière, et, dans le cas actuel, incomparablement inférieure au moyen précédent.

Les testicules ne sont ni douloureux, ni rétractés. Le matin même il y a eu des vomissements. L'urine est examinée avec soin; elle est rare, dense, acide, colorée, offre, en un mot, tous les caractères de l'urine fébrile au plus haut degré.

La peau est chaude, le pouls à 120; complète inappétence; soif vive.

L'examen du thorax révèle les signes mentionnés plus haut.

Devant tous ces symptômes, il faut bien admettre une néphrite, et, en raison de l'état des poumons, on inscrit au diagnostic : néphrite tuberculeuse. (Ventouses scarifiées; potion opiacée.)

Le 24, persistance de la douleur, de la fièvre; grande agitation la nuit, sans délire; un peu d'orthopnée; quelques râles sibilants des deux côtés, léger ballonnement du ventre; constipation. (15 décigrammes de calomel; lavement huileux; potion opiacée.)

Le 25, délire nocturne; miction involontaire; pouls ralenti (90); persistance de la température (40°,5). (Vésicatoire aux cuisses.)

Le 26, somnolence, pupilles dilatées, réponses lentes, pouls à 58 seulement; on ne peut douter de l'invasion d'une méningite ; la respiration est haute, couverte de râles sonores et muqueux à grosses bulles; le malade répond à peine et avec indifférence à toutes les questions.

Le 27, coma, trismus.

Mort le 29 après quelques alternatives de coma et de délire.

Autopsie. — Thorax. — Adhérences cellulo-fibreuses anciennes des lobes supérieurs des deux poumons.

Le sommet droit présente trois petites masses tuberculeuses du volume d'un pois, enkystées, ramollies; il en existe une autre un peu plus grosse au sommet gauche.

Le reste du parenchyme paraîtrait sain à la vue si le doigt n'y rencontrait à chaque coupe une myriade de granulations très dures, que l'œil reconnaît alors, qui sont transparentes, d'un quart de millimètre environ de diamètre, et tellement confluentes en tout point qu'il n'y a peut-être pas, en moyenne, de l'une à l'autre 1 millimètre d'intervalle.

Rien de notable dans le péricarde, ni dans le cœur, sauf la dilatation des cavités droites par des caillots récents.

Abdomen. — Le péritoine ne présente aucune trace d'inflammation.

Absence de toute granulation tuberculeuse, soit dans l'épaisseur, soit au niveau des surfaces internes ou externes de l'intestin.

Foie normal comme consistance, volume et coloration.

La rate, légèrement hypertrophiée, présente au doigt et à l'œil des granulations absolument identiques avec celles des poumons; très petites, très nombreuses, très régulièrement disposées dans tout son parenchyme, elles s'énucléent très facilement, ce qui, au premier abord, les distingue des corpuscules de Malpighi, dont l'hypertrophie donnerait à la coupe de la rate un aspect tout à fait identique.

Voies génito-urinaires. — La vessie est distendue par une quantité considérable d'urine accumulée, sans doute, durant la période comateuse de l'affection. Cet organe, du reste, est parfaitement sain, ainsi que les uretères.

Les reins sont notablement augmentés de volume; ce développement porte sur l'ensemble des deux organes, qui ne sont nullement déformés; le gauche pèse 195 grammes, le droit 170.

Leur capsule fibreuse s'enlève facilement, et l'on découvre alors à la surface de chacun d'eux une trentaine de granulations jaunes, grosses comme des têtes d'épingle, s'énucléant facilement, et régulièrement disséminées, sans faire aucune saillie sensible soit à l'œil, soit au doigt; chose remarquable, au bord convexe de chaque rein, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, existent, en parfaite symétrie, deux plaques blanchâtres du diamètre d'une pièce de 2 francs, constituées par l'agrégation d'un grand nombre de granulations identiques avec les précédentes, mais entre lesquelles la substance de l'organe est blanchâtre, anémiée.

De nombreuses coupes sont pratiquées du hile aux divers points de la périphérie, et chacune de ces coupes fait découvrir une vingtaine de granulations disséminées dans le parenchyme, la plupart dans la substance corticale, quelques-unes cependant dans les mamelons (1 sur 10 environ); toutes ces granulations aussi sont jaunes comme celles de la surface; les plus grosses atteignent 2 millimètres et demi de diamètre, les plus petites n'ont pas moins d'un millimètre.

En multipliant d'une manière approximative le nombre de ces granulations par celui de chacune des coupes qui peut les révéler, on peut en porter le nombre à trois ou quatre cents au moins pour chaque rein.

(1) J'ai publié dans la *Gazette hebdomadaire* (8 février 1861), dans la *Gazette des hôpitaux* (17 mai 1862), dans le *Recueil des mémoires de médecine militaire* (tome V, 8e série), plusieurs observations à l'appui de cette thèse.

Rien absolument ni à la surface, ni dans l'épaisseur, ni au-dessous de la muqueuse du bassinet et des calices.

Testicules sains, ainsi que les canaux déférents, les vésicules et la prostate.

Crâne. — Distension considérable des ventricules par un liquide citrin; léger ramollissement de la voûte.

Exsudation fibrino-séreuse, homogène, sans aucune granulation, au-dessous de l'arachnoïde de la base, entre les pédoncules cérébraux et le chiasma; quelques traînées de cette même exsudation, sans aucune granulation non plus, le long des veines de Sylvius; à la face supérieure du cervelet, l'exsudat est plus consistant, jaunâtre, sans renfermer de globules purulents, et forme une languette longue de 2 centimètres, large de 5 millimètres le long des veines cérébelleuses supérieures.

Le cervelet, la protubérance, la moelle et leurs méninges sont parfaitement sains.

En résumé, deux grandes périodes dans cette affection : 1° Phthisie pulmonaire chronique, assez étroitement limitée aux deux sommets; 2° poussée tuberculeuse aiguë, débutant par les reins, envahissant en quelques jours les poumons, la rate, tuant par la méningite qui a fermé la scène. En effet, l'autopsie (cavernes des sommets), comme la clinique (craquements humides) a suffisamment établi l'existence de la première période.

Quant à la deuxième, le volume des granulations rénales, dix fois plus grosses que celles du poumon et de la rate, prouvait anatomiquement leur antériorité sur celles-ci, et, en effet, la bronchite généralisée n'était survenue qu'après les symptômes de néphrite. De même, la méningite qui ne s'était manifestée que durant les trois derniers jours n'offrait encore pas de granulations, mais la simple exsudation fibrineuse qui ne doit en rien lui faire refuser le titre de *méningite tuberculeuse*; ici, comme dans le péricarde, j'ai vu plusieurs fois la tuberculisation généralisée ne pas produire d'autres lésions anatomiques quand l'affection a été fort rapide.

Ce sont donc les reins qui, les premiers, ont été envahis par les granulations, fait non-seulement remarquable, mais qui pouvait faire hésiter le diagnostic, en raison des symptômes si insolites et si graves qui ont signalé leur atteinte. Il est évident que la constatation de l'altération chronique des poumons devait être d'un grand poids dans la détermination du diagnostic : tuberculisation rénale; mais l'intensité de l'appareil fébrile, de la douleur, les qualités de l'urine purement inflammatoire pouvaient de leur côté, et suivant les observations connues, ramener l'esprit à l'idée d'une néphrite aiguë à forme maligne se terminant, comme l'a indiqué M. Rayer, par de graves accidents cérébraux (délire, coma, convulsions).

Il est remarquable aussi qu'aucun autre point des voies urinaires n'ait été envahi par la tuberculisation, malgré leur solidarité habituelle avec les reins, dans les diverses manifestations pathologiques de ces derniers organes.

J'ajouterai que deux autres sujets sont actuellement dans mes salles (salle 27, n^os 11 et 27) en cours de tuberculisation aiguë, offrant tous deux l'appareil fébrile intense de cette forme de la phthisie, tous deux l'éruption de sudamina qui lui est aussi propre qu'à la fièvre typhoïde dont elle se rapproche tant par ses autres symptômes (1).

Nouvelle preuve de ce que j'ai avancé déjà sur la tendance de la tuberculisation aiguë à se manifester en même temps, comme une véritable petite épidémie, sur un certain nombre de sujets.

(1) Et, en effet, ces deux malades succombaient à cette même affection quelques jours après la remise de ce travail.

IV

CORRESPONDANCE.

Médecine comparée.

DU GOÎTRE CHEZ LES ANIMAUX DOMESTIQUES.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

J'ai été fort surpris en lisant la note de M. A. Rey, contenue dans votre numéro du 26 décembre, et contredisant formellement les observations de M. Baillarger : me trouvant sur les lieux où les premières recherches sur le goître des animaux ont été commencées par ce dernier, il m'a été facile de revoir quelques-uns des mulets dont il est parlé dans l'article contredit, et de poursuivre sur d'autres ces mêmes recherches. Le résultat obtenu est que ces mulets sont bien goîtreux, que ce sont bien les glandes thyroïdes et non les parotides qui sont hypertrophiées. Craignant une erreur de ma part, comme celle dont on accuse M. Baillarger, j'ai dû prier un vétérinaire de vouloir bien m'accompagner et, comme moi, il a pu constater ce qui suit :

Sur vingt mulets que j'ai visités dans différentes communes du canton d'Aiguebelle, six étaient atteints de goître, le plus gros égalait un œuf de dinde. Ces mulets n'étaient jamais incommodés par cette hypertrophie, un seul respirait très fortement quand il mangeait l'avoine. Le goître chez eux ne comprimait nullement la trachée; la peau du cou était très lâche et les glandes n'étaient jamais adhérentes.

D'après M. Rey, la plupart des mulets dont on se sert en Savoie viendraient du Poitou et de l'Auvergne : en cela M. Rey se trompe encore complétement, et je puis affirmer qu'en Maurienne où la plus grande partie des observations de M. Baillarger a été faite, il n'y a pas un seul mulet originaire de l'Auvergne ou du Poitou; tous proviennent de la Tarentaise et du Faucigny.

Les propriétaires de ces mulets savent bien qu'ils sont atteints de goître, mais ils connaissent aussi l'innocuité de cette affection, qui ne les déprécie en rien, soit pour la vente, soit pour le travail.

Je crois que les chiens sont aussi fréquemment atteints de goître que les mulets; on ne prend garde aux chiens goîtreux que lorsque le volume de la tumeur est assez apparent pour qu'on se dispense de la constater par le toucher; mais si l'on se donnait la peine de la rechercher, on serait étonné de sa fréquence. Chez eux l'hypertrophie du corps thyroïde atteint quelquefois un développement considérable, ce qui n'arrive jamais chez le mulet.

J'ai en ce moment sous les yeux un chien de garde âgé de huit mois, portant un goître bilobé, dont chaque lobe est de la grosseur du poing d'un adulte. Les gens de la campagne disent que ces chiens meurent très jeunes; je ne sais trop en cela s'ils ont raison, car j'ai vu plusieurs vieux chiens goîtreux depuis les premiers mois de leur existence.

Chez les animaux, le mulet en particulier, le goître n'est le plus souvent qu'une simple hypertrophie du corps thyroïde; c'est la glande qui a augmenté de volume sans changer de forme; mais quelquefois chez le chien, et presque toujours chez l'homme, on ne parvient pas à retrouver dans le goître la forme du corps thyroïde; ce dernier a disparu, s'est transformé, ou a dégénéré en une autre tumeur qui n'a plus aucun rapport de forme ni même de nature avec la glande thyroïde.

Un des seuls cas que j'aie rencontrés, est celui d'un enfant mort-né, chez lequel le corps thyroïde avait son volume doublé, sans changement de forme ni de nature : cette pièce anatomique est entre les mains de M. Tillaux, prosecteur à l'École pratique.

Quant à l'existence de cette affection dans la race chevaline,

je n'ai visité que les cinq chevaux de la gendarmerie d'Aiguebelle; chez un seul le corps thyroïde était de moitié plus gros qu'à l'état normal.

Agréez, etc. F. ÉMERY.

VOLUME NORMAL DE LA GLANDE THYROÏDE CHEZ LE CHEVAL.

Nous avons pu nous procurer le rapport de M. Armand Rey, approuvé par M. Palat, vétérinaire en premier au 4e régiment d'artillerie, rapport qui a servi de base à la lettre de M. Baillarger, insérée dans notre dernier numéro. Nous extrayons de ce rapport un passage relatif au volume normal de la glande thyroïde chez le cheval, et qui fournit ainsi un terme de comparaison pour l'appréciation de l'hypertrophie de la même glande. A. D.

Il nous importait de déterminer d'abord, aussi exactement que possible, quel est le volume normal du corps thyroïde chez le mulet. Nous n'avions malheureusement à notre disposition, pour nous servir de terme de comparaison, que des chevaux; il restera donc à savoir si chez le mulet la glande affecte une disposition ou un volume différents.

Quoi qu'il en soit, soixante et dix chevaux des officiers du 4e d'artillerie ont été attentivement examinés. Sur cinquante de ces chevaux les glandes thyroïdes sont latéralement accolées au larynx, elles y adhèrent intimement, et ne présentent d'autre saillie qu'un léger renflement sur lequel la main, promenée le long de la trachée et de bas en haut, passe sans être arrêtée. Dans ces cinquante cas les glandes thyroïdes semblent faire partie intégrante du larynx; sur les vingt autres chevaux elles sont plus ou moins mobiles, roulent en général sous les doigts, et offrent, quant au volume, les différences suivantes : sur deux chevaux elles atteignent la grosseur d'un œuf de pigeon; sur six elles sont comme des noix, et sur douze elles sont comme des châtaignes.

Pour compléter cette première expérience, un cheval de la localité, envoyé à l'équarrissage pour une boiterie incurable, mais parfaitement sain d'ailleurs, est abattu. Cet animal, préalablement examiné, est âgé de quinze ans; les glandes thyroïdes sont trouvées mobiles et de la grosseur d'une belle noix. (Dans l'opinion de M. Palat il y aurait une légère hypertrophie dans ce cas.)

A l'autopsie ces glandes sont isolées et ne présentent pas le prolongement correspondant à l'isthme des glandes thyroïdes chez l'homme. Leur couleur, leur consistance, leur structure sont normales. Elles s'étendent du cartilage cricoïde au premier anneau de la trachée qu'elles recouvrent presque en entier. Leur forme est celle d'une châtaigne aplatie dont le plus grand diamètre est parallèle à l'axe de la cavité du larynx. Elles sont logées pour ainsi dire dans une espèce d'excavation formée en haut, en avant et en arrière par les saillies du cartilage thyroïde, des muscles du larynx et du cou. Du tissu cellulaire ou plutôt de la graisse les entoure de toutes parts.

Cette disposition empêche d'en apprécier exactement le relief quand elles ne sont pas hypertrophiées.

Les deux glandes ne sont pas tout à fait aussi grosses l'une que l'autre. La plus volumineuse est la gauche, dont voici les dimensions :

Hauteur.	0,045 millim.
Largeur.	0,030 —
Épaisseur.	0,018 —
Son poids est de	11gr,75

La glande droite a 0,045 millim. de hauteur, 0,025 millim. de largeur, 0,016 millim. d'épaisseur; son poids est de 11gr,27.

Nous avons conclu de ces expériences préalables :

1° Qu'à l'état normal les glandes thyroïdes du cheval sont le plus souvent adhérentes, immobiles, et semblent faire partie du larynx. Le renflement qu'elles forment à l'extérieur correspond à peine aux dimensions d'une châtaigne très aplatie.

2° Que l'hypertrophie de ces glandes commence à se manifester par une certaine mobilité, ainsi que le prouve l'autopsie des glandes thyroïdes d'un cheval de quinze ans.

3° Que la diminution des glandes avec l'âge n'est pas un fait constant, puisque chez le cheval abattu dont il vient d'être question, elles étaient relativement volumineuses, et qu'ainsi que vous le verrez, c'est précisément sur de jeunes mulets que nous les avons trouvées les plus petites à Allevard.

V

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 JANVIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

M. *Morin* est élu, à la majorité des suffrages, vice-président pour l'année 1863.

M. *Ch. Saurel* adresse de l'Isle (département de Vaucluse) une note sur les modifications qu'éprouvent, durant le sommeil, la respiration et la calorification, sur les causes de ces changements et sur leurs conséquences.

Cette note est renvoyée, ainsi qu'une note de M. *J. Delbruck* présentée à la séance du 15 décembre, et également relative à la respiration durant le sommeil, à l'examen d'une commission composée de MM. Payen et Longet.

M. *Fock* envoie de Fribourg de nouvelles pièces, texte et dessins, faisant suite à ses précédentes communications sur les proportions du corps humain. (*Comm.* : MM. Serres, Flourens, de Quatrefages.)

EMBRYOGÉNIE. — *Note sur la cause des déplacements apparents de l'allantoïde dans l'œuf de poule*, par M. *C. Dareste*. — Dans les premiers temps de l'incubation, le jaune, qui est plus léger que l'albumine, vient toujours se placer à la partie la plus élevée de l'intérieur de l'œuf, et la cicatricule, qui est plus légère que le reste du jaune, vient toujours se placer à la partie supérieure du jaune. Il en résulte que, dans l'incubation horizontale, qui est l'incubation naturelle, la cicatricule, qui occupe toujours la partie culminante de l'intérieur de l'œuf, occupe une position intermédiaire entre le gros bout et la pointe, mais un peu plus rapprochée cependant du gros bout que de la pointe. Ces faits ont été parfaitement démontrés en 1674 par un anatomiste fort peu connu d'ailleurs, qui s'appelait Langly, et qui combattait l'opinion de tous ceux qui jusqu'alors s'étaient occupés d'embryogénie, parmi lesquels on comptait Harvey.

Lorsque l'embryon se forme sur la cicatricule, il est, ainsi que M. de Baer l'a indiqué, disposé le plus ordinairement de telle sorte que l'axe du corps, représenté par la colonne vertébrale, est parallèle au petit axe de l'œuf, et, par conséquent, perpendiculaire à son grand axe. Il est d'ailleurs, au début de l'incubation, couché à plat sur le jaune, et dans une situation telle, que son côté gauche est tourné vers le gros bout de l'œuf, siége de la chambre à air, et que son côté droit est, au contraire, tourné vers le petit bout ou la pointe de l'œuf. Plus tard, du troisième au quatrième jour, l'embryon se retourne et se couche sur le jaune, de manière à être en rapport avec le vitellus par le côté gauche de son corps. Dans cette position, l'embryon présente le dos au gros bout, et, par conséquent, à la chambre à air, et le ventre à la pointe de l'œuf.

Chez des embryons ainsi placés, et c'est le cas le plus général, l'allantoïde qui sort par l'ouverture ombilicale, au côté droit de l'embryon, s'élève peu à peu, et se dirige vers le point culminant de la coquille en se plaçant dans un espace libre formé supérieurement par l'enveloppe séreuse, inférieurement par le feuillet vasculaire, et à gauche par l'amnios. Puis, lorsqu'elle s'est mise en contact avec la coquille, elle s'étale latéralement au-dessous d'elle, à droite et à gauche, pour atteindre les deux extrémités de l'œuf. Mais, comme son point de départ est généralement plus près du gros bout que du petit bout, et que, d'autre part, le gros bout est occupé par la chambre à air, dont la capacité augmente pendant toute la durée de l'incubation, elle semble se diriger d'abord du côté de la chambre à air.

Or, s'il arrive que l'amnios ait conservé une partie de ses connexions primitives avec l'enveloppe séreuse aux dépens de laquelle il s'est formé; en d'autres termes si le pédicule amniotique persiste, il y aura là, entre l'amnios et l'enveloppe

séreuse, une barrière que l'allantoïde ne pourra pas franchir. Elle se développera donc simplement en gagnant la pointe de l'œuf, et ne pourra se diriger vers la chambre à air. Il y aura donc un déplacement apparent, et c'est ce déplacement apparent que j'avais pris, au début de mes études, pour un déplacement réel, produit par l'application d'un vernis sur le gros bout de l'œuf, et, par conséquent, sur la chambre à air.

PHYSIOLOGIE. — *Sur les modérateurs des mouvements réflexes dans le cerveau de la grenouille*, par M. *Setchenow*. — L'auteur expose le résultat de ses expériences dans les termes suivants : 1° L'effet de l'irritation portée sur la coupe des hémisphères est inconstant : le plus souvent on observe une dépression insignifiante de l'action réflexe. 2° L'irritation chimique dans l'espace rhomboïdal donne une dépression de l'action réflexe aussi forte que celle produite par la section du cerveau dans le même endroit. 3° La dépression de l'action réflexe, par suite de l'irritation du cerveau derrière les lobes optiques, est moins notable que dans le cas précédent, mais plus forte que dans le premier. 4° L'effet de l'irritation chimique au-dessous du quatrième ventricule est absolument nul. Tous ces changements de l'action réflexe se dissipent graduellement si l'agent irritant est éloigné, et se reproduisent facilement quand il est de nouveau appliqué au cerveau.

PHYSIOLOGIE. — *Note sur les nerfs moteurs de la vessie*, par M. *J. Giannuzzi*. — De quelques expériences faites sur des chiens il résulte : 1° Quand on galvanise les nerfs formés ordinairement par les troisième, quatrième et cinquième paires sacrées, et qui entrent directement dans la constitution du plexus hypogastrique, qui, à son tour, donne les nerfs à la vessie, on obtient des contractions qui ont lieu au bas-fond de cet organe, et d'une manière plus marquée du côté des nerfs excités. 2° Les mêmes résultats s'obtiennent par l'excitation des filets du grand sympathique qui viennent des ganglions mésentériques, et qui se rendent aussi au plexus hypogastrique.

Si l'on cherche à déterminer dans la moelle épinière les points qui donnent origine aux nerfs moteurs de la vessie, on trouve : 1° qu'en irritant toute la région lombaire de la moelle épinière on produit sur quelques animaux des contractions dans la vessie; 2° que, dans tous les cas, dans cette région il y a deux points principaux qui président aux contractions de la vessie : l'un situé en correspondance de la troisième vertèbre lombaire, l'autre en correspondance de la cinquième.

Enfin, si l'on veut savoir par quels nerfs les points précédents de la moelle transmettent leur action, on trouve : 1° que le point correspondant à la troisième vertèbre lombaire transmet ses effets par les filets qui passent préalablement par les ganglions mésentériques avant d'aller constituer le plexus hypogastrique ; de sorte que, quand on coupe ces filets, les irritations portées en correspondance de la troisième vertèbre ne donnent plus lieu aux contractions de la vessie; 2° que le point de la moelle placé au niveau de la cinquième vertèbre lombaire transmet son action par des filets sacrés qui viennent directement former le plexus hypogastrique.

PHYSIOLOGIE. — *Recherches sur la réunion bout à bout des fibres nerveuses sensitives avec les fibres nerveuses motrices*, par MM. *J. M. Philipeaux* et *A. Vulpian*. — Les auteurs, après avoir exposé le détail de leurs expériences, tirent les conclusions suivantes :

1° Les fibres nerveuses sensitives peuvent s'unir intimement bout à bout aux fibres nerveuses motrices, et leur transmettre l'influence régénératrice du centre nerveux. 2° Lorsque la réunion bout à bout des fibres nerveuses sensitives aux parties périphériques des fibres motrices est complète, l'excitation des fibres sensitives se transmet aux fibres motrices, et, par l'intermédiaire de celles-ci, détermine la contraction musculaire.

Il est probable que, de même, l'excitation des fibres motrices périphériques réunies intimement bout à bout aux fibres sensitives centrales se transmettrait à celles-ci et produira de la douleur.

3° Ces expériences portent à penser que, dans l'état normal, l'excitation produite sur un point quelconque du trajet d'un nerf sensitif se propage au même instant dans les deux sens, centripète et centrifuge, et qu'il en est probablement de même des excitations d'un point quelconque d'un nerf moteur.

M. *Desmartis* prie l'Académie de vouloir bien hâter le travail de la commission chargée de l'examen de sa note sur l'emploi de l'*extrait de campêche* comme désinfectant des plaies gangréneuses. Il ajoute que, d'après les renseignements récemment reçus du Mexique, ce médicament a été employé avec succès sur plusieurs de nos blessés. Dans certains cas il a fallu, pour ne pas exciter de douleurs par l'application du topique, en atténuer l'effet en augmentant la proportion d'axonge, ce qui a pu se faire sans diminuer sensiblement l'effet désinfectant. (*Comm. :* MM. Payen, Velpeau.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 JANVIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Bouchut*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale. — *b*. Une lettre de M. *Robert Barnes*, professeur d'accouchements à l'hôpital Saint-Thomas (de Londres), qui réclame sur M. Tarnier la priorité pour le procédé d'accouchement artificiel à l'aide d'un dilatateur utérin. (*Commission nommée.*)

M. *Cloquet* offre en hommage, au nom de M. le docteur *Grimaud* (de Caux), un ouvrage *sur les eaux potables*.

Lecture.

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *Gobley*, au nom de la commission des eaux minérales, lit trois rapports officiels, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Discussion sur les eaux potables.

M. *Jolly* termine la lecture de son mémoire, et le résume dans les termes suivants :

1° Les eaux des rivières, comme toutes celles qui ont reçu le bienfait de l'aération et qui se sont dépouillées de leur excès de principes calcaires et de matières organiques, sont incomparablement préférables à la plupart des eaux de sources pour l'alimentation et les usages domestiques.

2° Les eaux souterraines sont généralement et presque nécessairement incomplètes ou défectueuses par le seul fait de leur défaut d'aération ; et quand, à défaut d'eau de rivière, il y a nécessité d'alimenter une ville d'eaux de sources, il devient indispensable, comme l'a si judicieusement fait sentir la commission, de les conduire de leur émergence aux réservoirs de distribution, dans des aqueducs larges et bien aérés, qui leur permettent, autant que possible, de rentrer dans les conditions physiques, chimiques et hygiéniques des eaux potables.

3° La température et la limpidité, que l'on a pu rechercher dans les eaux de source, ne sont pourtant pas des conditions absolues, essentielles d'hygiène, mais des qualités purement relatives, qui peuvent facilement s'acquérir au besoin, mais qui ne peuvent par elles seules justifier la préférence que l'on prétendrait donner aux eaux de source dans l'alimentation.

4° Je n'ai pas besoin d'ajouter que je m'associe pleinement à la commission pour voter des remercîments et des encouragements à l'auteur de l'important mémoire qui est le sujet de la discussion actuelle.

M. *J. Cloquet*, à propos de la question du filtrage en grand, déclare qu'il n'existe, à son sens, rien de plus parfait que le système des galeries filtrantes de sable, tel qu'il a été exécuté à Toulouse par l'ingénieur D'Aubuisson. L'orateur donne la description de ces galeries bien connues, et estime qu'il serait

à désirer qu'on appliquât un procédé semblable de filtrage dans toutes les villes où la nature du sol en permet la réalisation.

M. *Robinet*. Ne craignez pas, messieurs, que je vienne soulever à cette tribune des questions administratives. J'ai fait partie, il est vrai, de la commission des eaux de la Dhuis, et même j'en ai été le rapporteur; mais je ne me souviendrai de cet insigne honneur que pour en faire remonter la source jusqu'à vous, qui m'aviez, en quelque sorte, signalé à la confiance de l'administration en m'appelant par vos suffrages au fauteuil de la présidence; je veux seulement exposer devant l'Académie le fruit des études et des travaux que j'ai dû entreprendre pour répondre dignement à mon mandat. J'écarterai donc avec soin les questions de personnes; je ne répondrai pas directement à M. Jolly; je me contenterai d'envisager le problème des eaux potables dans sa généralité, en mettant à profit les faits nombreux qu'il m'a été donné d'observer depuis quelques années.

Et d'abord la grande question, la question qui prime et qui domine toutes les autres : les eaux de sources sont-elles meilleures que les eaux de rivières? Faut-il préférer celles-ci à celles-là? Voici ma réponse :

Il fallait pour Paris de l'eau bonne à boire. Qu'y avait-il de plus simple que d'en chercher dans des sources et de l'amener dans nos murs par des canaux qui la missent à l'abri de toute altération?

Il fallait que cette eau pût arriver dans tous ou dans presque tous les étages de nos maisons. Qu'y avait-il de plus simple que de chercher *des sources élevées par elles-mêmes à la hauteur convenable* et de les conduire sur les éminences qui environnent Paris, en leur faisant suivre la chaîne de collines si heureusement disposée pour recevoir les aqueducs?

Quand un village a besoin d'eau, on y fait venir la source la plus voisine avec quelques pauvres tuyaux de grès, et les bonnes gens boivent cette eau claire et fraîche, sans préfet, sans ingénieurs, sans commission d'enquête, sans chimistes et surtout sans prétendus hygiénistes de mauvais augure; et ils n'ont ni goîtres, ni caries, ni cancers, ni scrofules.

Je passe maintenant à quelques questions de détail que je résoudrai encore d'une manière sommaire.

Quelle est l'importance de l'aération de l'eau? Est-il nécessaire que l'eau soit aérée? M. Bouchardat n'attache qu'une médiocre importance à l'aération des eaux. Dès 1841, à l'occasion des puits artésiens, j'avais émis la même opinion. Les enfants à la mamelle ne boivent que du lait, qui n'est pas aéré; il existe bon nombre de personnes qui ne boivent jamais d'eau, qui ne boivent que du vin; il y a beaucoup de gens qui ne boivent que de l'eau de puits; les neuf dixièmes des habitants de la France boivent de l'eau de puits; ce sont là des eaux souterraines, dépourvues d'air : à Épernay, en Champagne, presque tout le monde boit de l'eau de puits, une eau peu ou point aérée et chargée d'acide carbonique. Les buveurs d'eau de puits artésiens boivent une eau nullement aérée; à l'hôpital Necker on boit, sans trop s'en plaindre, de l'eau du puits artésien de Grenelle. A Saint-Denis, on ne boit guère que de l'eau de puits artésiens; on ne s'en porte pas plus mal. On peut donc boire sans inconvénients les eaux non aérées des puits artésiens. Les animaux qui s'abreuvent dans les mares boivent de l'eau sans air. Il y a deux ans, j'ai bu pendant une dizaine de jours de l'eau distillée, sans air, et seulement additionnée d'acide carbonique. Depuis quarante jours, je me suis remis à ce régime, et je ne m'en porte que mieux; l'Académie peut en juger.

Maintenant quelle est l'importance des sels en dissolution dans les eaux potables? MM. Boudet et Boutron ont imaginé un appareil ingénieux, l'hydrotimètre, pour doser d'une manière sûre et prompte les sels dissous dans l'eau. J'ai fait de nombreuses expertises avec cet instrument depuis deux ans surtout, et j'ai pu constater que beaucoup d'eaux qui passaient pour excellentes à la boisson et aux usages hygiéniques, étaient médiocres et de mauvaise qualité à l'observation hydrotimétrique. La ville d'Épernay boit des eaux qui marquent plus de 40 degrés à l'hydrotimètre; il n'y a pas un goîtreux à Épernay; à Fontainebleau, l'eau potable marque de 50 à 65 degrés hydrotimétriques, et pourtant les habitants de Fontainebleau et des environs se portent à merveille. A Marseille, on boit des eaux qui varient de 54 à 168 degrés hydrotimétriques; cette dernière eau passe pour excellente; on la boit abondamment à Marseille. De même, à Saint-Denis, près de Paris, on boit de l'eau marquant plus de 40 degrés hydrotimétriques.

Que faut-il conclure de ces faits, sinon qu'on a singulièrement exagéré la funeste influence des sels calcaires sur la santé? A mes yeux, ces sels n'offrent aucun danger.

Il y a des goîtreux en Auvergne, et en assez bon nombre, notamment dans le Puy-de-Dôme et dans l'Ardèche; eh bien! on y boit des eaux qui marquent de 1 à 2 degrés hydrotimétriques. Les eaux du Morvan marquent de 1 à 2 degrés; les eaux de Brest, les eaux de la marine, marquent de 3 à 5 degrés; les eaux de Clermont marquent de 5 à 7 degrés. Croit-on que ces eaux en soient plus mauvaises, plus funestes à ceux qui les boivent? Nullement. Les populations des pays que je viens de nommer sont saines et bien portantes. Ce nouvel ordre de faits prouve donc que la présence des sels dans les eaux n'est pas indispensable, comme on l'avait admis et déclaré jusqu'à présent.

Je passe sur les opinions de M. Boussingault et de M. Chatin relatives à l'étiologie du goître. J'arrive à la doctrine de M. Bouchardat sur l'influence des matières organiques végétales sur la production du goître. J'engage M. Bouchardat à étudier l'eau de l'Ourcq, qui est consommée par la majeure partie de la population parisienne. On ne peut pas la conserver quelques jours sans qu'elle se recouvre de productions végétales très abondantes, et pourtant je ne sache pas que la population parisienne soit désolée par le goître.

Y a-t-il tant de gens qui boivent de l'eau, de l'eau pure, dans le monde? Presque tout le monde ajoute à l'eau de la bière, du vin, du cidre, de la poirée, je ne sais quoi encore. J'ai fait une enquête à ce sujet; j'ai reçu vingt et une réponses de divers départements. Dans quatre départements, on boit généralement de l'eau; dans trois départements, on boit de l'eau, quand on ne peut pas boire autre chose; dans quatorze autres, on ne boit pas d'eau, on a horreur de l'eau, on boit du vin, du cidre, de la poirée, etc. Je tiens ces documents de gens sérieux et dignes de foi, presque tous membres de la Société impériale et centrale d'agriculture.

Je me contente de ces indications sommaires, devant présenter bientôt à l'Académie un mémoire où ces questions seront étudiées et résolues d'une manière aussi complète que possible.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 16 JANVIER 1863.

Continuation de la discussion sur la phthisie galopante.

M. *Blachez*. Rapport de présentation de M. le docteur Péters.

Scrutin d'élection.

Société de chirurgie.

SÉANCES DES 17 ET 24 DÉCEMBRE 1863.

GANGRÈNE TRAUMATIQUE DU BRAS. — HYDROMA TRIPLE DU GENOU. — DANGERS DU TAXIS FORCÉ.

M. Dolbeau a communiqué une observation de gangrène traumatique survenue chez un cultivateur dont le bras avait été pris dans le rayon d'une roue en mouvement.

Le malade ne paraissait avoir, après cet accident, qu'une contusion violente de l'épaule, et une fracture avec plaie contuse, de la première phalange du médius. Il se plaignait peu : néanmoins, dès le lendemain des symptômes de gangrène se

manifestaient et la mortification fit des progrès si rapides, que le quatrième jour après la blessure, on fut obligé de désarticuler l'épaule. La main, l'avant-bras et les deux tiers du bras étaient envahis par de la gangrène humide. On trouva les veines et les nerfs parfaitement sains; mais l'artère humérale, avait été rompue à 3 centimètres au-dessus de sa bifurcation. On pouvait constater sur la pièce, présentée par M. Dolbeau, que la tunique celluleuse qui avait seule résisté, était étirée, et qu'au-dessus et au-dessous des caillots passifs oblitéraient l'artère et se prolongeaient même dans l'artère cubitale. Quant à la radiale, elle était vide. La violence du traumatisme n'était pas accusée seulement par la lésion artérielle, elle l'était encore par une petite déchirure du ligament antérieur de l'articulation du coude. Cette déchirure ne peut s'expliquer, ainsi que l'a fait remarquer M. Huguier, que par une luxation en arrière qui se serait réduite d'elle-même au moment de l'accident.

— *M. Foucher* a présenté un malade affecté de tumeurs considérables du genou, ou plutôt d'une tumeur à trois lobes séparés par des scissures profondes. Elles sont fluctuantes, et l'on sent le liquide qu'elles contiennent affluer d'une poche dans l'autre. Indépendamment du liquide elles renferment encore quelques noyaux durs et solides. La peau n'a point changé de couleur à leur surface, et elles sont si bien indolentes que le malade a pu faire récemment dix lieues à pied sans souffrir. L'origine des deux tumeurs supérieures remonte à dix ans, la tumeur inférieure, plus petite, n'est apparue que depuis six semaines.

M. Foucher pense comme tous ses collègues et comme le médecin M. Leroy (de Villiers), qui lui a confié ce malade, qu'il ne s'agit ici que d'un hygroma d'une forme et d'un volume exceptionnels. Des ponctions suivies d'une compression méthodique ou d'injections iodées ont été le seul traitement proposé.

— Dans la séance du 24 décembre, la Société de chirurgie a procédé au renouvellement de son bureau, qui se trouve ainsi composé pour l'année 1863 : président, M. Depaul; vice-président, M. Richet; secrétaire général, M. Jarjavay; secrétaires annuels, MM. Foucher et Trélat.

— *M. Richet* a fait part à ses collègues d'une observation curieuse en ce qu'elle rend des plus évidents les dangers que peut présenter le taxis forcé.

Un homme de quarante-sept ans avait, depuis vingt-quatre ans, une hernie inguinale réductible, appartenant à la variété dite bubonocèle. Habituellement cette hernie était très bien maintenue par un bandage; après un effort elle devint tout à coup irréductible. Le malade d'abord, puis deux médecins, puis M. Richet lui-même firent successivement des tentatives de réduction. Après trois quarts d'heure d'essais prolongés et aidés par les inhalations du chloroforme, M. Richet sentit tout à coup l'intestin disparaître. Le doigt introduit dans le canal inguinal le sentait parfaitement libre, la réduction paraissait obtenue. Cependant les vomissements commencèrent; les symptômes allèrent s'aggravant, et deux jours après le taxis, l'étranglement le mieux caractérisé forçait M. Richet à pratiquer une herniotomie.

L'opération était rendue possible par la réapparition d'une tumeur dans la région inguinale, tumeur qui ne s'engageait pas cependant dans l'orifice inférieur du canal.

L'intestin était gangrené : M. Richet en retrancha une anse et fit un anus contre nature; mais le malade succomba quelques heures après l'opération.

L'autopsie démontra l'existence d'un étranglement très serré produit au niveau de l'anneau inguinal supérieur et par cet anneau. Toutes les pressions exercées sur la tumeur n'avaient pu vaincre ce resserrement de l'anneau inguinal, et n'avaient réussi qu'à décoller le *fascia transversalis*. C'est grâce à ce décollement que le doigt, introduit dans le canal inguinal après la réduction apparente de la hernie, sentait ce canal entièrement libre; le doigt, en effet, repoussait dans l'abdomen l'intestin avec le *fascia transversalis*, et l'erreur était d'autant plus facile que la hernie était très petite.

M. Richet a rappelé, à propos du fait qui précède, l'histoire d'un malade qu'il a vu mourir à la suite d'un taxis forcé, l'intestin étranglé ayant été réduit en même temps que le collet du sac qui l'étranglait.

MM. Huguier, Demarquay, Verneuil et Guersant ont tous cité des revers du taxis forcé, dus, soit à la persistance de l'étranglement, la réduction ayant été faite en masse, soit à des épanchements de matières fécales après rupture de l'intestin. Un des obstacles les plus sérieux au taxis forcé, c'est l'existence des adhérences entre la hernie et ses enveloppes ou entre l'épiploon et l'intestin. Lorsqu'on songe, a dit M. Huguier, aux difficultés, parfois si grandes, qu'on éprouve à réduire l'intestin, même quand la hernie est découverte, on peut être effrayé de confier cette opération à une violence aveugle, alors que l'intestin a toutes ses enveloppes, depuis la peau jusqu'au sac herniaire.

Dr P. CHATILLON.

VI

REVUE DES JOURNAUX.

Sur une épidémie de goître observée au 8e régiment de ligne, à Clermont-Ferrand et à Riom, par M. MORELLE, médecin-major de 2e classe.

Au moment où la question des eaux potables amène à l'Académie celle de l'influence de ces eaux sur la production du goître, et où M. Robinet vient précisément de rappeler les bonnes qualités hydrotimétriques des eaux de Clermont-Ferrand, on ne consultera pas sans intérêt la note que vient de publier M. Morelle sur une épidémie de goître dans la garnison de Clermont et de Riom.

Voici d'abord les faits :

Le 27 avril 1860, un premier cas de goître se déclara dans le 1er bataillon du 8e régiment de ligne, en détachement à Riom; il y en eut 9 cas dans le courant du mois de mai; du 1er au 8 juin 6 cas. Les malades ne se plaignaient d'aucune douleur; seulement ils s'apercevaient qu'ils ne pouvaient plus boutonner la tunique vers le haut, ce qui attirait leur attention sur le gonflement dont le cou était le siége.

A cette époque, sur la proposition du médecin détaché, l'iodure de potassium fut ajouté au sel de cuisine, dans la proportion d'un gramme par kilogramme; cette mesure parut neutraliser la disposition à contracter le goître.

Juillet, août, septembre : pas de nouveaux cas. Dans les premiers jours d'octobre, 6 cas. On avait alors cessé l'usage de l'iodure potassique. En novembre, décembre, rien. Plus tard, il n'y eut plus que quelques cas isolés.

Pendant que l'affection goitreuse se répandait dans le détachement d'infanterie, elle épargnait totalement l'escadron du 1er régiment de lanciers, qui occupait, il est vrai, une caserne bien aérée, mais qui faisait usage de la même eau, fournie abondamment à toute la ville par la prise de Saint-Génais, qui est très belle et coule des montagnes.

La petite épidémie qui avait effleuré le détachement de Riom n'était que le prélude d'une épidémie plus considérable, qui se déclara quelques mois plus tard, dans la garnison de Clermont. L'auteur a entendu parler de 400 militaires affectés de goître, mais il n'a pu s'assurer du fait. On finit par ne plus envoyer à l'hôpital les malades atteints de cette affection. Chez ceux qui furent admis à l'hôpital et chez les autres, la résolution de l'engorgement goîtreux se faisait assez bien. Aucune proposition de réforme ne dut être motivée par cette cause; mais, chose remarquable, les militaires qui occupaient la belle caserne, dite du Séminaire, située sur un beau boulevard, dans la partie haute de la ville, étaient moins épargnés

que leurs camarades casernés dans les vieux bâtiments de la Chasse, ancien cloître qui n'est occupé qu'à défaut d'autre local.

A Clermont, comme à Riom, les militaires du 1er régiment de lanciers ont également joui d'une espèce d'immunité; il n'y en eut que quelques-uns qui payèrent tribut à la constitution médicale régnante, et cependant leur casernement actuel est très défectueux. Ici, l'emploi préventif de l'iodure de potassium n'a pas paru réussir comme à Riom.

Pendant que le goître se propageait parmi les militaires des garnisons de Clermont et de Riom, c'est-à-dire parmi des sujets non acclimatés, on ne signalait aucune recrudescence dans la population civile.

Depuis quelques jours, ajoute la note (publiée en décembre), 6 nouveaux cas de goître, dans la garnison de Clermont, ont motivé des entrées à l'hôpital.

—Il serait difficile de tirer de ces faits une déduction étiologique un peu claire. D'abord il faudrait savoir, à ce point de vue, quel temps de séjour avait déjà la garnison à l'époque de l'invasion du goître ; car si le séjour était déjà ancien, on ne pourrait guère accuser l'influence du climat ou des *habitudes* hygiéniques, telles que la nature des boissons ou des aliments, ce genre d'influence ne s'exerçant pas ainsi tout à coup sur un grand nombre de personnes à la fois et à la manière d'une épidémie ;—tandis que, si les hommes étaient nouvellement arrivés, on concevrait plus ou moins aisément qu'ils aient reçu, et aient reçu ensemble, l'influence des conditions, quelles qu'elles soient, qui rendent le goître commun, non-seulement à Clermont et à Riom, mais dans presque toutes les montagnes de l'Auvergne. Cette soudaineté, ce développement épidémique de la maladie accuse l'action de quelque cause accidentelle. Cette cause peut-elle être déterminée? La note répond négativement. En effet, on vient de voir qu'à Riom les lanciers, restés complétement indemnes, buvaient la même eau que les soldats de la ligne, qui ont été atteints de goître. La caserne d'infanterie est entourée, il est vrai, de hautes constructions et traversée par un cours d'eau qui donne de l'humidité au rez-de-chaussée; mais d'un autre côté, à Clermont, ce sont les militaires occupant la partie haute de la ville, dans une bonne exposition, qui sont le plus maltraités, et si là encore les lanciers sont épargnés, ce ne peut être par le bénéfice du casernement, que l'auteur déclare « très défectueux ».

Y a-t-il eu, parmi ces militaires, quelque cause particulière d'affaiblissement, d'anémie passagère, ayant favorisé l'influence générale, permanente, des conditions locales qui produisent souvent le goître chez les habitants? L'immunité dont a joui la cavalerie, ayant, dit M. Morelle, plus de bien-être que l'infanterie et buvant plus de vin, autorise cette question, mais sans offrir précisément le moyen de la résoudre. (*Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaire; décembre 1862.*)

Aura épileptica partant de l'extrémité de l'index droit, convulsions et crampes du même côté du corps, guérison, par M. Brown-Séquard.

M. Brown-Séquard, par ses beaux travaux, la plupart parus en France, a montré l'influence de l'action réflexe sur les paralysies et les convulsions. Depuis plusieurs années déjà, il a cherché à arrêter les attaques d'épilepsie, soit en s'attaquant directement à la partie qui était le point de départ de l'*aura*, soit en arrêtant la transmission des secousses convulsives au moyen d'une ligature que le malade serre promptement au moment où il perçoit la sensation qui marque le début de l'accès. M. Brown-Séquard rapporte un nouveau cas de succès, obtenu par le premier moyen sur un malade de l'hôpital spécial à la tête duquel il est placé ; mais le peu de temps qui s'est écoulé depuis la guérison, doit imposer quelques réserves sur le succès du traitement.

Obs. — Henri E..., âgé de dix-sept ans, croit avoir eu des convulsions dans son enfance, mais il n'en est pas certain. Sa mère mourut à trente-sept ans, ayant eu quelques accidents épileptiformes une année avant sa mort.

La première attaque d'épilepsie survint pendant le sommeil, il resta sans connaissance pendant trois heures. Ce nombre total des attaques est de douze. Il sait toujours quand elles commencent par des élancements et une sensation « d'épingles et d'aiguilles » dans l'extrémité de l'index de la main droite, et constamment cette partie est douloureuse au toucher. La sensation « d'épingles et d'aiguilles » remonte dans le bras et l'épaule, descend ensuite le long du corps jusqu'au pied, et la sensation se prolonge ainsi dans toute la partie droite du corps, sauf la face et la tête. Il n'eut à l'hôpital qu'une seule attaque, mais plusieurs fois il eut des crampes dans le côté droit qui n'allèrent jamais jusqu'à l'immobilité complète et furent considérées comme des attaques avortées. Une fois cependant l'une d'elles, plus forte que les autres, fut suivie de la perte momentanée de la motilité du côté droit du corps.

La flexion de la dernière phalange de l'index cause de la douleur qui s'irradie sous forme de crampes dans le bras et l'épaule. Ces crampes se montrent deux ou trois fois par semaine.

On administra au malade de l'iodure de potassium, et l'on appliqua des vésicatoires autour de l'index, et l'on fit plus tard des onctions avec l'aconitine. Les crampes furent supprimées et le malade qui n'avait eu qu'une vraie attaque d'épilepsie depuis son entrée à l'hôpital, n'eut plus aucune attaque d'aucune sorte depuis le 18 août jusqu'aujourd'hui 5 décembre. (*Med. Times and Gaz.*, janv. 1863.)

VII

BIBLIOGRAPHIE.

On Asthma : its Pathology and Treatment (*De l'asthme, sa pathologie et son traitement*), par Henri Hyde Salter, membre du Collége royal de médecine, médecin adjoint de l'hôpital de Charing-Cross, etc. 1 vol. in-8° de 372 pages. Londres, 1860, John Churchill, éditeur.

Le livre du docteur Salter est une monographie fort complète et fort intéressante d'une maladie encore mal connue dans son essence, et dont on a donné bien des théories erronées ou hypothétiques qui laissent encore des médecins dans l'incertitude et dans la confusion. Le docteur Salter a tâché de substituer quelque chose de net et de précis à ces notions vagues, et dès son entrée en matière, il aborde de front la question de doctrine. C'est l'asthme essentiel qu'il veut étudier, c'est-à-dire « cette dyspnée d'un caractère particulier, arrivant par paroxysmes ordinairement périodiques avec des intervalles de respiration paisible et normale entre les attaques. » Les cas d'asthme pur sont assez rares, parce qu'il ne peut exister longtemps sans produire des lésions permanentes des poumons et du cœur. « Mais l'asthme n'en est pas moins l'asthme parce qu'il a produit certains désordres organiques qui viennent le compliquer, et bien des cas ont été de l'asthme essentiel qui deviennent à la fin emphysème et maladie du cœurs. »

Par cette déclaration préliminaire, l'auteur se sépare immédiatement des organiciens exagérés qui ont fait de la lésion la cause unique des accès, et il arbore franchement la bannière opposée. Aussi, après avoir tracé en quelques lignes un tableau saisissant de l'accès d'asthme et de l'existence précaire du malheureux asthmatique, il passe immédiatement en revue les différentes théories qui ont été données de cette cruelle maladie, et cherche si elles répondent encore à l'état de nos connaissances physiologiques et pathologiques, et si elles peuvent rendre un compte suffisant de ses phénomènes et de son évolution.

Il écarte d'abord l'asthme avec *respiration puérile*, une des deux variétés admises par Laennec, et qui répond à l'asthme nerveux de Copland ou à l'*asthme hémique* de Walshe, dans lesquels il y aurait augmentation de la puissance respiratoire, à peu près comme dans le manque de respiration qui se produit à la suite d'un effort violent, d'une course précipitée. C'est là de la dyspnée, mais ce n'est pas de l'asthme, et il faut se garder de confondre ce dernier, si bien caractérisé par l'anxiété,

le sifflement inspiratoire et l'intermittence dans les accès, avec toutes les dyspnées, de la bronchite, de l'emphysème, des affections cardiaques.

Il examine ensuite l'ancienne théorie de Bree, qui voit dans l'asthme un effort de la nature ayant pour but d'expulser une matière peccante et irritante contenue dans les tubes bronchiques; il montre qu'en réalité cet effort d'expulsion n'existe pas dans l'accès d'asthme, et qu'au contraire le pouvoir expulsif est très diminué; l'auscultation montre que le murmure vésiculaire ne s'entend plus, et l'air pénètre si faiblement que le malade ne peut se moucher pendant l'accès. La toux, dont le secours serait si efficace pour expulser les matières irritantes, manque également dans la majorité des cas. Bree a pris l'effet pour la cause, les mucosités n'existent pas dans les bronches pendant la première partie de l'accès, et ne se produisent qu'à la fin sous l'empire de la congestion bronchique produite par la dyspnée; leur expulsion ne peut se faire que quand le spasme bronchique est déjà très diminué, et que l'air rentre avec assez d'abondance dans le poumon pour rendre la toux et l'expectoration possibles.

Ce sont des arguments analogues que l'auteur oppose à la théorie de la bronchite à râles vibrants de M. Beau, objections que nous trouvons formulées dans la clinique de l'Hôtel-Dieu de M. Trousseau.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans la critique qu'il fait des autres théories de l'asthme, théorie humorale, théorie de l'emphysème, théorie de l'empoisonnement des centres nerveux respiratoires, théorie de la paralysie des bronches; nous préférons passer à l'exposé de ses idées.

Pour le docteur Salter, l'asthme est essentiellement une maladie nerveuse; ses phénomènes dépendent immédiatement d'une contraction spasmodique du muscle organique des bronches. La nature nerveuse de l'asthme lui paraît établie, d'abord par les circonstances étiologiques, une émotion morale, une frayeur vive, un excès vénérien, un exercice violent, une mauvaise digestion (par l'intermédiaire de l'excitation du pneumogastrique), toutes causes semblables à celles des maladies nerveuses les mieux reconnues; puis, par l'action des agents thérapeutiques, antispasmodiques, sédatifs, dépressifs du système nerveux, comme le tabac, la stramoine, l'antimoine, le chloroforme, ce dernier surtout dont l'action héroïque fait cesser l'accès d'asthme en quelques aspirations; et en dehors des médicaments par l'influence d'autres circonstances telles que les émotions morales, qui peuvent arrêter l'accès comme elles peuvent le déterminer, et qui agissent par une sorte de révulsion nerveuse.

Il invoque ensuite la *périodicité* de l'asthme, périodicité qui ne peut s'expliquer ni par la succession du jour à la nuit, ni par la répétition de la cause excitante, mais qui est intrinsèque comme la périodicité des névroses, et masquée comme dans ces maladies par des intervalles longs, sans règle précise, mais en général constants chez le même individu et particuliers à chaque cas.

Les symptômes précurseurs ou concomitants de l'accès, la diurèse limpide, la névralgie, la céphalalgie frontale, l'indolence et la langueur, ou au contraire l'animation insolite, qui annoncent l'accès, rappellent aussi ce qui se passe dans les différentes névroses comme l'hystérie et l'épilepsie; l'absence de toute lésion organique *post mortem*, quand la maladie n'a pas eu une longue durée, et que la mort est survenue par une cause accidentelle; enfin le siége des phénomènes de l'accès dans l'appareil musculaire, appareil qui présente les premières manifestations dans toutes les grandes névroses : épilepsie, tétanos, chorée, etc., toutes ces circonstances militent en faveur de son opinion.

Pour prouver que les phénomènes de l'asthme, l'anxiété respiratoire, le besoin d'air, dépendent d'un spasme du muscle bronchique, l'auteur se demande d'abord quelle autre affection pourrait produire cette dyspepsie subite, intense, menaçante qui cesse et fait place à la santé, si soudainement et même sans expectoration? Serait-ce une maladie du cœur, la bronchite, l'emphysème? La maladie du cœur manque dans les cas d'asthme non compliqué, et ne peut être invoquée. La muqueuse pulmonaire ne pourrait voir se développer et se résoudre aussi vite une inflammation assez intense pour produire une telle dyspnée, il n'y a pas de signes généraux d'inflammation, il n'y a pas d'expectoration ni de crépitation (râles) proportionnée au trouble fonctionnel. Le patient n'est pas positivement malade, il est suffoquant, et cet état n'a ni suite, ni convalescence. L'emphysème n'existe pas, et l'on entend la respiration avant et après l'attaque, preuve de l'intégrité du poumon. De plus, la dyspnée a un caractère particulier et ne ressemble pas à celle des trois maladies ci-dessus; elle n'est pas palpitante et pénible comme elle l'est dans les maladies du cœur; elle n'augmente pas par les efforts ou la position déclive pour se dissiper par le repos ou par le redressement du tronc; elle n'est pas non plus courte, crépitante et accompagnée de toux comme dans la bronchite; enfin la dyspnée de l'emphysème pur s'en distingue par sa permanence, son caractère invariable et l'absence de la respiration bruyante.

Mais ce ne sont pas des arguments négatifs seulement, ce sont les caractères mêmes de la dyspnée qui nous démontrent directement que l'asthme est dû à un rétrécissement des voies aériennes : c'est la respiration brève, serrée, la sensation d'un poids sur le sternum ou de constriction de la poitrine, l'impatience avec laquelle l'asthmatique éloigne tout ce qui l'entoure, gens, rideaux, vêtements; ce sont les efforts suprêmes de tous les muscles inspirateurs, en dépit desquels l'asthmatique ne peut ni inspirer, ni expirer l'air; il ne peut se moucher ni fumer, il peut à peine parler, tousser ou éternuer. Tout montre une énorme dilatation du thorax par l'action des côtes et du diaphragme, et cependant l'air du dehors ne pénètre pas; celui qui est au-dedans du thorax reste comme renfermé; malgré tous ces efforts, il y a à peine un mouvement respiratoire, l'auscultation ne fait pas entendre le murmure vésiculaire. Il y a donc obstacle dans les voies aériennes, et comme les symptômes montrent que cet obstacle n'est ni dans le larynx, ni dans la trachée, le fait de la constriction des bronches est certain. L'auscultation nous apprend qu'en santé le murmure respiratoire est paisible, tandis qu'au moment de l'accès d'asthme, il se produit un aigre sifflement, nous savons aussi que les tubes traversés par l'air ne rendent aucun son quand leur calibre est égal, mais quand celui-ci présente quelques points rétrécis, l'air entre en vibrations, et les tuyaux deviennent des instruments de musique. Le sifflement de l'asthme est donc la démonstration physique de la contraction bronchique.

Comment peut se produire le rétrécissement des bronches? De quatre manières : soit par la présence de mucosités tenaces accolées à une paroi, soit par le gonflement inflammatoire de la membrane muqueuse, soit par une exsudation plastique qui s'épanche dans le tissu cellulaire sous-muqueux, ou enfin par la contraction des fibres circulaires du muscle organique; cette dernière cause est spasmodique, c'est celle de l'asthme; les trois premières ne le sont pas, c'est ce qui arrive dans la bronchite aiguë ou chronique. Tous ces modes de rétrécissement peuvent produire des ronchus sonores ou sibilants, mais si ce sont des mucosités, la toux les fait disparaître; s'il y a gonflement inflammatoire de la muqueuse ou du tissu sous-muqueux, les phénomènes sont permanents et ne peuvent être transitoires; au contraire, ceux de l'asthme naissent et disparaissent en une minute. Le spasme bronchique seul explique ce fait, et rend compte de toutes ses circonstances; il est la condition prochaine de l'accès, et la maladie réside entièrement dans le système nerveux.

L'anatomie des muscles bronchiques et des nerfs qui s'y rendent confirme la justesse de ces vues. Ces fibres-cellules disposées par bandes circulaires autour des bronches les plus fines, ont pour rôle évident de faire varier le calibre des tubes.

Le système nerveux du poumon est fourni par le nerf vague, par la portion cervicale du grand sympathique, et par les plexus pulmonaires antérieur et postérieur; il doit à ces origines des connexions étendues et variées, qui expliquent une partie des phénomènes de l'asthme. Les expériences directes de Volkmann, C. J. B. Williams et autres, ont d'ailleurs démontré que les branches se contractent jusqu'au point de produire l'occlusion complète, sous l'influence de diverses *stimuli* appliqués aux tubes eux-mêmes ou aux rameaux du nerf pneumogastrique.

La contraction s'opère par le mécanisme des actions réflexes; l'action locale du stimulus est transmise aux centres nerveux, qui réagissent sur l'élément musculaire, et le centre nerveux peut être le ganglion le plus voisin. Comme les contractions péristaltiques de l'intestin reconnaissent pour cause une action transmise aux ganglions abdominaux du sympathique, ainsi, dans les bronches, le stimulus appliqué à la surface interne de la muqueuse est transmis aux ganglions des plexus pulmonaires et de là revient aux muscles bronchiques par les filets moteurs qui s'y distribuent. Telle est la fonction normale du système nerveux bronchique; c'est ainsi que les mucosités sont expulsées par un effort de toux localisé à la bronche qui en a besoin, que la contraction péristaltique des bronches chasse les exsudats qui occupent leurs extrémités capillaires, qu'un corps étranger qui aurait franchi la glotte peut être expulsé. C'est ce qui a lieu quand l'asthme est produit par les émanations du foin ou de certains animaux, par l'inhalation de certains gaz, de certaines poussières, ou quand il accompagne la bronchite; le spasme bronchique est alors naturel, physiologique.

Mais une des particularités de l'asthme est qu'il peut être produit par un stimulus appliqué à des organes plus éloignés; le circuit centripète et centrifuge de l'action réflexe est alors plus vaste, et ses phénomènes plus remarquables. Tel est l'asthme, qu'on peut appeler peptique, où le stimulus siége dans l'estomac, et, par l'intermédiaire de la portion abdominale du nerf pneumogastrique, va se réfléchir sur la moelle allongée pour retentir sur les filets bronchiques du même nerf. Dans d'autres cas, le stimulus siége plus loin, tout en appartenant aux nerfs de la vie organique, tel est l'asthme produit par une lésion du rectum, de l'utérus. Dans une troisième catégorie, c'est le système cérébro-spinal qui reçoit l'irritation, comme dans un cas où le froid appliqué au cou-de-pied produisait un accès immédiat. Ces derniers cas sont rares; la première espèce est très commune, et une diététique bien entendue est alors le seul traitement de l'asthme.

L'auteur cite aussi des cas où le stimulus de l'asthme résidait au centre nerveux, dans le cerveau ou dans la moelle, et où l'action n'était plus réflexe : un cas d'hydrocéphale aigu, où apparurent des accès d'asthme, et un cas d'épilepsie, où les accès d'asthme alternaient avec les attaques convulsives. Dans ces deux cas, il n'y avait eu aucun symptôme d'asthme avant la maladie des centres nerveux. Ces cas d'asthme central se rapprochent de ceux où l'accès est produit par une forte émotion.

Il est enfin d'autres cas où la cause de l'asthme paraît uniquement humorale : c'est, par exemple, l'absorption de quelque principe irritant ou délétère qui, en pénétrant dans le torrent circulatoire, arrivera au poumon, et y excitera directement l'acte réflexe.

Quoi qu'il en soit de ces causes, c'est la physiologie des muscles bronchiques qui donne la meilleure explication des phénomènes de l'asthme. La contraction bronchique est peu marquée là où existent les anneaux cartilagineux; mais là où ils manquent, elle peut amener l'occlusion complète des calibres. Or, les fibres musculaires ont été reconnues bien au delà du point où cessent les derniers arceaux cartilagineux, dans des tubes bronchiques qui n'avaient plus qu'un cent vingtième de pouce de diamètre. Quels sont les actes dont ces tubes ont le siége? C'est la respiration et la toux; celle-ci est n phénomène normal qui a pour but d'expulser les parcelles de matières étrangères qui s'introduisent dans les voies aériennes; la toux devient souvent un acte pathologique; mais ce n'est pas par elle-même, c'est par la nature des matières qu'elle expulse comme du sang, du pus, du mucus en excès. Elle est analogue en cela à l'éternument. Quel est donc le rôle des muscles bronchiques dans ces deux actes, la respiration et la toux?

u

Quelques auteurs ont admis que les bronches se contractaient à chaque expiration, mais cette contraction péristaltique n'est pas nécessaire pour expulser l'air; elle devrait être trop rapide pour répondre à ce que nous savons des lois des muscles organiques. M. Salter croit cependant pouvoir admettre une très légère contraction de ces muscles, laquelle se produirait à la fin seulement de l'expiration pour achever cet acte, et il croit en trouver la preuve dans ce fait que les râles sibilants et ronflants ne sont souvent perceptibles que dans l'expiration et même dans la seconde moitié de cet acte; qu'ils sont plus forts dans les expirations prolongées, et disparaissent dans l'inspiration. Selon lui, on peut, chez un sujet atteint de bronchite ou même bien portant, mais surtout chez les vieillards, augmenter ou produire les râles sonores en faisant prolonger l'expiration. Cette même prolongation détermine chez les asthmatiques une aggravation de la dyspnée. En tous cas, cette contraction est très faible et tout à fait subordonnée aux phénomènes mécaniques de l'ampliation et du collapsus du poumon par les mouvements du thorax dans l'inspiration et l'expiration.

Dans la toux, on a émis l'opinion que la contraction des bronches, en diminuant leur calibre, augmentait la rapidité du courant d'air, et par suite la force d'expulsion. Si la contraction était générale et étendue aux petits tubes, elle produirait l'effet opposé, un courant d'air plus petit ne pouvant expulser les mucosités obstruantes. Mais si la contraction est partielle, limitée au point obstrué, le rétrécissement de ce point devient, en effet, un véritable adjuvant, en formant comme une petite glotte à travers laquelle l'obstacle sera forcément chassé avec force.

Mais le but le plus important de la contraction bronchique est l'expulsion des corps étrangers qui peuvent pénétrer dans les voies aériennes; c'est la sauvegarde du tissu pulmonaire, dont la structure est si délicate, et que la glotte ne défend pas suffisamment; tout corps étranger peut être ainsi arrêté avant d'arriver aux cellules aériennes, jusqu'à ce que la toux vienne l'expulser. Les muscles bronchiques peuvent aussi contribuer à la répartition de l'air dans le poumon, comme celle des artères à la distribution du sang dans les capillaires, protéger par leur contraction les cellules malades contre l'arrivée trop brusque de l'air, ouvrir par leur relâchement l'accès à d'autres lobules du poumon qui les remplaceront.

A l'état pathologique, les muscles bronchiques remplissent un rôle exceptionnel, essentiellement salutaire. Si les petites bronches s'emplissent de mucosités ou de matières plastiques, la contraction péristaltique peut chasser ces matières vers les grosses bronches, qui restent béantes à cause de leurs arceaux cartilagineux. Pour celles-ci, la toux peut suffire à la balayer mécaniquement; pour les dernières ramifications, il fallait une force spéciale.

Ces considérations sur le rôle de la contraction bronchique conduisent à l'explication des phénomènes de l'asthme. Si nous voyons cette contraction se produire sous l'influence de certains stimuli, nous devons reconnaître que l'asthme n'est qu'une suractivité morbide, un excès de cette fonction; les tubes sont atteints de spasme, de convulsion. Chez l'homme le mieux portant, cet effet peut être produit temporairement par l'inhalation de gaz irritants; à un plus haut degré, le même fait se produit dans l'asthme de foin, dans l'aspiration de la poudre d'ipécacuanha, ou par d'autres irritants. Ces faits sont presque physiologiques; mais il y a d'autres cas où la perversion de fonction est plus grande, où les phénomènes nerveux prennent une extension bien plus grande, comme ceux qu

reconnaissent pour cause une perturbation des fonctions de l'appareil digestif ou des centres nerveux.

En quoi donc consiste essentiellement le caractère particulier de l'asthme? Évidemment, dans une suractivité morbide du système musculo-nerveux des bronches, sous l'influence d'un stimulus immédiat ou éloigné, qui n'a rien de particulier en lui-même; la particularité réside surtout dans la perversion de la sensibilité nerveuse, et dans son retentissement sur le système musculaire. Quand le stimulus s'applique immédiatement sur les voies aériennes, le système bronchique seul est en jeu; s'il s'applique plus loin, le siége exact de la perversion nerveuse est plus difficile à connaître; par exemple, quand il y a excitation du système cérébro-spinal, est-ce lui qui transmet son action aux nerfs du poumon, ou bien l'irritation est-elle, comme dans les autres cas, limitée au système nerveux pulmonaire, celui-ci recevant une impression morbide d'une irritation nerveuse parfaitement normale? Ce sont des questions qu'il est encore difficile ou impossible de résoudre; mais en tout cas, dit l'auteur, il est clair que la maladie dans l'asthme consiste, non pas dans la production d'un agent irritant, mais dans l'irritabilité même de la partie atteinte.

Nous avons, dans cette revue, donné la première place à la question de doctrine parce que c'est, selon nous, ce que le livre du docteur Salter contient de plus intéressant et de plus neuf pour la plupart des lecteurs français, chez lesquels les doctrines organiciennes sont encore très en faveur. Mais cet exposé théorique n'est qu'une partie restreinte de l'ouvrage de l'auteur anglais, de nombreux chapitres sont consacrés à l'histoire clinique de l'asthme, à la description de ses variétés, au développement des lésions qui en sont la conséquence presque constante, à l'étiologie, et enfin au traitement, qui ne comprend pas moins de huit chapitres, et mériterait à lui seul une longue analyse. Dans tous ces chapitres, l'auteur n'est plus un théoricien, il se montre un clinicien expérimenté, un praticien de premier ordre. A ce point de vue, son livre n'est pas moins utile à consulter qu'au point de vue doctrinal.

Dr E. Isambert.

VIII

VARIÉTÉS.

Par arrêté en date du 15 décembre 1862, M. Ernest Faivre, professeur à la Faculté des sciences de Lyon, est chargé, à titre de remplaçant, du cours d'histoire naturelle des corps organisés, au collége impérial de France.

— Par arrêtés en date du 8 janvier 1863 :

M. Lafond, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, et professeur d'anatomie et de physiologie à ladite École, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, est nommé directeur honoraire de cette École.

Par suite de cette retraite, M. Hélie, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, devient titulaire de ladite chaire ;

M. Laënnec, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie.

M Calloch est nommé professeur suppléant d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Laennec.

M. Bouliech, docteur en médecine, préparateur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Montpellier, est nommé conservateur des collections de ladite Faculté, en remplacement de M. Jeanjean, décédé ;

M. Donnadieu, bachelier ès sciences, est nommé préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Bouliech.

— La commission permanente du banquet de l'internat, composée de MM. Serres, Denonvilliers, Hardy, Horteloup, Guersant, Bouchut, Chauffard, Verneuil, Piogey, Millaud, Vidal et Tillot, a décidé que dorénavant le banquet aurait lieu le samedi gras. En conséquence, il se fera cette année le 14 février.

Les cotisations seront reçues par MM. Fritz, hôpital Lariboisière, Cornil, hospice de la Salpêtrière; Faure, hôpital Saint-Louis ; Martineau, hôpital des Enfants, et dans les autres hôpitaux, par M. l'interne en médecine économe de la salle de garde.

Le banquet aura lieu à six heures, aux *Frères provençaux* (Palais-Royal). Le prix de la souscription est fixé à 16 francs. La liste sera close le 10 au soir.

— L'École militaire de Saint-Cyr vient d'être provisoirement évacuée, par suite d'une invasion de fièvres typhoïdes qui a frappé en peu de jours un assez grand nombre d'élèves et fait déjà quelques victimes.

— Par décret du 24 décembre 1862, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaire à quatre emplois de médecin-major de 1re classe. MM. Lambert, Miramont, Rémi et Barreau.

— Une nouvelle Société locale agrégée à l'Association générale vient de se fonder à Albi (Tarn) ; M. le docteur Caussé en a été nommé président. — Les médecins de l'arrondissement de Cherbourg se sont également constitués en Société locale.

— M. le maire de Vetheuil (Seine-et-Oise, arrondissement de Mantes) demande un docteur en médecine pour remplacer celui qui vient de mourir.

— M. le docteur Barrey vient d'être nommé directeur-médecin de l'asile des aliénés de Pontorson (Manche).

— En 1863, la Société de médecine de Strasbourg décernera un prix de 500 francs au meilleur ouvrage sur une des branches des sciences médicales, imprimé ou manuscrit, français, latin ou allemand, publié depuis le 1er janvier 1862, n'ayant encore été l'objet d'aucune récompense, et adressé par l'auteur à la Société avant le 1er avril 1863.

Pour 1864, un prix de 300 francs est offert à la meilleure statistique et topographie médicale d'un des cantons ou d'une localité de l'Alsace.

— M. le docteur Jeanjean, conservateur à la Faculté des sciences de Montpellier, a légué en mourant sa bibliothèque à cet établissement.

— Le lundi 9 mars 1863, des concours seront ouverts à l'École de médecine et de pharmacie de Lille pour trois places de professeurs suppléants respectivement attachés aux chaires ci-après désignées : Médecine, matière médicale et thérapeutique ; — Chirurgie, accouchements ; — Pharmacie, toxicologie, histoire naturelle médicale. — Les concours pour les chaires de médecine et de pharmacie commenceront le 9 mars 1863 ; le concours pour la chaire de chirurgie commencera le 16 du même mois.

— A la suite du concours ouvert à la Faculté de médecine de Strasbourg, MM. Dumont (Henry) et Aronsohn ont été nommés agrégés stagiaires dans la section de médecine proprement dite.

— Nous apprenons à l'instant la mort regrettable de M. Louis Lucas, décédé en son domicile, à Paris, dans sa quarante-sixième année.

— La Société de médecine de Caen a reçu le mémoire annoncé au secrétaire, portant pour épigraphe cette phrase d'Averrhoès : *Per speculativam scimus, ut sciamus ; per praticam, ut operemur.*

Elle invite l'auteur du mémoire à faire connaître, pour se conformer au règlement, son nom avec la reproduction de l'épigraphe *sous pli cacheté*, d'après les usages académiques.

IX

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

De la nécessité de protéger les animaux utiles pour prévenir naturellement les dégâts causés par les souris et par les insectes, par le docteur *Gloger*. In-8 de 56 pages. Paris, Victor Masson et fils. 80 c.

Culture perfectionnée et moins couteuse du vignoble, par *A. Du Breuil* 1 vol. in-8 de 208 pages avec 142 figures. Paris, Victor Masson et fils. 3 fr. 50

Essai sur les déviations latérales de la colonne vertébrale, par le docteur *Ch. Pravaz*, mémoire couronné par la Société médico-chirurgicale d'Amsterdam. 1 vol. in-4 de 96 pages. Paris, Victor Masson et fils. 3 fr. 50

Clinique chirurgicale, par le docteur *Maisonneuve*, t. Ier, gr. in-8 de LXVIII-646 pages. Paris, F. Savy. 12 fr.

Le tome II et dernier paraîtra le 15 avril et sera du même prix. Il a été tiré quelques exemplaires sur très beau papier dont le prix est de 18 francs chaque volume.

Agenda médical pour 1863, memento à l'usage des médecins et des pharmaciens. Paris, Asselin. 1 fr. 75

Reliures de 3 à 9 francs.

Mémoire sur le traitement du croup par la cautérisation laryngée, nouveau procédé, par le docteur *Sérullaz*. In-8 de 40 pages. Paris, Savy.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements, Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 23 JANVIER 1863. — N° 4.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Expédition de Chine : Fait remarquable relatif à l'étiologie de la fièvre jaune. — Élimination du mercure. — Sur la réunion bout à bout des fibres nerveuses sensitives avec les fibres nerveuses motrices. — Académie de médecine : Les eaux potables. — II. **Travaux originaux**. Hygiène professionnelle : Mémoire sur l'inégalité professionnelle de longueur des membres supérieurs considérée comme causes d'erreurs diagnostiques et pronostiques; thérapeutique de leurs fractures. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux**. De la pellagre sporadique. — Empoisonnement par le *Veratrum viride*. — Observation de rubéole. — V. **Bibliographie**. Recherches cliniques sur diverses maladies du larynx, de la trachée et du pharynx, étudiées à l'aide du laryngoscope. — Du traitement du croup, ou angine laryngée diphthéritique. — Phthisie irrégulière, manifeste chez l'adulte. — VI. **Variétés**. Les annonces dans les journaux de médecine. — Les pharmacies illégales et les sœurs du Morbihan. — VII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — VIII. **Feuilleton**. Liberté absolue de l'exercice de la médecine.

I

Paris, 22 janvier 1863.

EXPÉDITION DE CHINE : FAIT REMARQUABLE RELATIF A L'ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE JAUNE. — ÉLIMINATION DU MERCURE. — SUR LA RÉUNION BOUT A BOUT DES FIBRES NERVEUSES SENSITIVES AVEC LES FIBRES NERVEUSES MOTRICES. — *Académie de médecine:* LES EAUX POTABLES.

Les progrès de l'hygiène navale, en France, sont sensibles pour tous les observateurs qui visitent nos ports et nos bâtiments armés. Ces progrès ont été démontrés d'une manière frappante lors du transport en Chine du corps expéditionnaire, placé sous le commandement en chef du général Montauban, depuis comte de Palikao.

Des avantages aussi considérables ne sont pas dus à un hasard qui aurait favorisé l'occasion de cette entreprise; ils se sont reproduits pour l'envoi au Mexique d'une armée bien plus forte encore.

On se rappelle que la seconde expédition, pour Vera-Cruz, a quitté la France dans le courant du mois d'août; tous les bâtiments-transports se sont d'abord rendus à Fort-de-France (Martinique), et les passagers, déposés à terre pendant huit jours, ont vécu soit dans les casernements de la colonie, soit dans des camps improvisés. Il n'est pas douteux que cette interruption dans un voyage sur mer d'une telle étendue, n'ait été favorable aux hommes ainsi qu'aux bêtes de trait ou de cavalerie; elle était d'ailleurs indiquée par la nécessité de purifier le plus tôt possible des navires encombrés, de refaire l'approvisionnement de l'eau potable et des vivres, de remplacer le charbon de terre consommé pendant cette première partie de la traversée.

Une crainte très sérieuse avait pris naissance et ne laissait pas que d'imposer quelques hésitations. La fièvre jaune, dont les épidémies ont été si fréquentes dans les Antilles, n'éclaterait-elle pas dans des conditions réputées favorables à son éclosion?

Cependant, quoique les inconnues étiologiques de cette

FEUILLETON.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Liberté absolue de l'exercice de la médecine.

Monsieur le rédacteur,

Dans la lettre si remarquable que vous avez adressée à Me P. Andral (n° 37, 1862), vous avez signalé les inconséquences et les lacunes des lois et des arrêts en ce qui touche la responsabilité médicale. Si vous aviez saisi cette occasion pour envisager dans leur ensemble les questions qui se rattachent à l'exercice de la médecine, peut-être aurais-je eu la satisfaction de me trouver en accord avec vos opinions, si j'en puis juger par le caractère libéral et véritablement scientifique que vous avez donné à la GAZETTE HEBDOMADAIRE; permettez-moi donc de provoquer l'expression de votre sentiment; il me paraît impossible à priori que l'apparente unanimité du corps médical soit bien réelle, et que pas une voix ne s'élève pour protester contre la marche de jour en jour plus rétrograde, que quelques médecins, animés d'intentions généreuses, veulent imprimer à notre profession.

S'il est un point incontestablement acquis à la science sociale, c'est que les concessions, les privilèges, l'organisation même des corporations au sein de l'État, ne peuvent avoir d'autre but ni d'autre sanction que celle du bien public. De sorte que ce n'est jamais en vue d'un intérêt particulier, mais toujours en vue de l'intérêt général que des restrictions peuvent être apportées à la libre manifestation des forces individuelles, aux actes spontanés des citoyens. Je n'aurai garde d'entrer plus avant dans cette thèse, qui n'est point du ressort légal d'un journal de médecine, bien que par un nombre infini de côtés elle ressortisse directement à nos études. Un autre point, non moins incontestablement établi, c'est que l'État est seul en mesure, pour l'actuel, de dispenser notre instruction professionnelle, de la contrôler et de la garantir par une sorte de marque de fabrique qui s'appelle un diplôme.

maladie ne soient pas entièrement dégagées, il y avait lieu de présumer qu'en l'état sanitaire, excellent alors, de nos colonies et moyennant l'observation rigoureuse des règlements sur la santé publique, la fièvre jaune pourrait ne pas se montrer.

L'événement a réalisé ces prévisions, et ce fait considérable dans la science peut conduire à penser que l'agglomération des Européens dans certains climats tropicaux, que leurs imprudences, leurs excès même ne suffisent pas à faire naître la fièvre jaune. L'expérience, pratiquée sur une aussi vaste échelle, semble prouver que si l'éclosion est spontanée sur d'autres rivages, il n'en est pas de même à la Martinique.

Pour éclairer la démonstration, le hasard a voulu que plusieurs Antilles anglaises très voisines de la Martinique, mais avec lesquelles cette colonie n'était nullement en communication, fussent en proie à la fièvre jaune. Ainsi donc, ce ne sont pas les conditions climatériques, puisqu'elles étaient similaires pour des îles très peu distantes l'une de l'autre, ce n'est pas l'encombrement dû à l'arrivée subite d'un grand nombre d'Européens qu'il eût fallu accuser si la fièvre jaune s'était déclarée; et cependant nul doute que ce ne fût à ces causes que l'invasion n'eût été attribuée si nous en avions souffert; elles sont donc seulement adjuvantes, suivant le terme de l'école, et non pas essentielles.

Bien plus : au moment même où ces troupes passaient à la Martinique, on s'y livrait à un travail très important de *remuement de terres* pour la construction d'un bassin de radoub et pour l'appropriation de la *pointe Bouillé*, située à l'entrée du *cul-de-sac du Carénage*. Là se forme un port nouveau destiné à répondre aux besoins inattendus jusqu'alors, et nés de la transformation de la flotte à voiles en navires à vapeur. Les fièvres intermittentes ont été graves et nombreuses ; la fièvre jaune n'a pas paru, tandis que son invasion a été, à une époque précédente, attribuée au simple curage du canal de ceinture, opération très minime par rapport à tout ce qui s'accomplit depuis près d'un an dans la même ville maritime.

Au milieu de circonstances aussi particulièrement favorables, il est incontestable qu'un seul cas de fièvre jaune eût été le signal de désastres cruels; l'apport prématuré de la maladie à Vera-Cruz par le bataillon espagnol, transporté de la Havane au moyen d'une frégate française, a fait bien de trop nombreuses victimes parmi les équipages et parmi les troupes de la première expédition.

A la Martinique, marins et soldats ont échappé à l'endémo-épidémie redoutée, et si en cela, comme en toute chose de ce monde, on peut invoquer une chance heureuse, on doit aussi reconnaître que l'hygiène de nos vaisseaux et de nos colonies surtout, contribue pour une très grande part à un résultat qui mérite d'être enregistré.

On trouve dans le Moniteur de la flotte, numéro du 5 novembre 1862, la liste des navires qui ont relâché à la Martinique, et le nombre de leurs militaires, passagers et des chevaux mis à terre, depuis le commencement de septembre jusqu'au 10 octobre, c'est-à-dire *en plein hivernage*.

Maintenant terminons en citant un extrait du rapport de M. Chapuis, premier médecin en chef, sur le service de santé à Fort-de-France pendant le troisième trimestre 1862 :

« L'expédition du Mexique a fait entrer à l'hôpital 218 malades, sur lesquels 2 sont morts : 155 ont pu rejoindre l'armée avant le 1er octobre ; 61 restaient malades dans l'hôpital à cette dernière date.

» On s'étonne du petit nombre des malades qu'a fournis une expédition si considérable dont tous les mouvements et ravitaillements se sont effectués avec promptitude et par un travail incessant. La surprise redouble lorsque l'on constate les imprudences de tous genres, les excès de boissons, les courses en plein soleil, souvent tête nue, les rixes, qui ont eu lieu dans une réunion de militaires de toutes armes, se laissant entraîner des privations rigoureuses sur mer, à la liberté fougueuse et passionnée qu'ils ont trouvée sur la terre martiniquaise, et qui était même excitée par la perspective d'une prochaine entrée en campagne.

» Grâce aux sages mesures d'hygiène, pas une affection épidémique ou contagieuse ne s'est développée parmi cette multitude que l'exigence des circonstances ne permettait pas toujours de placer dans les conditions hygiéniques les plus avantageuses. Mais si la cavalerie a campé sur la savane de Fort-de-France, la majeure partie de l'infanterie a été disposée sur le plateau du fort Desaix (ancien fort Bourbon), et l'altitude de cette localité, toujours plus favorable que les autres lieux de casernement au maintien comme au rétablissement de la santé chez nos troupes coloniales, a eu l'influence également la plus heureuse sur ces valeureux soldats qui n'ont mis un pied à terre que pour s'élancer aussitôt vers les rivages où les appelait l'honneur de la France.

» Pendant ce temps, le personnel permanent de la colonie subissait l'influence marquée de l'hivernage caractérisé par les pluies torrentielles, les chaleurs vives, les vicissitudes variées de l'atmosphère. Les travaux de terrassement aggra-

---

C'est maintenant une question de savoir si l'intérêt général est tellement impérieux, en présence des médecins diplomés, que de forcer les citoyens à recourir à ces médecins qui, eux, auraient le choix de leurs clients, tandis que les malades n'auraient point le choix de leurs médecins. Pour mon compte, je ne le crois pas. Si, en effet, les médecins diplomés sont supérieurs à leurs délictueux concurrents, ce que personne ne conteste, il est certain que ceux-ci seront délaissés dans la mesure de leur infériorité ; si (ce que personne n'oserait soutenir) les véritables *docteurs* étaient inférieurs aux empiriques et aux fantaisistes, au nom de quel intérêt général les favoriserait-on au détriment des bien méritants?

Bon nombre de médecins s'imaginent, il est bien vrai, que les malades sont livrés, pieds et poings liés, à leur juridiction ; ils supposent que l'État a pu, en leur délivrant un diplôme, leur conférer le privilége exclusif de traiter des malades ; et ils soutiennent que les frais d'études et les droits universitaires de toute nature qu'ils ont subis, représentent une sorte d'hypothèque prise sur la liberté sociale, de sorte qu'on ne pourrait, sans injustice criante, en supprimer le prétendu bénéfice ; ils oublient que, bien loin de rien verser dans les caisses de l'État, ils ont profité individuellement, dans une mesure exceptionnelle, des dix-sept-cent mille francs que le budget consacre à l'enseignement de la médecine, et qu'il n'est peut-être pas de profession qui offre aux étudiants un aussi grand nombre d'emplois médicaux, qui assurent du même coup l'instruction et la subsistance. Ces honorables confrères, entraînés par un sentiment exagéré de leurs priviléges, vont jusqu'à penser qu'on leur a fait tort en guérissant ou en empoisonnant un malade sans leur permission. Ils réclament des dommages et intérêts, et, chose incroyable, certains tribunaux leur en ont accordé ! Mais est-il possible qu'une jurisprudence aussi contraire à l'esprit moderne s'établisse sans arrêt de cassation ? Il ne nous est loisible de discuter ni les textes de loi, ni les arrêts des tribunaux, et c'est uniquement à la raison de nos confrères que nous voulons faire appel ; il nous suffira

vaient la situation : 330 malades étaient frappés de fièvres intermittentes de différents types ; 67 se présentaient avec les symptômes avancés de la cachexie paludéenne, etc., etc. »

Ainsi, pour conclure, il reste bien établi que 20 000 hommes de toutes armes (1) ont pu stationner, à tour de rôle, pendant huit jours à la Martinique, durant la période de l'hivernage; débarquer et rembarquer 400 chevaux, leurs bâtiments de transport stationner dans l'étroit bassin du *Cul-de-sac*, dont les rives étaient bouleversées par des terrassements, des constructions de quais, etc., sans subir la moindre atteinte de la fièvre jaune, et cela pendant que les maladies essentiellement endémiques, telles que la fièvre intermittente, la dysentérie, etc., sévissaient sur le personnel en résidence fixe dans la colonie.

Un fait aussi remarquable doit avoir son importance, lorsqu'il s'agit d'étudier l'étiologie du *vomito negro*.

SENARD,

Adjoint à l'inspection générale du service de santé de la marine.

M. le docteur Schneider a institué un certain nombre d'expériences pour élucider la question de l'élimination du mercure pendant et après un traitement mercuriel. Il a trouvé que le réactif le plus sensible du mercure est l'hydrogène sulfuré, mais que les indications en sont moins nettes quand la préparation hydrargyrique est contenue dans l'urine, que lorsqu'elle est dans l'eau pure. Mais un autre procédé véritablement sensible est donné par la précipitation électrolytique du métal; on peut ainsi découvrir les plus petites quantités de mercure dans les solutions les plus étendues, et le rendre susceptible de se prêter aux réactions chimiques. Il faut toujours avoir recours à ces dernières, parce que la quantité de mercure déposée est trop petite pour ne pas exiger l'essai par les autres moyens de détection. Le mercure se dépose sur l'électrode et s'y amalgame ; on chauffe alors celui-ci pour vaporiser le métal et, le recevant dans un espace qui contient de la vapeur d'iode, on obtient de l'iodure de mercure rouge caractéristique.

Ayant ainsi reconnu qu'il est possible de déterminer, par analyse, la présence du mercure dans les fluides organiques, le docteur Schneider a porté ses recherches sur l'homme lui-même. Il a comparé l'urine d'un homme atteint de phénomènes secondaires syphilitiques, mais qui n'avait jamais été traité par le mercure, avec celles de plusieurs malades dont l'un avait subi un traitement mercuriel longtemps avant ces expériences, dont un autre était encore en traitement, et dont un troisième avait pris de l'iodure de potassium après un traitement mercuriel. Le premier de ces malades ne fournit pas de mercure par l'analyse de son urine, non plus que ceux chez lesquels le médicament avait été employé seulement à l'extérieur ; mais à la suite de l'usage interne, l'urine renfermait toujours du mercure, et ce résultat s'est montré constamment pendant deux ans que le docteur Schneider a poursuivi ses recherches, qui ont porté sur quarante individus. Quelque temps après la cessation du traitement mercuriel, l'élimination se continue, et M. le docteur Schneider en a toujours trouvé une semaine après; une fois l'urine renfermait encore du mercure au bout de quatre semaines, et dans un autre cas au bout de dix semaines. Le docteur Schneider a voulu s'assurer de l'influence de l'iodure de potassium dans le cas de traitement mercuriel, et de ses expériences, répétées aussi souvent que possible dans le cours de deux années, il résulte que l'opinion généralement admise, que ce sel favorise l'excrétion du mercure hors de l'organisme n'est pas réellement fondée. Quand l'iodure de potassium est pris immédiatement après le traitement mercuriel, l'urine renferme du mercure, mais en même quantité que s'il n'y avait pas eu absorption d'iodure.

Dans un cas de mort pendant la durée d'un traitement mercuriel, M. Schneider a trouvé le mercure dans le foie et le cerveau du malade, et plus dans le premier que dans le second. Chez un autre malade, mort de péricardite, quelques semaines après la cessation du traitement hydrargyrique, divers organes furent soumis à l'analyse chimique, mais les reins ne présentaient plus que des traces de mercure, et le foie ne donna qu'une réaction douteuse.

Ces expériences de M. le docteur Schneider, qui viennent confirmer ce que nous savions déjà sur le mode d'élimination du mercure, offrent cependant de l'intérêt parce qu'elles ont porté sur un nombre assez considérable de malades, et, d'autre part, parce qu'elles infirment une opinion généralement reçue; que, par conséquent, elles doivent être le point de départ d'autres expérimentations, faites avec le même soin, et devant décider si réellement ou non, l'iodure de potassium agit pour faciliter l'élimination du mercure.

(1) Discours du gouverneur de la Martinique dans la séance d'ouverture du conseil général du 27 octobre 1862.

---

donc d'avoir élevé des doutes sur la légitimité morale d'un aussi monstrueux privilége, et, sans prétendre changer une seule conviction, d'avoir posé comme problème fort incertain la question de l'exercice de l'art de guérir restreint aux médecins diplomés. Si cette classe de médecins n'existait pas, je comprendrais la nécessité de n'autoriser qu'un nombre déterminé de personnes à exercer la médecine ; mais c'est précisément parce qu'il y a des écoles et des Facultés que, comme garantie de leur supériorité, le champ doit être ouvert à toutes les aptitudes et même à toutes les fantaisies individuelles.

Mais j'entends : ce n'est pas au nom des intérêts du corps médical, c'est au nom des intérêts de la société qu'il convient d'interdire l'exercice de la médecine à ceux qui n'ont point subi les épreuves probatoires de l'Université. Ainsi posée, la question s'élève en dignité ; mais elle est résolue d'un mot : ce n'est point sur les bancs de l'école que se font les épreuves probatoires du praticien ; c'est au lit du malade. Et comme il y a toutes chances en faveur du médecin qui a reçu préalablement l'instruction régulière, l'intérêt social, ici encore, est dans la liberté.

Au surplus, qui oserait soutenir que le meilleur moyen de favoriser la circulation des billets de banque, c'est d'en décréter le cours forcé? Ne voit-on pas qu'il en est des médecins comme des billets, et que la confiance ne s'impose point?

J'admets cependant que la théorie, victorieuse, paraisse à plusieurs insuffisante pour légitimer en pratique le libre exercice de la médecine; il en a été longtemps de la sorte pour le libre échange dont les dangers ont été démontrés illusoires; il en sera longtemps ainsi pour d'autres libertés,... et je m'incline devant tout état de choses régulier, stable, n'attendant de progrès que de la discussion et du raisonnement. Mais encore faut-il que les lois restrictives soient effectives, qu'elles soient respectées par un mouvement spontané de la société, ou qu'elles soient maintenues par les actes de l'autorité. Dans l'espèce et en droit, la pratique de la médecine et de la pharmacie, les titres universitaires qui y autorisent, sont réservés aux

(*Medizinische Jahrbücher. Dublin Medical Press*, 23 juillet 1862.)

Léon Soubeiran.

Les expériences dans lesquelles nous avons tenté, M. Philipeaux et moi, comme l'avaient fait MM. Bidder (1), Schiff (2), Gluge et Thiernesse (3), d'obtenir la réunion bout à bout du segment central du nerf lingual avec le segment périphérique de l'hypoglosse nous ont conduits à des conclusions tout à fait différentes de celles que ces auteurs ont énoncées. Nous avons vu en effet (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 5 janvier 1863 ; *Gazette hebdomadaire*, 1863, n° 3, p. 42) que, lorsque le travail de réunion est achevé, et lorsque le bout périphérique de l'hypoglosse est entièrement régénéré, les excitations mécaniques du bout central du lingual provoquent des contractions de la langue en se transmettant aux muscles de cet organe par l'intermédiaire du bout périphérique de l'hypoglosse.

Nous n'avons point l'intention d'entrer ici dans le développement des propositions qui terminent l'analyse de nos recherches publiée dans le Compte rendu de l'Académie des sciences; ce développement trouvera sa place dans un mémoire que nous publierons sur ce sujet. Nous désirons simplement donner, dès à présent, quelques éclaircissements sur la dernière de ces propositions, car si l'on ne saisissait pas le lien qui la rattache à nos expériences, elle paraîtrait inévitablement obscure et n'offrirait aucun intérêt. Voici cette proposition :

« Ces expériences portent à penser que, dans l'état normal, » l'excitation produite sur un point quelconque du trajet d'un » nerf sensitif se propage, au même instant, dans les deux » sens, centripète et centrifuge, et qu'il en est probablement » de même des excitations d'un point quelconque d'un nerf » moteur. »

La plupart des physiologistes admettent comme un fait parfaitement établi que les excitations produites sur un point du trajet d'un nerf sensitif se transmettent dans un sens uniquement centripète, et, de même, que les excitations des nerfs moteurs se propagent dans un sens exclusivement centrifuge (4).

(1) *Müller's Archiv*, 1842.
(2) *Lehrbuch der Physiologie des Menschen*, Lahr, 1858-1859, p. 134 et suivantes.
(3) *Bulletins de l'Académie royale de Belgique*, 2e série, t. VII, n° 7.
(4) Je ne parle ici que des excitations produites par des agents mécaniques, celles que détermine l'électricité donnant lieu à des phénomènes complexes et dont la signification n'est pas encore suffisamment déterminée.

Et, en effet, il semble que l'on se borne ainsi à traduire d'une façon exacte les résultats de l'expérimentation. Si l'on presse entre les mors d'une pince un nerf moteur, purement moteur, par exemple une racine antérieure, après que la racine postérieure correspondante a été coupée, on provoque exclusivement une contraction dans les muscles animés par le nerf dont on vient exciter la racine antérieure, et il n'y a aucune manifestation de douleur. Si, au contraire, on excite un nerf sensitif en cherchant à empêcher les actions réflexes, une douleur plus ou moins vive est le seul effet que l'on observe. Mais ces résultats autorisent-ils, à parler rigoureusement, la conclusion qu'on en a tirée? Évidemment non, et nous sommes ici tout à fait d'accord avec M. Schiff (1). Quand bien même les excitations se propageraient dans les deux sens, centripète et contrifuge, dans un nerf, soit moteur, soit sensitif, les connexions de ces nerfs à leurs extrémités sont telles que les réactions manifestes ne peuvent avoir lieu qu'à l'une de ces extrémités ; et, par conséquent, les faits physiologiques normaux n'apprennent rien et ne peuvent rien apprendre sur le point en discussion. Si nous n'avions pas maintenant un argument irréfutable à opposer à l'opinion de ceux qui veulent que les fibres nerveuses de fonctions différentes ne puissent conduire les excitations que dans un sens, nous devrions dire avec M. Schiff (*loc. cit.*) que la théorie et l'analogie parlent avec force contre cette manière de voir; toutefois il n'est pas douteux qu'il n'y aurait là qu'une simple présomption d'une grande valeur sans doute, mais insuffisante à convaincre tous les esprits. C'est là, en définitive, une question de fait, et l'expérience peut seule la résoudre d'une manière décisive. M. Schiff l'a bien senti lui-même, car il a essayé d'arriver à une solution au moyen d'expériences extrêmement ingénieuses. Après avoir mis à découvert deux nerfs sensitifs voisins, à la cuisse ou au bras, il les coupait, enlevait une grande partie des bouts périphériques, puis réunissait les deux bouts centraux à l'aide de points de suture. Au bout de plusieurs semaines, la réunion était complète; il coupait transversalement un des deux bouts centraux réunis à leur extrémité, et excitait par des agents mécaniques, ou par l'électricité, le bout ainsi détaché du centre. Si les tubes nerveux s'étaient bien régulièrement soudés, et si les tubes possédaient la faculté de conduire dans les deux sens, on devait dans cette expérience provoquer de la douleur au moment où l'on excitait ce dernier bout; mais le

(1) *Lehrbuch der Physiologie*, 1859, p. 136.

docteurs, aux pharmaciens, aux officiers de santé, aux sages-femmes et aux herboristes; en fait, la loi n'est appliquée et n'est applicable qu'aux herboristes et aux pharmaciens qui, avant d'ouvrir leur officine, justifient, devant des agents fort scrupuleux, de leurs titres et de leurs intentions. En fait, la médecine s'exerce publiquement par des personnes non légalement autorisées, dans les officines, dans les hôpitaux, dans le monde, dans les campagnes et jusque dans les rues. Les dangers d'un pareil état de choses sont loin d'être équivalents dans l'un et l'autre cas; mais au point de vue de la loi, tous sont également coupables : pharmaciens, internes, religieuses, charlatans, hommes du monde, femmes riches et bienfaisantes, magnétiseurs, dentistes, etc. Avouez, monsieur, que cette loi qui n'a jamais empêché personne de faire de la médecine (témoin la fameuse demoiselle de Lyon, et bien d'autres), qui est d'une parfaite bénignité à l'égard des vrais coupables, serait excessivement sévère, si, prise à la lettre, elle frappait toutes ces catégories de personnes. Je me hâte d'ajouter, afin qu'on ne se méprenne pas sur mon sentiment, que, fût-elle encore plus sévère, elle n'atteindrait pas son but, pas plus que l'art. 421 du Code pénal, qui condamne à l'emprisonnement, pour un mois ou pour un an, « ceux qui auront fait des paris sur la hausse ou sur la baisse des effets publics. »

Il y a donc lieu de se demander si l'exercice illégal de la médecine ne serait pas du nombre de ces actes que la loi ne peut atteindre, soit à cause de la difficulté des constatations, soit à cause de leur innocuité réelle, soit à cause du nombre, de la qualité et de l'intention des délictants; et s'il était établi que la répression est purement illusoire, il est évident que la loi devrait être considérée comme nuisible à la société. Le public, en effet, se croyant protégé, s'imagine que tous ceux qui exercent la médecine sont bien et dûment diplomés (je parle surtout des grandes villes) ; et d'autre part, l'autorité ne s'avisant jamais de demander un diplôme au médecin, sauf pour les actes publics.

Or, supposez que l'exercice libre de la médecine soit décrété

résultat n'a pas répondu nettement à l'attente de l'expérimentateur; ce bout s'est montré insensible jusque tout à fait près de la soudure, et, malgré deux faits un peu plus significatifs, dans lesquels on a vu de la douleur se manifester lorsqu'on excitait à une petite distance de la cicatrice, M. Schiff déclare lui-même que ces tentatives ont laissé la question dans le doute. L'expérience que nous avons faite est, au contraire, d'une grande netteté. Nous réunissons le bout central du nerf lingual au bout périphérique de l'hypoglosse; une soudure intime s'établit, le bout périphérique de l'hypoglosse, après s'être altéré, recouvre sa structure normale. Nous avons ainsi, pour ainsi dire, construit un appareil physiologique qui va nous permettre de savoir si les excitations produites sur le nerf lingual se propagent ou non dans les deux sens, centripète et centrifuge. Nous pinçons le nerf lingual, il y a immédiatement et simultanément douleur vive et contraction de la moitié correspondante de la langue; mais le mouvement de la langue peut s'être produit par action réflexe, le bout central du nerf hypoglosse, bien qu'excisé jusqu'à une assez grande distance du lieu de la réunion, donnant encore quelques filets nerveux à la langue. On coupe le bout central du nerf lingual au niveau du bord du maxillaire inférieur, et l'on pince de nouveau ce bout ainsi séparé du centre nerveux le plus loin possible de la soudure; il y a encore contraction très marquée de la moitié de la langue, et l'on constate, en excitant le bout périphérique de l'hypoglosse, que la contraction très forte qu'on observe alors se fait dans la même partie que par l'excitation du bout central du lingual. Ajoutons, pour montrer la valeur de ces résultats, que, chez un chien qui vient de mourir, et chez lequel l'excitation du nerf hypoglosse provoque de violents mouvements de la langue, une excitation toute semblable du nerf lingual ne produit pas la moindre contraction de cet organe.

Grâce à la réunion du bout périphérique d'un nerf moteur au bout central d'un nerf sensitif, nous avons donc pu démontrer d'une façon péremptoire que les excitations produites sur un point quelconque d'un nerf sensitif se transmettent aussi bien dans le sens centrifuge que dans le sens centripète. La propagation dans le sens centrifuge a-t-elle une importance dans les conditions normales des nerfs sensitifs? Nous n'en savons rien, car on n'en constate point les effets; mais il serait téméraire d'affirmer que ces effets n'existent point. L'insuffisance des notions physiologiques sur le mécanisme intime de la sensibilité doit nous rendre prudents dès que, dans cet ordre de choses, il s'agit d'hypothèses qui ne sont pas absolument invraisemblables.

Quant à la propagation, dans le sens centripète aussi bien que dans le sens centrifuge, des excitations produites sur les fibres motrices, l'analogie nous permet de l'admettre sans hésiter. Nous sommes obligés de nous fonder ici sur l'analogie, parce que les faits expérimentaux ne sont point, comme les précédents, à l'abri de toute objection. Lorsque nous pincions le bout périphérique du nerf hypoglosse réuni au bout central du lingual, nous observions bien, en même temps que la contraction de la langue, une douleur plus ou moins vive; mais le bout périphérique de l'hypoglosse contient des fibres sensitives, récurrentes et directes, et l'on pourrait attribuer exclusivement la douleur à l'excitation de ces fibres.

— En prouvant par nos expériences, que les fibres nerveuses sensitives et motrices transmettent dans les deux sens, centripète et centrifuge, les excitations qu'elles éprouvent, nous faisons disparaître un des caractères distinctifs les plus tranchés à l'aide desquels on différenciait ces fibres les unes des autres; et, ce premier pas une fois fait, nous nous demandons si ces fibres sont, en réalité, différentes les unes des autres. Cette question, soulevée à peine en France, a été au contraire débattue en Allemagne. M. Schiff (*loc. cit.*, p. 131 et suiv.) l'a discutée avec un grand soin. Il rapporte d'abord tous les faits et les raisonnements qui semblent prouver l'identité des fibres nerveuses sensitives et des fibres motrices; puis il montre que ces preuves ne peuvent prévaloir contre les résultats infructueux des expériences de Bidder et des siennes propres sur la réunion des fibres sensitives et motrices, et, après avoir ajouté quelques autres arguments contraires à l'identité des fibres nerveuses, il conclut en disant que ces fibres doivent être de nature fondamentalement différente.

Sans entrer dans des détails qui nous entraîneraient trop loin, je rappellerai ici, en quelques mots, les principales différences que l'on admet entre les fibres motrices et les fibres sensitives. Je répète qu'une des principales différences invoquées, c'est le sens inverse dans lequel se transmettraient les excitations, centripète pour les fibres sensitives, centrifuge pour les fibres motrices. Parmi les autres différences on peut énumérer les suivantes :

1° Les fibres sensitives sont en général plus grêles que les fibres motrices (Bidder et Volkmann); 2° les fibres sensitives

---

ou voté. Croyez-vous que le nombre des praticiens sans diplôme augmente sensiblement? Pour moi, je ne le pense pas, et j'affirme à priori que le corps médical n'y trouverait qu'avantages.

En effet, pareille mesure aurait pour conséquence immédiate une grande sévérité dans le contrôle des titres et une sévérité plus grande encore dans le contrôle des actes de tous ceux qui exerceraient l'art de guérir, c'est-à-dire une entière responsabilité que ne sauraient redouter les médecins instruits et attentifs. Permettez-moi une comparaison : si les actes dont la teneur est actuellement réservée aux officiers ministériels étaient livrés aux hasards de la libre rédaction, il arriverait infailliblement que le nombre de ces actes annulés pour vices de forme augmenterait dans une énorme proportion; de là deux conséquences : des précautions plus minutieuses dans le choix des hommes à qui l'on confierait le soin de ses affaires, et un grand nombre de procès en responsabilité civile, pour omission ou erreur dans les formes légales; d'où résulteraient d'importants avantages pour les notaires régulièrement instruits et soigneux des intérêts de leurs clients.

Ainsi la liberté de l'exercice de la médecine a pour conséquence nécessaire la responsabilité médicale, et celle-ci donne nécessairement aux médecins une situation plus avantageuse, à la société des garanties plus sérieuses d'instruction et de prudence, à la science enfin une dignité qui a sa source, non plus dans l'action d'un vain privilége, mais dans la reconnaissance spontanée du public.

Les arguments que j'ai eu l'honneur de vous soumettre jusqu'à ce moment, méritent assurément d'être mieux établis; je sais cependant pour qui j'écris, monsieur, et je me fie à la raison de nos confrères pour ne point insister. Mais pourquoi le dissimuler? ces mots : *responsabilité médicale* soulèvent, surtout parmi ceux qui ont le plus de motifs pour n'en rien craindre, une réprobation énergique. Quoi donc! est-ce là une thèse nouvelle? Les nombreux procès qui, dans ces dernières années, ont été intentés aux médecins, aux magnétiseurs, aux

ont leurs foyers de nutrition dans les ganglions spinaux, tandis que les fibres motrices ont les leurs dans la substance grise de la moelle épinière (Aug. Waller); 3° il faut un courant électrique plus fort pour exciter les fibres sensitives que pour exciter les fibres motrices (Cl. Bernard); 4° les nerfs sensitifs, après la mort, perdent leurs propriétés, de la périphérie vers le centre, tandis que les nerfs moteurs perdent les leurs, du centre vers la périphérie; 5° les fibres sensitives dégénérées après leur séparation du centre nerveux, se régénèrent plus vite que les fibres motrices dans les mêmes conditions et récupèrent plus rapidement leurs fonctions (Schiff); 6° il est possible d'abolir à volonté et isolément dans les nerfs mixtes, soit les propriétés des fibres sensitives, par des injections d'eau contenant une poudre inerte en suspension, dans le système artériel d'un membre (Flourens), soit les propriétés des fibres motrices, ou par des injections de liquides irritants, de chloroforme ou d'huiles essentielles par exemple (Flourens), ou par l'empoisonnement à l'aide du curare (Cl. Bernard, Kölliker).

Toutes ces différences paraissent au premier abord avoir une valeur très grande; mais il n'en est plus de même lorsqu'on les examine de plus près. Si l'on considère en effet, 1° que, d'après nos expériences, les fibres sensitives sont capables de recevoir et de propager des excitations motrices, et que, selon toute vraisemblance, les fibres motrices peuvent recevoir et propager des excitations sensitives; 2° que dans les nerfs sensitifs on trouve des tubes larges entremêlés aux tubes grêles, et dans les nerfs moteurs des tubes grêles au milieu des tubes larges, de telle sorte qu'il ne s'agit ici que d'une différence relative et qui n'intéresse d'ailleurs en rien les propriétés physiologiques des tubes nerveux; 3° que la différence des foyers nutritifs des fibres nerveuses des deux sortes, n'implique point non plus une différence de propriétés entre ces fibres nerveuses; 4° que l'excitabilité plus vive des fibres sensitives sous l'influence de l'électricité n'est probablement qu'apparente, et tient sans doute à ce que ces fibres transmettent les excitations qu'elles reçoivent aux parties centrales avec lesquelles elles sont en rapport plus facilement que les fibres motrices ne transmettent aux muscles les excitations qu'elles subissent; 5° que les nerfs sensitifs et les nerfs moteurs ne perdent point après la mort leurs propriétés en suivant une marche inverse, mais que, leur faculté conductrice diminuant en même temps dans toute leur longueur et l'excitabilité des centres nerveux s'éteignant d'ailleurs très rapidement, il est tout simple qu'il faille exciter les fibres motrices de plus en plus près des muscles pour y déterminer une contraction, et les fibres sensitives de plus en plus près des centres nerveux pour provoquer une manifestation réflexe; 6° que la rapidité de la régénération tient certainement à des conditions de nutrition qui peuvent varier dans tels ou tels nerfs sans qu'il y ait nécessairement, pour cela, une différence physiologique essentielle entre ces nerfs; que, d'autre part, la réapparition moins tardive de la sensibilité dans les parties dont les nerfs mixtes ont été coupés, est facilement explicable, si l'on songe à l'altération plus ou moins profonde des muscles qui suit la section des nerfs moteurs, et qui s'oppose pendant un temps plus ou moins long, même après la régénération des nerfs moteurs, au retour complet des mouvements volontaires; 7° que les faits d'abolition élective de la motricité ou de la sensibilité par les moyens rappelés plus haut, perdent complétement la signification qu'on leur a donnée, si l'on remarque d'abord que l'injection des poudre, inertes n'agit pas directement sur les fibres sensitives des nerfs mixtes, mais anéantit la sensibilité du membre injectés en suspendant le cours du sang dans la moelle épinière (A. Vulpian, *Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie*, 1861, t. VIII, p. 350 et suiv.); en second lieu, que les injections de liquides irritants dans l'artère principale d'un membre n'agissent pas non plus directement sur les fibres motrices des nerfs de ce membre, mais produisent une altération chimique des muscles qui les empêche de répondre aux excitations nerveuses (1); et, en dernier lieu, que le curare et d'autres poisons dont les effets sont semblables sous ce rapport ne détruisent pas l'excitabilité motrice des nerfs, mais que, chez la grenouille, ils rendent seulement difficile ou impossible, par un mécanisme qui nous échappe, la communication des excitations des fibres nerveuses aux fibres musculaires; — si on considère ainsi les faits sous leur véritable jour, on verra en résumé, que parmi les différences signalées entre les fibres motrices et les fibres sensitives, les unes n'existent pas en réalité, et les autres sont loin d'avoir la valeur qu'on leur a attribuée : l'on arrivera de la sorte à conclure qu'on ne connaît encore aucun caractère distinctif des fibres motrices ou des fibres sensitives, au point de vue physiologique. Aux arguments que nous avons

(1) Kussmaul, *Archiv für pathologische Anatomie*, t. XIII, p. 289. — Analyse *in Archives générales de médecine*, septembre 1858, p. 348.

---

rebouteurs, aux marchands de drogues, ne prouvent-ils pas que de jour en jour le public se livre de plus en plus à cet instinct légitime et véritablement social qui nous pousse à demander réparation du dommage causé par ignorance, imprudence ou maladresse? Qu'est-ce que je réclame, sinon l'organisation équitable d'une situation qui de jour en jour devient plus périlleuse pour le corps médical, car les faits sont livrés à un expert isolé et à l'appréciation d'une jurisprudence incertaine?

Eh bien! l'institution d'un jury médical, seul juge compétent de l'étendue des fautes commises et du degré de responsabilité des intimés, n'aura-t-elle pas pour conséquence de faire excuser, en cas de malheur, les médecins qui se seraient comportés selon les règles de l'art traditionnel ou selon les vues déduites rationnellement de la science? En même temps, cette institution ne frapperait-elle point de suspicion légitime les amateurs qui, bien servis çà et là par la chance, sont forcément exposés, en vertu de leur ignorance, à commettre de dangereuses méprises?

J'admets que, dans le premier moment, surgissent à la lumière de la publicité une foule d'empiriques, de charlatans, et même d'honnêtes gens, qui actuellement, pour pratiquer la médecine, prennent l'inutile peine de se cacher, ce qui est loin de porter atteinte à leurs succès d'estime ou d'argent; combien de temps faudra-t-il pour que le public, éclairé par une foule de procès retentissants, renonce au droit qu'il aurait acquis de se faire empoisonner ou estropier par le marchand de vin du coin ou par l'amateur de la médecine Leroy, de la drogue antigoutteuse ou du caustique qui guérit *sans opération sanglante* les loupes, tumeurs et cancers?

Quoi! les médecins applaudiraient aux condamnations civiles et correctionnelles frappant les charlatans non diplomés, et ils s'insurgeraient contre la responsabilité qui atteindrait ceux-là mêmes qui, en vertu de leur science et de leur diplôme, ont plus que tous autres, ont seuls, pour ainsi parler, le devoir d'être dignes et prudents? Quel étrange raisonnement!

Revenons, si vous le voulez, aux lois anciennes : qu'il y ait

exposés à l'appui de cette conclusion on pourrait ajouter que les phénomènes électro-moteurs, électro-toniques, ainsi que la variation négative, phénomènes découverts par M. du Bois-Reymond, se manifestent, d'après lui et d'après les auteurs qui ont répété ses expériences (Schiff et Valentin), de la même façon dans les fibres motrices et les fibres sensitives.

Pour nous, envisageant d'une façon tout à fait générale les fibres nerveuses, il ne nous semble pas impossible, et en cela nous nous rapprochons des théoriciens allemands réfutés par M. Schiff, que ces fibres nerveuses aient toutes les mêmes propriétés. Pouvoir recevoir une excitation, pouvoir propager dans toute sa longueur l'excitation reçue, et enfin pouvoir transmettre cette excitation aux éléments appropriés à cette fin, telles sont, selon nous, les propriétés fondamentales de tout tube nerveux vivant, et conservant ses rapports physiologiques. Suivant les connexions de ses extrémités, il est, lorsqu'il *fonctionne*, moteur ou sensitif (qu'il s'agisse de la sensibilité générale ou spéciale). Les tubes du centre nerveux eux-mêmes, bien qu'ils servent à d'autres fonctions, ne nous paraissent pas devoir, à notre point de vue, faire une classe à part; ils n'ont vraisemblablement, comme les autres, que les propriétés caractéristiques que nous venons d'indiquer.

Ainsi, d'après cette manière de voir, les propriétés des tubes nerveux seraient identiques dans toutes les parties du système nerveux, et c'est par leurs fonctions seulement que ces tubes pourraient être regardés comme différents. Ce sont là des considérations qui, bien qu'en apparence purement spéculatives, nous ont paru dignes de l'attention des physiologistes.

A. Vulpian.

M. Robinet a repris la parole dans la dernière séance, non pour compléter, comme nous l'eussions souhaité, son précédent discours et montrer comment il fait accorder ses opinions scientifiques sur les qualités des eaux potables avec son système d'approvisionnement de Paris, mais, tout au contraire, pour insister davantage sur un des points de sa précédente argumentation, relatif à l'inutilité de la présence de l'air dans les eaux de boisson (1). M. Briquet, dans un discours non terminé, s'est appliqué à faire ressortir la contradiction, du moins apparente, qui nous avait frappé nous-même, défendu les principes admis dans la science et plaidé la cause des eaux de rivière. M. Gaultier de Claubry a parlé dans le même sens et jeté un coup d'œil général sur les questions actuellement engagées dans le débat.

M. Girard de Cailleux, membre correspondant de l'Académie, a payé son début de candidat pour la section d'hygiène et de médecine légale, par un très éloquent résumé de ses études pratiques sur les maladies mentales et nerveuses. A. D.

(1) D'une conversation avec M. Robinet, il résulte que ce savant chimiste exclut des eaux potables les eaux qui ne sont pas *limpides*, contrairement à ce que nous avions cru comprendre. Resterait à dire quelles sont les conditions chimiques d'une eau limpide?

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Hygiène professionnelle.

Mémoire sur l'inégalité professionnelle de longueur des membres supérieurs considérée comme causes d'erreurs diagnostiques et pronostiques; thérapeutique de leurs fractures, par M. le docteur Duparcque.

On sait les incertitudes que présente souvent le diagnostic des fractures des membres, et particulièrement de celles de leurs extrémités supérieures, soit parce que les signes les plus caractéristiques font défaut, comme la déformation, la mobilité, la crépitation, le raccourcissement, soit parce que ces symptômes peuvent se montrer sans qu'il y ait fracture.

Le raccourcissement, et nous entendons le raccourcissement réel, et non pas seulement apparent, comme celui qui provient de l'élévation du bassin pour le fémur, de l'épaule pour l'humérus, le raccourcissement, qui de tous les signes des fractures de ces membres est le plus caractéristique, celui sur lequel se base le plus certainement l'existence de la fracture, et qui a fait dire à J. L. Petit « qu'on n'a besoin que de la vue » pour reconnaître la fracture ».

Mais ce signe peut lui-même être trompeur, et entraîner le chirurgien dans de déplorables erreurs de diagnostic ou de pronostic, et surtout de manœuvres inutiles et dangereuses, Outre qu'il est souvent plus apparent que réel, qu'il est commun aux luxations et aux fractures. L'inégalité en longueur des membres parallèles peut être, ainsi qu'on l'a dit, naturelle (c'est-à-dire connée), ou la suite de luxations ou fractures antérieures; de plus, il faut ajouter certaines maladies antécédentes des articulations ou des os, comme nécrose, carie, ramollissement, tumeurs blanches de nature scrofuleuse ou autres.

Cette disposition est mentionnée dans les traités de chirurgie ou traités *ex professo* sur les fractures, afin de prémunir le praticien et de le mettre en demeure de s'informer si le blessé ne la présentait pas antérieurement à l'accident actuel. Mais généralement on n'insiste pas suffisamment sur cette règle prudente, trop facile à oublier ou négligée, parce qu'elle n'a trait

---

une corporation médicale solidement organisée, exerçant sur chacun de ses membres une autorité absolue, surveillant la pratique de chacun, traduisant à sa barre, condamnant ou absolvant, et par-dessus tout armée du droit de guérir, de tuer ou d'empoisonner sans que personne autre qu'elle-même ait rien à y voir; soit !

Mais demandez-vous d'abord si une pareille résurrection est possible et applicable. Même sous une forme mitigée, les conseils de discipline les plus anodins ne jouiraient d'aucune autorité; on comprend qu'il soit possible d'interdire un prêtre, de suspendre un avocat, c'est-à-dire de l'empêcher de plaider, mais non de l'empêcher de donner des consultations, ce qui est le propre du médecin. D'ailleurs les conseils seraient tellement impopulaires que personne n'en voudrait reconnaître la compétence, de telle sorte que les mesures restrictives et disciplinaires étant insignifiantes ou impuissantes, la liberté et la responsabilité se présentent comme l'unique remède aux désordres et aux scandales de la pratique illégale de notre art.

L'initiative, en pareil cas, par voie de pétitionnement honorerait le corps médical, et donnerait, à mon sentiment, une haute idée de son libéralisme.

En résumé, monsieur, le public se croit protégé, il ne l'est pas; les médecins se croient privilégiés, ils ne le sont pas; les lois visent à un but qu'elles n'atteignent pas; les titres universitaires n'ont point de sincérité, et ceux-là mêmes qui condamnent les lois impuissantes récidivent sous les yeux de l'autorité, qui a vite épuisé le maximum de ses pénalités. Voilà le quiproquo universel dont il nous faut sortir.

Je n'ai pas cru devoir citer de faits à l'appui de mes dires; outre que le métier de dénonciateur n'est point mien, je tiens trop à être conséquent pour scruter des actes que je trouve parfaitement licites. Cela regarde les parties lésées. D'ailleurs les faits sont connus de tout le monde; il suffit de lire une page d'annonces pharmaceutiques dans les journaux politiques pour voir l'exercice illégal et l'escroquerie pratiqués publiquement; la médecine des Malgaches est à l'Académie des

qu'à d'assez rares exceptions, et qu'il importe de rappeler aux praticiens.

Ce n'est pas là, toutefois, le principal des motifs qui nous engagent à reprendre en sous-œuvre ce sujet, dont on ne saurait méconnaître la grande importance; nous venons faire connaître une cause non encore signalée d'inégalité de développement, de longueur des membres supérieurs par l'effet de certaines professions. En effet, voici d'abord l'observation qui nous a révélé ce fait remarquable relatif à une fracture de l'humérus.

A ces causes d'inégalité des membres, communément indiquées et professées, il faut en ajouter une autre très remarquable, encore inédite, que nous avons constatée tout récemment, et qui consisterait dans une sorte d'arrêt de développement de l'un des membres par suite de certaines professions.

OBS. — M. J. Paris, peintre distingué, âgé de soixante-dix-huit ans, de taille au-dessus de la moyenne, fortement constitué et replet, s'accroche les pieds au bas d'un escalier; il perd l'équilibre, et va tomber, avec une violence accrue par les efforts inutiles qu'il fait pour se retenir, sur les dalles du palier; l'épaule et le bras droit supportent toute la violence de la chute.

Il était cinq heures de l'après-midi. Appelé vers sept heures du soir, je trouve le coude, et plus encore l'épaule, fortement ecchymosés, avec une dépression intermédiaire au niveau de l'insertion du deltoïde. Je constate un raccourcissement de 3 à 4 centimètres et demi; on ne peut imprimer au membre le plus léger mouvement sans éveiller de vives et violentes douleurs, ce qui empêche de constater la mobilité et la crépitation; mais le raccourcissement considérable, l'impossibilité de mouvoir le bras, la violence des douleurs, la déviation par laquelle la partie sous-deltoïdienne fait angle ouvert avec l'extrémité supérieure du bras, et produit au niveau de l'insertion du muscle une dépression profonde (coup de hache) produite aussi en partie, il est vrai, par la tuméfaction contusive énorme du moignon de l'épaule et du coude, ces signes manifestent incontestablement l'existence d'une fracture. M. le professeur Robert, qui veut bien m'aider des savants conseils de sa grande expérience, juge que la fracture existe au-dessus de l'insertion du deltoïde, au milieu environ de l'espace compris entre cette insertion et la tête du fémur; qu'elle est oblique, avec grand chevauchement, le fragment inférieur faisant saillie en haut et en dedans vers l'aisselle.

Le bras est ramené dans sa rectitude naturelle, appliqué et fixé contre la poitrine par un bandage provisoire, laissant à découvert l'épaule contusionnée pour permettre l'application de résolutifs.

Du neuvième au dixième jour, la diminution du gonflement et de la douleur permet le bandage définitif. La réduction paraît complète.

Huit jours plus tard, dix-huitième de l'accident, le bandage est relâché; comme le malade n'accuse ni gêne, ni souffrance, on se contente de consolider l'appareil sans l'enlever. Le bras ne paraît pas s'être dérangé; mais l'idée ne vient pas cette fois plus que précédemment de contrôler la réduction par la comparaison des deux membres.

Après quelques jours, le blessé se plaint de douleurs cuisantes à l'aisselle qui occasionnent de l'insomnie, et, en outre, le bandage de corps servant de base à l'appareil s'est dérangé; il comprime douloureusement la poitrine par son bord inférieur; le voisinage de l'aisselle s'imprègne d'une abondante sérosité, ce qui, avec les cuissons ressenties, dénote une fâcheuse excoriation. Nous étions au vingt-sixième jour. Après une nuit anxieuse, je me hâte de tout enlever, et trouve le creux de l'aisselle, la face interne du bras limitrophe excoriés, désépidermés. Le membre a conservé la rectitude que lui avait rendue la réduction; en glissant les doigts le long de la surface interne de l'humérus jusqu'à l'aisselle, je ne trouve aucune marque de déviation, tout indique que la coaptation avait été parfaite et s'était maintenue; la consolidation paraissait opérée; mais en rapprochant, après cette exploration satisfaisante, le bras de la poitrine, et le comparant, pour la première fois, au bras opposé, pour juger de leur rapport de longueur, je fus frappé, consterné, de trouver le fracturé très remarquablement plus court... Je ne pus maîtriser une expression de pénible surprise, ni m'empêcher d'accuser ce malheureux résultat, et pour le pallier je m'empressai de déclarer que ce malheur n'était pas sans remède, que la consolidation toute nouvelle permettrait encore d'y parer, ou qu'à la rigueur il ne pouvait en résulter que peu ou point de gêne dans l'exercice fonctionnel du membre... Ah! mon Dieu, s'écrie tout à coup la femme du blessé, nous avons oublié de vous dire que ce bras était bien plus court que l'autre avant l'accident. M. Paris, qui s'en était aperçu seulement vers l'âge de trente ans, s'était ensuite tellement habitué à cette disposition anormale, qui ne le gênait en aucune manière, qu'il n'y portait plus la moindre attention. Il l'avait entièrement oubliée lors de son mariage (à quarante-six ans), au point qu'il partagea d'abord la surprise de sa femme lorsqu'elle fit la remarque que les manches de ses vêtements, habits, chemises, gilets de flanelle, descendaient beaucoup plus bas sur la main droite que sur la gauche. Tailleurs et lingères furent gourmandés pour avoir maladroitement fait une des manches plus longue que l'autre; mais, comparaison faite desdites manches, on les trouva égales, et c'est à cette occasion seulement que M. Paris se rappela cette inégalité du bras droit, qui était très notablement court comparativement au gauche.

Mesure prise de l'acromion à l'extrémité du doigt médius, ses épaules étant placées au même niveau, le raccourcissement de ce membre est de plus de 2 centimètres et demi. L'avant-bras étant fléchi à angle droit, sa mesure donne 1 centimètre et demi pour le bras droit de l'acromion à la pointe de l'olécrâne, et un peu moins de 1 centimètre de cette pointe à l'extrémité du doigt médius. Ainsi la différence porte plus sur le bras que sur l'avant-bras.

Quant au volume du membre, il devait avoir obéi aux mêmes influences d'arrêt de développement; mais M. Paris n'y avait point fait attention, et depuis l'accident le gonflement traumatique du membre, qui est à peine complétement dissipé à cette heure, n'a pas permis de contrôle comparatif.

D'où provenait ce défaut de rapport de longueur entre les deux membres supérieurs? Était-il congénital? Le blessé ne le croit pas; il ne s'est aperçu de cette différence que vers l'âge de trente et quelques années, et l'attribue à la profession qu'il exerçait dans les conditions suivantes :

Vers l'âge de treize ans, il entrait comme élève peintre en porcelaine à la manufacture de Sèvres, dont il devint par la suite premier peintre. Pour peindre il avait le bras droit assuré, immobile sur une banquette assez élevée, laissant libre seulement la main, qui dépassait à peine, pour tenir et diriger le pinceau, tandis que le membre gauche était soumis à un

---

sciences, qui a nommé une commission; les somnambules ont des affiches partout; quant aux titres, en prend qui veut, jamais on n'entend parler de procès en usurpation; les marchands de vins pansent les panaris sous les yeux d'un *docteur en médecine* qui opine du bonnet; les sages-femmes font tout ce qu'elles veulent, et ne sont poursuivies que pour les crimes et non pour les délits qu'elles peuvent commettre. Quant aux récidives, dix-huit mois de prison ne sauraient les empêcher... Il faut que le public soit éclairé, et comme toujours il faut qu'il paye les frais de l'expérience qu'il acquérera, au grand avantage du corps médical et de la science, pour la plus grande gloire de la liberté professionnelle.

Pour quiconque examine, sans parti pris, le caractère des transformations sociales, il n'est point douteux qu'à l'exemple des nations qui ont su mettre les lois et les mœurs d'accord avec la science économique, la liberté et l'exercice de la médecine, ne soient bientôt dans les exigences de l'esprit public. N'attendons pas qu'on nous arrache un vain privilége; je dirais volontiers : Sacrifions-le, s'il y avait là quelque chose à sacrifier.

Agréez, etc. EUGÈNE DALLY.

— Le 9 mars 1863, des concours seront ouverts à l'École préparatoire de Lille pour trois places de professeurs suppléants aux chaires de médecine, matière médicale et thérapeutique; de chirurgie et accouchements; et de pharmacie, toxicologie et histoire naturelle médicale.

Les concours pour les chaires de médecine et de pharmacie commenceront le 9 mars; le concours pour la chaire de chirurgie commencera le 16 du même mois.

---

exercice continuel, pour saisir, approcher, reculer, élever, abaisser les pièces à peindre, comme tasses, soucoupes, assiettes, plats, cuvettes, etc. Dans cette position immobile le bras droit avait encore à supporter le poids du corps, pressé qu'il était entre celui-ci et la banquette servant de point d'appui au coude et à l'avant-bras. M. Paris remplit ces fonctions jusqu'à l'âge de quarante-six ans, travaillant douze heures et plus par jour, et il ne les abandonna alors que forcé par la perte de l'œil gauche; il put se livrer plus tard à la peinture à l'huile, et y montrer, comme peintre d'animaux, le talent supérieur qu'il avait acquis dans la peinture sur porcelaine.

Il y aurait donc eu, par suite de l'immobilité presque absolue du membre droit, et de la pression à laquelle il était en même temps soumis, arrêt de développement de ce côté, pendant que le membre gauche, toujours en activité, aurait suivi son développement normal.

M. Paris ne s'était aperçu de cette inégalité de longueur que vers l'âge de trente ans; mais il avait déjà remarqué que tous les autres peintres de l'établissement, qui, comme lui, avaient débuté dans les mêmes fonctions vers le commencement de la puberté, plusieurs dès l'âge de treize à quatorze ans, et alors que le squelette n'avait pas encore acquis tout son développement, avaient l'épaule droite plus élevée que la gauche, ce qui leur donnait un air plus ou moins contrefait, comme bossu; mais il n'avait pas cherché si chez eux il y avait, outre le raccourcissement apparent que cette élévation devait simuler, un raccourcissement réel, comme celui dont il était affecté.

Mais il a conservé des relations avec deux de ses collègues qu'il avait vus commencer leur apprentissage de peintre en porcelaine à la manufacture de Sèvres dès l'âge de douze à treize ans. Tous deux avaient aussi acquis, comme lui, un raccourcissement ou plutôt un défaut remarquable de longueur du bras droit. L'un d'eux est mort l'an dernier; chez l'autre, qui existe encore, Étienne Jacques, âgé de soixante-huit ans, retiré à Belleville, rue des Moulins, on constate encore que cette différence de longueur est de plus de 3 centimètres.

M. Paris a pu reprendre ses pinceaux; mais il conserve encore de la gêne dans certains mouvements du bras, et plus particulièrement de ceux du ressort du deltoïde, et qui sont évidemment la conséquence de la violente contusion qu'il a éprouvée par l'accident, comme il survient en pareil cas.

Le temps et les occasions nous ont manqué pour contrôler notre observation par d'autres faits puisés aux mêmes sources, c'est-à-dire chez les peintres en porcelaine; il est probable que les mêmes effets, l'inégalité de développement des membres supérieurs, se rencontreraient aussi dans toutes les professions qui exigent l'activité de l'un d'eux, l'autre restant immobile ou à peu près, ainsi chez les bijoutiers; remarquant que, dans ces derniers cas, la différence par arrêt de développement porterait sur le côté gauche, qui, chez les bijoutiers, sert d'appui, tandis encore que dans les professions exigeant la puissante action de l'un des membres, et c'est généralement le droit, la différence serait par excès de développement de celui-ci, ainsi les taillandiers, les maréchaux, etc.

Ces inégalités de développement dues à certaines professions sont choses connues, mais on ne les a guère signalées qu'entre les membres supérieurs et les inférieurs, ainsi chez les boulangers, les danseurs, etc. Mais, dans ces cas, la différence est produite par un excès de développement de l'une des parties du membre, tandis que dans les inégalités interbrachiales la différence peut provenir, ainsi que nous l'avons dit, soit d'un excès de développement, soit d'une sorte d'arrêt de développement de l'un des membres.

En outre, et c'est là le point le plus important, tandis que, quand la différence de développement n'existe qu'entre les membres différents, les similaires conservant leurs rapports de longueur, cette disposition n'entraîne aucune modification dans les effets, phénomènes et signes relatifs aux fractures et aux luxations. Il n'en saurait être, et il n'en est pas de même, dans les cas d'inégalité entre les membres parallèles, comme dans notre observation et les cas analogues.

Les conséquences de cette inégalité portent sur le diagnostic et le pronostic des fractures ou luxations des membres, et influent sur les indications et l'emploi des moyens thérapeutiques.

Ainsi : 1° Une chute a lieu sur le membre le plus long : la tuméfaction, la douleur ne permettent pas de constater s'il y a déformation, mobilité, crépitation; mais le membre mesure la même longueur que l'autre, il n'y a pas de raccourcissement apparent, bien qu'il y ait fracture, avec chevauchement ou luxation; alors ce manque du signe principal, pathognomonique de la fracture ou de la luxation, impose le doute, ou rassure même sur la nature de la blessure, et l'on néglige de recourir à des tentatives de réduction...

2° Est-ce le membre le plus court qui a supporté la violence traumatique, son défaut ou sa différence préalable de longueur méconnue pourra être considérée comme provenant de l'accident, et témoigner de l'existence d'une fracture ou d'une luxation qui n'existerait pas, et alors qu'il y aurait seulement une forte contusion.

Guidé par cette croyance diagnostique, on exposera les parties molles, muscles, tendons, ligaments, à d'inutiles tentatives de réduction, à des tiraillements extrêmement douloureux, des déchirements, des ruptures.

Dans notre observation, notre négligence irréfléchie à comparer d'abord les deux membres pour contrôler si la réduction était ou non parfaite, négligence très blâmable en cas ordinaire, a du moins été heureuse au cas présent. En trouvant le raccourcissement imprévu et non accusé par le blessé, nous aurions évidemment cherché par des tractions à ramener le membre au même niveau de longueur que l'opposé.

3° On ne s'aperçoit du défaut de rapport de longueur entre les deux membres que quand la consolidation est en voie de s'opérer. L'indication est précise, il faut, tandis qu'il en est temps encore, détruire les adhérences commencées, et procéder à une nouvelle réduction... C'est ce que nous nous proposions de faire si les souvenirs de notre blessé et de sa femme n'étaient alors, si fort à propos, venus nous apprendre que le raccourcissement qui nous préoccupait si péniblement existait avant l'accident.

4° Enfin on ne s'aperçoit de la différence de longueur qu'après la consolidation du bras, à une époque éloignée plus ou moins après l'accident. Le membre a conservé, par suite de cet accident, avec ou sans fracture, de la gêne dans les mouvements... Le praticien reste en proie à la pénible pensée d'avoir mal réduit, ou il se trouve exposé à des récriminations, des reproches si facilement inspirés généralement aux clients d'une disposition qu'ils avaient auparavant, et dont ils ne s'étaient pas aperçus eux-mêmes... Notre observation montre comment, et avec quelle facilité, ces inégalités professionnelles peuvent être méconnues, oubliées complétement par les individus eux-mêmes qui les ont contractées. Il n'a pas fallu moins que la peur d'être soumis à de nouvelles tortures de réduction pour arracher en quelque sorte au blessé et à sa femme le souvenir de cette disposition autrefois acquise et lentement développée.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 JANVIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Pathologie. — *Note sur la durée de l'incubation de la rage chez les chiens*, par M. *Renault*. — L'auteur rappelle sa communication du 21 avril dernier, dans laquelle il faisait ressortir la nécessité du musellement permanent des chiens libres comme mesure préventive de la rage; mais ce moyen même devient

insuffisant devant la négligence des particuliers et la tolérance de l'administration. Aussi M. Renault n'hésite-t-il pas à prescrire une mesure plus rigoureuse, plus radicale et aussi plus efficace : l'occision des chiens suspects.

Dans l'état actuel des choses en matière de règlements sanitaires, lorsqu'un chien a été mordu ou qu'on est fondé à croire qu'il l'a été par un animal enragé de son espèce, la police prescrit qu'il soit enfermé et tenu à l'attache, la plupart du temps chez son propriétaire, pendant un temps qui n'excède pas quarante jours. Ce moyen serait bon si l'incubation de la rage ne dépassait jamais ces limites, mais l'observation clinique apprend qu'il n'en est pas toujours ainsi. M. Renault rapporte un relevé statistique duquel il résulte que, sur 131 chiens devenus enragés, après avoir été inoculés ou mordus, la rage s'est manifestée sur 115 du quarantième au cent dix-huitième jour.

Quelle est la conséquence que doit tirer de ces faits l'administration chargée de veiller à la sécurité publique ? C'est évidemment que, si l'on veut s'en tenir au système de la séquestration, il faudrait que la durée de cette quarantaine fût d'au moins cent vingt jours. Mais, attendu qu'il est peu probable que cette mesure soit jamais aussi exactement et sévèrement observée qu'il serait nécessaire qu'elle le fût; attendu que rien ne prouve que, après ce délai de cent vingt jours, la maladie ne pourra pas encore se manifester, comme des praticiens recommandables assurent en avoir observé des cas, si rares qu'ils aient été, il semble que la mesure la plus certaine, la seule qui puisse satisfaire la prudence et mettre les familles et le public à l'abri de tout danger, ce serait de faire sacrifier immédiatement tout chien qui aurait été mordu ou seulement attaqué par un autre chien enragé.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 JANVIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Différents rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Picard* (de Romorantin) et *Balme* (du Puy). (*Commission des épidémies.*) — *b.* Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Cauvallat (Gard), par M. le docteur *Verdier*; d'Enghien (Seine-et-Oise), par M. le docteur *de Puisaye*; de Trébas (Tarn), par M. le docteur *Pasturel*. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : Un rapport de M. le docteur *Tuefferd* (de Montbéliard) sur une épidémie de fièvre typhoïde dans les communes de Saint-Maurice et de Dampierre-sur-Doubs. (*Commission des épidémies.*)

3° Le modèle et la description d'un nouveau pessaire construit par M. *Charrière*, sur les indications de M. *Maisonneuve*.

Un système de démontage à vis permet de monter des pessaires de différents volumes. On peut graduer l'inclinaison du pessaire. Cet instrument a les avantages du pessaire à tige fixe, qui présentait des difficultés pour être introduit.

A. Pessaire prêt à être introduit.

D. Pessaire vu en place. On voit au centre une cuvette à vis qui sert au changement de pessaire.

C. Point d'arrêt qu'on peut multiplier à volonté.

M. *Larrey* dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur *Bories* sur les eaux minérales et les nids de salanganes à l'île de la Réunion.

Lectures.

M. *Boudet*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports officiels dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

STATISTIQUE MÉDICALE. — M. *Girard de Cailleux*, candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale, donne lecture d'un travail intitulé : RÉSUMÉ DES ÉTUDES PRATIQUES SUR LES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES. Cette note est un exposé de quelques idées d'ensemble contenues dans un ouvrage que M. Girard de Cailleux va publier prochainement. Le but de ce livre est « de dresser, en quelque sorte, un programme à suivre dans chaque département pour coordonner les efforts des médecins d'asile en les dirigeant vers des études comparées d'aliénation mentale. » (*Renvoyé à la section d'hygiène et de médecine légale.*)

Discussion sur les eaux potables.

M. *Robinet* rappelle l'opinion qu'il a soutenue dans la dernière séance, à savoir qu'on avait, selon lui, attaché trop d'importance à la présence de l'air dans les eaux potables, puis il continue dans les termes suivants :

« Bien que les faits que je viens de citer démontrent avec évidence que la présence de l'air ou de l'oxygène n'est pas indispensable pour que les liquides ingérés dans l'estomac concourent utilement à la digestion, je ne puis me dissimuler que, en ce qui concerne l'eau, l'opinion contraire est générale ou presque générale. Mais sur quel fondement sérieux s'appuie cette opinion? Ne serait-il pas possible qu'elle tirât son origine de l'idée qu'on s'était faite autrefois de cet acte physiologique, comparé par beaucoup d'observateurs à une fermentation?

» Quoi qu'il en soit, j'ai voulu me rendre compte par le calcul des proportions d'oxygène qui sont introduites en vingt-quatre heures dans l'estomac d'un adulte de moyenne taille.

» Il faut nécessairement, dans ce calcul, retrancher les liquides privés d'air : tels sont les liquides fermentés ou alcooliques et les boissons chaudes.

» Je supposerai donc qu'un adulte du poids de 50 kilogrammes aura ingéré en vingt-quatre heures 1 kilogramme d'eau très aérée, c'est-à-dire contenant 10 centimètres cubes d'oxygène. Ces 10 centimètres cubes, à l'état de liberté, formeront 1/100e du volume de l'eau; ils pèseront 14 milligrammes ou 1/66 000e du poids de l'eau. Chaque verre d'eau de 100 grammes contiendra 1 milligramme 1/2 d'oxygène. A ce compte, cet individu absorbera 1 gramme d'oxygène en soixante-six jours. S'il prenait par vingt-quatre heures 2 litres d'eau ainsi aérée, il faudrait encore trente-trois jours pour introduire dans l'estomac 1 gramme d'oxygène. Or, un adulte du poids de 50 kilogrammes absorbe par heure, en respirant, 1gr,18 d'oxygène, et en vingt-quatre heures 28gr,32, c'est-à-dire deux mille fois plus. On pourra m'objecter sans doute que le litre d'eau aérée sera généralement ingéré en deux ou trois doses prises aux repas : soit. Prenons la supposition la plus favorable, en deux doses, ce sera donc 7 milligrammes d'oxygène dissous dans 500 grammes d'eau qui viendront se mêler à chaque repas à la masse des aliments d'un adulte de force moyenne.

» Il faut convenir que la théorie ne permet guère d'attribuer une part bien grande, dans l'acte rapide et tumultueux de la digestion, à une pareille quantité d'air vital, surtout en présence du fait avéré que les digestions sont tout aussi faciles avec le concours de liquides totalement privés d'air.

» Je crois donc pouvoir m'élever, quant à présent et non sans raison, contre l'opinion qui attribue une grande importance à la présence dans l'eau de quelques centimètres cubes de gaz oxygène. »

M. Robinet soumet ensuite à l'Académie un appareil nouveau qu'il vient d'imaginer pour doser vite et sûrement les gaz dissous dans l'eau. Cet appareil est une espèce d'eudiomètre dont l'emploi est basé sur ce principe bien connu, à savoir que l'addition d'une certaine quantité d'alcool rectifié et neutre à l'eau non distillée produit un dégagement des gaz renfermés dans cette eau. L'orateur explique et développe le mécanisme de cet appareil, les avantages de la méthode et les précautions à prendre pour arriver à des résultats précis. Il ne

veut pas, quant à présent, tirer de conclusions des analyses qu'il a faites avec cet instrument, ces expériences n'étant pas encore assez nombreuses pour conclure d'une manière satisfaisante.

M. *Gaultier de Claubry*, au sujet du procédé d'analyse proposé par M. Robinet, rappelle qu'il a déjà signalé dans ses cours un moyen analogue comme fournissant, non pas des résultats positifs, mais des résultats approximatifs; il fait remarquer, en outre, que la stabilité des gaz dissous dans l'eau est plus grande que ne l'a indiqué M. Robinet, si bien que, pour l'oxygène notamment, le mélange de l'alcool à l'eau ne suffirait pas pour produire un dégagement complet, et qu'il est nécessaire d'employer d'autres agents, tels qu'une température élevée, une diminution de la pression atmosphérique, etc.

L'orateur entre ensuite dans l'étude des qualités de l'eau potable. Il ne partage pas l'opinion de M. Robinet sur le peu d'importance de l'oxygène dans l'eau; on a peut-être exagéré l'influence de ce gaz, mais il faut bien se garder de tomber dans l'excès contraire et de soutenir que l'air ou l'oxygène sont des gaz inutiles dans les eaux potables. On a cité là-dessus des expériences contradictoires, mais la plupart de ces expériences sont défectueuses en ce que l'eau qui a servi à les faire n'a pas été désaérée par les mêmes procédés. En effet, il n'est pas indifférent que l'eau soit privée de ses gaz par la simple ébullition ou par la distillation, ou par la fonte de la glace ou de la neige. M. Gaultier nie qu'on puisse tirer aucune conclusion rigoureuse des expériences comparatives entreprises avec des eaux désaérées par ces méthodes diverses.

L'acide carbonique existe dans toutes les eaux, mais dans deux états différents : à l'état gazeux, et à l'état de combinaison avec la chaux, la potasse ou la soude. Il importe de tenir compte de ces deux états. On a prétendu que les matières filtrantes jouissaient de la propriété d'absorber des proportions notables d'oxygène et d'acide carbonique. L'orateur accepte ce fait avec réserve; il estime qu'il a besoin d'être étayé sur un plus grand nombre d'expériences.

M. Boussingault a observé des faits qui tendent à démontrer d'une manière péremptoire que l'acide carbonique est directement fourni à l'état gazeux à certaines eaux par les terrains qu'elles parcourent. Ces eaux sont très chargées de ce gaz. C'est le fait de beaucoup d'eaux minérales.

Abordant la question de la température des eaux potables, M. Gaultier de Claubry déclare qu'il est utile que les eaux à boire soient, autant que possible, tempérées en toute saison. A cet égard, il importe que les aqueducs, dans un système de dérivation, soient couverts et séparés de l'air atmosphérique par une couche de terre suffisante pour soustraire l'eau aux variations de température.

L'orateur attache une grande importance à la limpidité; il croit à l'efficacité du filtrage en petit, mais il déclare que, jusqu'à présent, on n'a pas résolu d'une manière satisfaisante le problème de la filtration en grand. Mais il ne faut pas désespérer de l'avenir de la science, et l'on ne tardera pas sans doute à découvrir un moyen meilleur que ceux qui existent en ce moment.

M. *Briquet* proclame « la nécessité de l'urbanité athénienne » dans les discussions académiques.

M. *le Président* croit que l'Académie peut se passer de cette leçon, et invite l'orateur à rentrer directement dans la question des eaux potables.

M. *Jolly* pense que M. Briquet a le droit de protester contre l'exorde un peu agressif de M. Robinet dans la dernière séance, à l'adresse des hygiénistes de mauvais augure.

M. *le Président* déclare qu'il ne laissera pas le débat s'engager dans des récriminations et des allusions personnelles.

M. *Briquet* se propose de parler successivement de la composition chimique des eaux, de la température et du filtrage.

Il ne parlera pas de la composition chimique des eaux en chimiste, mais en médecin, en hygiéniste. L'orateur s'associe, sous ce rapport, aux conclusions de la commission, qui expriment les doctrines des hygiénistes, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Tous les hygiénistes proclament en effet, au dire de M. Briquet, que les eaux de rivière sont de bonnes eaux potables, et que les eaux de source sont de mauvaises eaux pour l'usage domestique.

Le discours de M. Bouchardat a été celui d'un sceptique, d'un hygiéniste qui doute de l'utilité des gaz et des sels contenus dans l'eau. Mais après lui est venu M. Robinet, qui a soutenu une doctrine nouvelle, une doctrine inattendue, une doctrine très affirmative, qui renverse toutes les idées généralement reçues. Et après cela, pourrait-on dire à M. Robinet, pourquoi ne pas boire l'eau de la Seine? pourquoi aller dérober leur eau aux habitants de la Champagne? L'administration parisienne serait-elle comme certaines dames coquettes, qui se figurent que les toilettes les plus chères sont les plus belles et les meilleures?

M. Robinet a dit qu'à Saint-Denis on boit de l'eau non aérée; M. Briquet déclare qu'il n'en sait rien; mais il présume que cette eau doit au moins contenir l'air qu'elle peut absorber en coulant des fontaines et en séjournant dans les réservoirs et dans les carafes. On se porte bien à Saint-Denis, ajoute M. Robinet : c'est une simple assertion : il ne l'a pas prouvé. M. Briquet conteste cette assertion et cherche à prouver qu'il y a peu d'établissements plus malsains que la maison impériale de la Légion-d'honneur. Il a fallu toute la persévérance éclairée de M. Longet, médecin en chef, pour modifier avantageusement les conditions sanitaires de cette maison.

M. Robinet a dit que dans la Champagne, et notamment dans le département de la Marne, la majorité des habitants boivent de l'eau de puits. C'est vrai; mais s'ils pouvaient boire de l'eau de rivière, ils en boiraient volontiers. M. Briquet raconte qu'autrefois il était d'usage, à Châlons, à partir de deux ou trois heures de l'après-midi, que chaque bourgeois prît sa canne, son chapeau, et allât se promener sur les bords de la Marne pour se désaltérer aux eaux bienfaisantes de cette rivière. On appelait cette petite cérémonie *battre Marne*.

M. Briquet, vu l'heure avancée, remet à la prochaine séance la fin de son anecdote.

Élection.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission des correspondants et associés étrangers.

Sont élus : MM. Larrey, Louis, Cloquet, Rayer, Boutron.

La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1862. — PRÉSIDENCE DE M. BÉHIER.

HYPERTROPHIE DE LA RATE.

M. *Colin* montre à la Société une rate hypertrophiée provenant d'un jeune militaire qui n'avait jamais été soumis à l'influence paludéenne. Il n'avait jamais servi en Afrique, il avait toujours habité des localités salubres, et jamais il n'avait eu de fièvre d'accès. Depuis un an, à la suite d'une chute sur le flanc gauche et d'une contusion assez forte de la région splénique, il avait été pris de douleur à l'hypochondre gauche, d'ictère et d'embarras gastrique, et successivement on avait noté l'hypertrophie de plus en plus prononcée de la rate d'abord, puis du foie, et enfin la persistance de l'ictère et de la douleur dans la région hypochondriaque. Ces accidents nécessitèrent, en moins d'un an, trois fois son admission à l'hôpital et une saison à Vichy, sans qu'il présentât cependant d'accidents positivement graves, ni accès fébriles, ni ascite, ni anasarque, ni vomissements, ni diarrhée, ni état leucocythémique du sang. Un dépérissement progressif, une douleur sourde de la région splénique, étaient les seuls symptômes

appréciables de la lésion de la rate, quand il succomba brusquement avec les signes d'une péritonite suraiguë.

A l'autopsie on trouva, en effet, les lésions d'une inflammation récente du péritoine, sans perforation du tube digestif. La rate était enveloppée d'une coque pseudo-membraneuse épaisse, renfermant une quantité considérable de pus, qui s'était fait jour dans la cavité péritonéale par deux ouvertures irrégulières. Mais ce pus ne provenait pas de la rate, il s'était formé à sa périphérie, entre la glande et les fausses membranes qui la coiffaient. L'enveloppe fibreuse de ce viscère était épaissie, indurée en certain point, et la glande elle-même, atteignant le poids total de 1970 grammes, présentait à la coupe un tissu très résistant. Le foie présentait aussi une hypertrophie considérable avec augmentation de la consistance du parenchyme, et coloration jaune par îlots, état analogue à celui qu'on décrit sous le nom de foie lardacé.

L'iode n'a produit aucune coloration particulière qui pût faire croire à la dégénérescence amyloïde.

Ce fait semble une nouvelle preuve de la solidarité pathologique du foie et de la rate. Ici la rate semble avoir été prise la première, sans qu'on puisse dire au juste quelle a été la part de la contusion dans l'étiologie de la maladie. Le foie s'est pris consécutivement. Il n'y a eu ni fièvres d'accès, ni leucocythémie; la suppuration qui s'était formée dans les derniers temps autour de la rate a été la cause de la péritonite et de la mort.

MM. *Vidal* et *Béhier* croient reconnaître dans le parenchyme splénique deux petits foyers hémorrhagiques qui tiendraient peut-être au traumatisme. M. Colin n'y voit que le résultat des manœuvres exercées sur l'organe *post mortem*. La coupe du tissu splénique montre l'absence de toute lésion de cette nature.

M. *Vigla* a soigné longtemps un malade atteint d'une hypertrophie splénique, dont l'origine ne pouvait être rapportée à aucune maladie antérieure. Le volume de l'organe était énorme.

M. *Moutard-Martin* a vu également à deux reprises, à l'hôpital Saint-Antoine, une femme qui portait une rate énormément hypertrophiée sans qu'on pût l'attribuer à l'intoxication paludéenne, et sans qu'il y eût leucocythémie. Cette malade a été perdue de vue, comme le sujet de M. Vigla.

Dr E. Isambert.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE 1862.

LYMPHATOCÈLES. — PARALYSIE TRAUMATIQUE DES DEUXIÈME ET TROISIÈME PAIRES DE NERFS. — OBLITÉRATIONS RECTALES.

M. *Gubler* a communiqué à la Société une note sur les collections liquides improprement appelées *galactocèles*, et que, dès 1854, il a proposé de nommer des *lymphatocèles*, parce qu'il a trouvé à leur contenu tous les caractères de la lymphe. L'étude récente faite par M. Demarquay et par M. Lecomte de l'une de ces tumeurs, a donc confirmé entièrement les résultats auxquels M. Gubler était arrivé il y a neuf ans. A cette époque, en effet, M. Gubler écrivait que le liquide opalin et blanchâtre de certaines tumeurs n'a quelque analogie avec le lait que parce qu'il contient de la graisse émulsionnée, une substance albuminoïde et une matière réduisant l'oxyde de cuivre; mais l'analogie est trompeuse, car cette graisse n'est pas du beurre, cette substance albuminoïde n'est pas du caséum, cette matière réduisant l'oxyde de cuivre n'est pas du sucre de lait. Enfin le liquide blanchâtre ne contient pas de traces de phosphate de chaud, tandis que le lait en contient toujours. Les éléments de ces collections sont au contraire les mêmes que ceux de la lymphe, et comme il y a des vaisseaux lymphatiques partout, on comprend que des tumeurs d'apparence laiteuse se soient rencontrées dans toutes les régions.

M. *Fleury* (de Clermont) a adressé à la Société une observation qu'il considère comme un exemple de paralysie de la deuxième et de la troisième paire de nerfs, consécutive à une lésion traumatique de la cinquième paire.

Le malade avait fait une chute violente sur la tempe gauche, mais il s'était relevé immédiatement sans avoir éprouvé le moindre symptôme de commotion cérébrale. La seule conséquence immédiate et visible de sa chute avait été une infiltration sanguine du tissu lamelleux des paupières; mais lorsque le gonflement, qui semblait seul immobiliser les paupières, eut disparu, le malade s'aperçut qu'il ne pouvait plus ouvrir l'œil gauche, et que, s'il soulevait sa paupière avec le doigt, il ne voyait rien de cet œil. — La pupille gauche était largement dilatée, l'œil était porté en dehors et ne pouvait exécuter aucun mouvement de rotation. On avait donc là tous les signes réunis d'une paralysie du nerf optique et du nerf moteur oculaire commun. Pour expliquer cette paralysie, M. Fleury croit qu'il est impossible, tant les suites de la chute ont été légères, d'admettre qu'il y ait eu une fracture de l'orbite et un épanchement de sang comprimant dans la cavité orbitaire la deuxième et la troisième paire. « Serait-ce, dit-il, » la lésion du nerf de la cinquième paire qui, par l'intermé- » diaire du filet nerveux que le rameau nasal de l'ophthal- » mique de Willis envoie au ganglion ophthalmique, réagirait » par l'intermédiaire du rameau du moteur commun sur le » tronc de ce nerf lui-même? »

M. Fleury fait remarquer que cette explication, si étrange qu'elle paraisse, a été invoquée déjà par Vidal et par M. Marchal (de Calvi), pour des faits analogues. C'est ainsi que Vidal croit qu'une lésion de la cinquième paire, même sans déchirure des téguments, peut être la cause d'une amaurose, et que M. Marchal a considéré dans quatre cas la paralysie de la troisième paire comme le résultat d'une névralgie de la cinquième.

— M. *Ozé*, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, a lu dans cette séance les conclusions d'un travail sur la pénétration de l'air et des divers gaz dans les veines. M. Verneuil a donné, dans le précédent numéro de la Gazette hebdomadaire, une analyse de ces importantes recherches.

— M. *Trélat* rendra compte de l'observation qu'il a faite récemment d'une *oblitération rectale*.

L'enfant, du sexe masculin, était né depuis trente-six heures. Il avait uriné, mais n'avait eu aucune garderobe et n'avait rien pu avaler sans vomir. Le ventre était partout élastique et sonore, et l'on ne sentait nulle part une anse intestinale distendue par du méconium. L'anus était régulièrement conformé, mais à un centimètre de son orifice, il y avait un obstacle infranchissable et à aucun moment ni par aucun moyen, on ne pouvait sentir de fluctuation au niveau de ce cul-de-sac. Rien n'indiquait la proximité du bout supérieur du rectum. L'absence de méconium dans l'urine prouvait d'ailleurs que le rectum et la vessie ne communiquaient pas.

M. Trélat résolut d'aller à la recherche du rectum à travers le périnée, mais il rencontra dans cette opération des difficultés dont on jugera, en disant que c'est seulement à une profondeur de 45 millimètres qu'il rencontra en haut, vers la vessie, une surface molle et tendue qui lui parut être l'intestin. Cette masse adhérait à la vessie et il était impossible, à moins de s'aventurer dans la dissection la plus périlleuse, de la détacher et de la faire descendre. Lorsque l'opérateur se fut assuré, par une ponction exploratrice, que cette ampoule contenait réellement du méconium, il l'ouvrit avec des ciseaux, de façon à pouvoir y introduire le petit doigt. Une abondante évacuation de gaz et de méconium parut soulager d'abord le petit malade qui succomba néanmoins huit heures après l'opération.

La méthode périnéale, qui a donné de si nombreux succès dans les cas d'oblitération ou plutôt d'imperforation anale, devrait, de l'avis de M. Trélat, être rejetée dans les *oblitérations*

rectales, c'est-à-dire dans les cas où, malgré la présence d'un anus, on ne peut savoir dans quelle longueur manque le rectum, où rien n'indique la proximité de son ampoule terminale, où enfin il faut aller en aveugle à la recherche de l'inconnu, à travers une couche épaisse de parties molles. Il peut arriver, en effet, qu'on ne découvre pas l'intestin et qu'on soit forcé, comme l'a été dernièrement M. Marjolin, de faire suivre une pénible et infructueuse opération, d'une autre opération, celle de Littre, ou bien si l'on a trouvé l'intestin et si on l'a ouvert, on n'est pas assuré de la persistance d'une ouverture suffisante. La vie, d'ailleurs, est compromise par la méthode périnéale comme par toutes les méthodes. Pour toutes ces raisons, M. Trélat déclare que, dans un cas semblable à celui qu'il a rencontré, il ferait d'emblée l'opération de Littre.

M. *Dolbeau* a éprouvé aussi les plus grandes difficultés pour trouver le rectum et pour en faire descendre l'extrémité terminale, dans un cas d'*oblitération rectale* avec présence de l'anus. Son opéré mourut quelques instants après l'opération. Dans des cas semblables, il ferait aussi plus volontiers l'opération de l'anus artificiel dans la fosse iliaque.

M. *Depaul*, M. *Verneuil* et M. *Marjolin* ne voudraient pas qu'on hésitât à adopter la méthode périnéale toutes les fois que le doigt permet de constater la fluctuation. Ce n'est pas non plus dans de semblables circonstances que M. *Trélat* conseillerait de recourir à la méthode de Littre. Il n'y a donc en réalité pas de dissidence entre eux.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

De la pellagre sporadique, par le docteur Noguès.

L'habile médecin en chef de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques publie quatre nouvelles observations de pellagre que nous ne reproduirons pas, quelque intéressantes qu'elles soient, pour nous réserver la place nécessaire à un exposé des considérations auxquelles il se livre, relativement à la nature et à la cause de la maladie. Ces considérations, du reste, ne concernent pas uniquement les quatre faits consignés dans le mémoire, mais sont déduits de l'ensemble des faits et des travaux publiés.

Nous nous arrêterons peu à la question de la pellagre, l'auteur lui-même comprenant bien qu'on ne peut la définir que d'une manière assez vague. Il exprime néanmoins, ce nous semble, une idée juste, quoique trop peu précise, en plaçant les éléments fondamentaux de l'affection dans un « appauvrissement du sang », bientôt suivi d'une « perversion de la force nerveuse ». Avec lui, nous ne pouvons regarder la pellagre comme constituée essentiellement par une *gastro-entérite;* seulement les lésions intestinales, qui ont été constatées à l'autopsie et qui créent aux yeux de M. Billod (de Sainte-Gemmes) un *typhus pellagreux*, doivent être prises en très sérieuse considération dans la détermination des caractères anatomiques de la maladie.

Tout ce qui concerne l'*étiologie* est exposé par l'auteur avec beaucoup de clarté et de jugement. La cause de la pellagre a été trouvée dans l'action de l'air humide, par Casal, Thouvenel, Léon Marchand; dans l'action du soleil, par Albera; dans l'action déprimante de la misère escortée de l'influence des chagrins, des passions tristes et d'une habitation insalubre; dans l'emploi du mauvais vin et des viandes salées, par Torni, Scudelanzoni; dans l'alimentation exclusive et continuelle par le maïs, par Fanzago, Guerrechi, Balardini et surtout Marsari.

M. Balardini, dans un mémoire remarquable qu'il a publié en avril 1845, soutient que la pellagre est occasionnée exclusivement par le maïs, mais par le maïs qu'a altéré dans sa composition une maladie particulière qu'il a appelée du nom de *verderame*. « Cette altération, dit-il, ne se manifeste qu'après » la récolte et lorsque le grain est placé dans les greniers. Elle » apparaît dans le sillon oblong, couvert d'un épiderme très » mince, qui correspond au germe. Cet épiderme (qui dans » l'état normal est ridé et adhérent à l'embryon), lorsque la » production morbide que nous examinons est née, se détache » de celui-ci et s'épaissit peu à peu; pendant quelque temps » cependant, il conserve son intégrité, laissant voir une matière » verdâtre qui paraît lui être sous-jacente : si l'on enlève la » pellicule épidermique, on trouve, en effet, au-dessous un » amas de poussière ayant la couleur du vert-de-gris plus ou » moins foncé; c'est un véritable produit parasite qui attaque » d'abord la substance voisine du germe, se porte ensuite sur » le germe lui-même et le détruit. »

D'après cela, l'opinion de Marsari perd de son importance; en effet, ce n'est point l'alimentation exclusive par le maïs qui serait la cause de la pellagre, mais bien un principe particulier, le *verdet*.

L'opinion de M. Balardini, appuyée d'ailleurs sur un grand nombre de faits cliniques soigneusement observés, a été partagée par plusieurs médecins qui ont vu la pellagre de près ou de loin, notamment par M. Costallat. Mais, dit l'auteur du mémoire que nous analysons, M. Costallat ne prouve pas que le verdet soit la cause unique de la pellagre; il suppose toujours cette cause, mais il ne la démontre ni cliniquement ni expérimentalement; il se contente de dire à la page 30 d'une brochure intitulée : *Étiologie et prophylaxie de la pellagre* : « Avec » le maïs étranger provenant des provinces danubiennes, s'in- » troduisit une quantité de verdet hors de toute proportion » avec ce qu'on avait pu voir jusqu'alors, de là aussi les effets » désartreux sur la santé publique. » Ce n'est là qu'une affirmation générale, mais il fallait d'abord prouver. M. le docteur Costallat constate le verdet dans le maïs provenant des provinces danubiennes. Mais l'affirmation de ce fait était insuffisante; il aurait dû prouver sans réplique que cette alimentation viciée avait déterminé la pellagre chez les pauvres gens qui en avaient fait usage. Donc, puisque le médecin des Hautes-Pyrénées n'a pu établir, ni par l'expérimentation ni par l'observation clinique, que le verderame est la cause unique de la pellagre, nous sommes autorisé à croire que le travail de M. Costallat, bien fait d'ailleurs, ne peut nullement servir pour résoudre définitivement le problème étiologique de l'affection pellagreuse. Telle est l'opinion suffisamment motivée de M. Noguès.

Dans son rapport à M. le préfet des Hautes-Pyrénées, M. Duplan combat les opinions de M. Costallat. « A ceux, dit-il, qui soutiennent cette opinion (que le verdet est la cause de la pellagre), les médecins des Pyrénées répondent que la maladie n'a jamais révélé son existence dans les régions des Hautes-Pyrénées où l'on se nourrit exclusivement de cette céréale, tandis qu'elle sévit par contre dans une foule de localités où l'on mange du pain de seigle, de froment, de sarrasin et d'orge; le maïs n'étant guère employé que sous forme de bouillie, laquelle, préparée tantôt avec des choux et de la graisse, tantôt avec du lait, tient lieu de soupe dans les principaux repas.

» Si l'on cherche, en effet, quelles sont les localités envahies jusqu'ici par la pellagre, on est forcé de reconnaître que la maladie ne se retrouve guère que dans les belles vallées de l'Adour, de l'Arros et de l'Echez, précisément dans les régions les moins déshéritées de la fortune. Or, nous savons tous que là la classe inférieure se nourrit bien, qu'elle mange du pain de froment mélangé, en proportions variables, avec du seigle, de l'orge et très exceptionnellement avec du maïs, du sarrasin. Ne voit-on pas, d'un autre côté, la haute montagne, cette région si étendue de notre département, où l'ouvrier, le pasteur et l'homme des champs font du blé de Turquie leur principale nourriture, le seigle ou le blé sarrasin n'entrant que pour une faible part dans l'alimentation; ne voit-on pas, disons-nous, la haute montagne jouir jusqu'à ce jour des bénéfices d'une immunité complète? Peut-être dira-t-on que le montagnard prépare ordinairement les farines de maïs avec du lait ou du

beurre, et qu'il peut bien neutraliser ainsi les caractères toxiques attribués à ces farines. Sans doute, l'habitant de nos campagnes fait entrer en assez forte proportion le lait et ses produits dans son régime alimentaire; mais le lait ou ses produits revêtiraient-ils donc des propriétés prophylactiques de la pellagre? L'histoire de l'endémie est là pour répondre à cette question.

» En résumé, pour les médecins des Hautes-Pyrénées, la pellagre qui sévit dans nos campagnes ne saurait être attribuée à l'usage du maïs. Il est démontré pour eux qu'elle a été amenée par un concours de causes débilitantes, telles qu'une alimentation insuffisante, la privation de vin pour bon nombre d'individus qui en faisaient leur boisson habituelle, l'excès du travail, l'habitation de lieux insalubres. Ainsi envisagée, la manifestation de cette maladie s'explique naturellement, tandis qu'elle devient inexplicable quand on la rattache à l'usage du maïs. »

Depuis quelques années, M. Landouzy, professeur de clinique interne, directeur de l'École de médecine de Reims, observe la pellagre dans son pays, où le maïs est complétement inconnu comme substance alimentaire. Frappé d'ailleurs de l'analogie symptomatologique que ses malades ont présentée avec les pellagreux de la Lombardie, des Asturies, des Landes et du Lauraguais, dont il a pu lire les observations détaillées, ce médecin distingué a voulu parcourir tous ces pays où la pellagre est endémique, afin de s'assurer si cette maladie, qu'il a étudiée dans la Champagne, diffère de celle qui désole toutes ces dernières contrées. Or, il résulte des recherches consciencieuses faites par le savant professeur que la pellagre champenoise est symptomatiquement identique, sous tous les rapports, avec la pellagre lombarde, espagnole, landaise, etc. Donc, si cette maladie se développe dans la Champagne, en dehors de l'alimentation avec le maïs, pourquoi n'en serait-il pas de même ailleurs? Donc, le verdet n'est pas toujours la cause de la pellagre. Telle est la conclusion rigoureuse que M. Landouzy tire des quarante-deux cas de pellagre qu'il a publiés dans une brochure intitulée : *De la pellagre sporadique*. Telle est aussi la conclusion qui découle des deux premières observations de M. Noguès, qui ajoute seulement que le maïs peut contribuer à la production de la pellagre, non pas par le verdet, mais par sa trop grande proportion dans l'alimentation, et en amenant à la longue la débilitation de l'organisme et la chloro-anémie. A ses yeux, l'étiologie de la pellagre est complexe, et constitue tout l'ensemble des circonstances que résume le mot *misère*. (*Journal de médecine, pharmacie et chirurgie de Toulouse*, décembre.)

Empoisonnement par le *Veratrum viride*, par M. Edwards.

Le *Veratrum viride* est un nouveau médicament encore peu connu des praticiens français, et nous avons plusieurs fois déjà parlé de ses propriétés sédatives.

Employé surtout en Amérique, il a fait le sujet d'un mémoire de M. Cutter, de Weburn (Massachusetts). Pereira lui a consacré un article dans la dernière édition de sa *Materia medica*, dans lequel il décrit les symptômes qui suivent les injections à haute dose; mais aucun cas d'empoisonnement par cette plante n'a encore été publié, ce qui donne de l'intérêt à l'observation suivante rapportée par M. Edwards, médecin de l'hôpital Saint-Barthélemy.

Obs. — Le 18 décembre 1862, je fus appelé auprès d'un chimiste qui avait pris, dans un but d'expérimentation, un drachme ($1^{gr},7$) de teinture d'hellébore vert, dose équivalant à 12 grains de la poudre. A mon arrivée, je le trouvai en proie à des vomissements, les traits tirés, la peau glacée et couverte de sueur froide, le pouls presque imperceptible, et se plaignant de douleurs vives vers l'épigastre. Les matières vomies consistaient d'abord en débris d'aliments, et plus tard en mucus glaireux. Je lui donnai immédiatement environ 45 grammes d'eau-de-vie pure, qui fut rejetée tout de suite. Aidé du médecin ordinaire du malade, nous le couchâmes devant le feu, et peu à peu le pouls reparut, battant faiblement quarante-quatre fois par minute. Une potion d'éther et d'ammoniaque fut donnée et rejetée immédiatement, mais un peu d'eau-de-vie fut conservée dans l'estomac.

Nous fîmes sur l'épigastre une application de sinapismes. Un peu de sang se mélangea au mucus vomi; mais graduellement la chaleur revint à la peau, le pouls devint plus distinct et plus fort. On continua l'eau-de-vie, et après une heure on donna une nouvelle potion d'éther et d'ammoniaque, laquelle cette fois fut conservée. Le malade s'assoupit pendant un quart d'heure, et se trouva très soulagé au réveil. A plusieurs reprises, quelques-uns des symptômes précédemment observés reparurent; mais le lendemain matin, après une nuit sans sommeil, le patient se trouva à peu près complétement rétabli, et put donner les renseignements suivants sur ce qu'il avait éprouvé pendant sa malheureuse expérimentation.

Avant de prendre la dose de teinture, je consultai, dit-il, le livre de Pereira, et voyant que la dose de teinture d'hellébore noir prescrite par le docteur Mead était de deux cuillerées à café, deux fois par jour, sachant aussi que l'hellébore vert est de la même famille, je crus pouvoir en prendre, sans inconvénients, une cuillerée à café seulement. Le drachme de teinture fut pris à quatre heures et demie du soir, et bientôt je me sentis des tiraillements d'estomac. Je montai dans ma chambre et m'assit, pensant qu'une tasse de thé me soulagerait; mais le malaise continua, la tendance à la syncope devint alarmante, et une douleur violente se fit sentir au bas de l'épigastre. Les vomissements muqueux et sanguinolents apparurent, des sueurs froides abondantes couvrirent tout le corps, et j'éprouvai peu à peu une difficulté très grande à respirer. D'immenses cercles verts apparaissaient autour de la flamme de la bougie, et si je fermais les yeux pour faire cesser les vertiges, la couleur verte était remplacée par une coloration rouge. Je reconnus la voix des médecins amis que j'avais fait appeler, mais c'est tout ce dont je me rappelle jusqu'au moment où je repris complétement connaissance. (*Med. Times and Gaz.*, 3 janvier 1863.)

Observation de rubéole, par M. Henri Gintrac (de Bordeaux).

La rubéole est depuis longtemps connue en Allemagne sous le nom de *roetheln*. Elle a été pour la première fois signalée en France, en 1574, par Baillou. Elle a été observée sous forme épidémique : dans l'Alsace, par Mathieu; dans la haute Saxe, par Ziegler; à Gröningue, par Geertsema. Pendant une épidémie de scarlatine qui régna de 1838 à 1840 à Strasbourg, M. Stoeber constata plusieurs exemples de cette affection, et lui donna le nom de *scarlatine rubéoleuse*. MM. Barthez et Rilliet disent avoir vu sept fois la coïncidence de la scarlatine et de la rougeole. Dans son *Traité de pathologie*, M. Gintrac père a consacré un chapitre spécial à l'étude de cette maladie et en a rapporté cinq observations détaillées. La rubéole a donc, d'après M. H. Gintrac, une existence propre; elle lui paraît mériter une place dans le cadre de la pathologie cutanée et il rapporte, à l'appui de son opinion, l'observation suivante :

Obs. — Charles G..., âgé de dix-sept ans, plâtrier, d'une constitution assez forte, d'un tempérament sanguin, habite Bordeaux depuis plusieurs mois. Il a eu dans son enfance la rougeole et la scarlatine, mais il n'a point fait de maladies sérieuses.

Le 18 août 1862, il est pris d'une fièvre intense qui débute par des frissons. Le lendemain, il éprouve de la douleur à la gorge avec gêne de la déglutition, du larmoiement, du coryza et de la toux. Le 21, le corps se couvre de taches rouges.

Admis à la clinique le 22 août 1862, on constate les phénomènes suivants : pouls développé, régulier, à 120 pulsations; céphalalgie. Sur la partie antérieure de la poitrine et du ventre, sur les lombes et entre les épaules, on distingue des points rouges très-multipliés et uniformément distribués. Sur le visage, sur les membres supérieurs et inférieurs, ce sont des papules assez rapprochées. Il existe de la douleur à la gorge, de la gêne pour avaler, et un gonflement manifeste des amygdales. La langue est rouge sur les bords et à la pointe, blanche au centre; il y a de l'inappétence, de la soif, quelques nausées, un peu de sensibilité à l'épigastre, en outre du larmoiement, du coryza et une toux fréquente. La percussion et l'auscultation ne font découvrir aucune altération du parenchyme pulmonaire. (Gargarisme émollient, tisane pectorale, looch blanc.)

Le 23, l'éruption du ventre et de la poitrine augmente, les points deviennent confluents, et forment de larges plaques rouges. L'angine est plus intense, la gêne de la déglutition plus prononcée, les amygdales sont plus volumineuses. (Gargarisme au borax, tisane pectorale, looch blanc.)

Le 24, nulle modification sensible.

Le 25, pouls toujours à 120 pulsations; céphalalgie intense, un peu de prostration; larmoiement; photophobie; coryza avec écoulement d'un

mucus âcre; toux fréquente; expectoration muqueuse blanchâtre; point de dyspnée; voix un peu nasonnée; percussion sonore par toute la poitrine; râles sibilants sur les côtés et en arrière; langue d'un rouge vif, hérissée de petites saillies; exsudation d'une matière épaisse, blanchâtre, pultacée sur les deux amygdales; vive rougeur de l'intérieur de la bouche, du voile du palais et de la luette; nul engorgement des ganglions sous-maxillaires; soif intense; inappétence; vomissements verdâtres; point de diarrhée.

L'éruption de la paroi antérieure de la poitrine et du ventre est plus nettement caractérisée; elle offre une rougeur diffuse, uniforme, intense, qui rappelle celle de l'écrevisse cuite ou du jus de framboise, et de plus un aspect pointillé très évident. En traçant même légèrement, avec l'ongle ou avec l'extrémité mousse d'un porte-plume, une raie sur cet exanthème, on provoque une rayure blanche, et en y inscrivant un mot, celui-ci se dessine au bout de quelques secondes en lettres blanches parfaitement distinctes, et reste visible pendant quelques minutes.

Sur le visage, sur les membres supérieurs et inférieurs, les taches sont rouges, irrégulières, non symétriques; elles ne produisent aucune saillie apparente, et circonscrivent des espaces dans lesquels la peau reste blanche. Lorsqu'on comprime ces taches, elles s'effacent et reparaissent dès que la pression cesse; si l'on répète à leur niveau l'expérience faite sur le ventre, on ne produit aucune rayure persistante. (Cautérisation des amygdales avec le nitrate d'argent, gargarisme alumineux, injections dans la gorge avec un liquide émollient, looch blanc kermétisé.)

Le 27, pouls à 100 pulsations; la rougeur des membres a diminué, celle du tronc persiste avec les caractères déjà décrits. Il y a moins de gêne de la déglutition, les concrétions blanchâtres des amygdales sont moins épaisses et moins adhérentes; la toux diminue, ainsi que le coryza et le larmoiement. (Cautérisation des amygdales; gargarisme alumineux.)

Le 29, pouls à 80 pulsations; l'éruption des membres a disparu, et fait place à une desquamation furfuracée, farineuse. Sur le ventre et la poitrine, les plaques conservent une certaine rougeur; l'inscription de quelques lettres ne s'y fait que d'une manière très incomplète. Il n'existe plus de coryza ni de larmoiement; la toux est encore fréquente; les concrétions blanchâtres des amygdales ont disparu. (Gargarisme émollient.)

Le 30, desquamation par larges plaques sur la poitrine et le ventre; point de fièvre.

Le 3 septembre, toute trace d'éruption a disparu. (*Journal de médecine de Bordeaux,* décembre 1862.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches cliniques sur diverses maladies du larynx, de la trachée et du pharynx, étudiées à l'aide du laryngoscope, par le docteur L. Turck, médecin en chef de l'hôpital général de Vienne. Brochure in-8, Paris, J.-B. Baillière et fils.

Du traitement du croup, ou angine laryngée diphthéritique, par P. Fischer et F. Bricheteau. Brochure in-8, Lille, chez Danel.

Phthisie irrégulière, manifeste chez l'adulte, par le docteur Allaire, médecin-major de 2e classe. Brochure in-8, chez Victor Rozier.

Contre certaines probabilités, le laryngoscope paraît devoir rendre à l'histoire des maladies du larynx et de la trachée, autant de services à peu près que l'ophthalmoscope à l'histoire des affections oculaires. C'est que, en effet, le laryngoscope manié par une main experte permet de voir dans les conduits respiratoires beaucoup plus loin et plus clair qu'on n'eût pu l'espérer à priori. Et quand on a soi-même assisté aux démonstrations de M. Czermak, dans son dernier voyage à Paris, ou à celles des médecins français qui ont marché sur ses traces, on ne s'étonne nullement des détails parfois minutieux avec lesquels M. Türck décrit certaines lésions, telles que tumeurs, ulcérations, rétrécissements, situées à l'intérieur du larynx ou très avant dans le tube trachéal.

On conçoit dès lors tout l'intérêt qui s'attache à une revue de tous les cas morbides dont le diagnostic et par suite le traitement peuvent être éclairés par l'emploi du nouvel instrument. A vrai dire, ce sont tous ceux qui peuvent siéger dans le tube laryngo-trachéal; car s'il en est, comme le catarrhe (qui fait le sujet du premier chapitre) dont l'existence et, jusqu'à un certain point, l'intensité peuvent être suffisamment décélés par les symptômes, ceux-là mêmes offrent à l'inspection directe des particularités intéressantes, de siége, de coloration, d'étendue, dont la clinique peut faire son profit. Là où n'existe aucune lésion appréciable de tissu, le laryngoscope rend encore de grands services: d'abord en écartant du diagnostic et du pronostic des suppositions trompeuses; puis en montrant souvent la cause de certains troubles fonctionnels, comme de l'aphonie, dans le jeu irrégulier des muscles laryngés. Le chapitre consacré aux troubles de la motilité de l'organe vocal est, sous ce rapport, des plus instructifs. On y voit comment la simple inspection de l'ouverture de la glotte, tantôt dilatée, tantôt rétrécie, ou ne subissant pas, par l'action de parler ou de chanter, les modifications normales, permet de diagnostiquer l'état spasmodique ou paralytique des cordes vocales. Mais c'est surtout à l'égard des ulcérations, des végétations, des tumeurs, que le laryngoscope a doté la pratique d'une arme précieuse. On le devine aisément, mais nous engageons le lecteur à s'en assurer dans la très intéressante monographie de M. Türck, à qui l'on doit déjà un excellent opuscule intitulé : *Méthode pratique de laryngoscopie.*

La monographie du médecin de Vienne a été en grande partie composée avec le produit de ses recherches personnelles. Il ne pouvait en être de même, on le comprend, de celle de MM. Fischer et Bricheteau, qui est consacrée à l'exposé de tous les moyens de traitement employés contre la diphthérite du larynx. Cet exposé est surtout historique, mais il est en même temps critique et porte, comme tel, l'empreinte d'une observation éclairée. Envoyé à la *Société impériale des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille* pour le concours de 1861, ce travail a été couronné. C'est une distinction qu'on sent être parfaitement justifiée en constatant, à la lecture, la méthode, l'exactitude, l'impartialité et le discernement dont les auteurs ont fait preuve en rassemblant dans un cadre étroit tout ce qui fait partie du traitement médical et chirurgical du croup. Nous appelons principalement l'attention sur la *troisième partie,* comprenant la statistique de la trachéotomie; le lecteur y trouvera, rapprochés et comparés, tous les documents qui ont figuré dans la discussion dont l'Académie de médecine et la Société des hôpitaux ont retenti en même temps, il y a quelques années. On y verra, par exemple, que la moyenne des guérisons a été : à l'*hôpital des Enfants malades* de Paris, de 1851 à 1861, de 1 sur 3,8; à l'hôpital Sainte-Eugénie, de mars 1854 au 15 août 1859, de 1 sur 6,8, et (d'après les documents officiels relevés par M. Bazin, élève interne) du 1er janvier 1858 au 15 avril 1861, de 1 sur 7,1. Les auteurs ont rapproché de ces chiffres ceux qui ont été produits à l'Académie de médecine relativement aux opérations pratiquées dans la pratique civile, à Paris et dans les départements. Dans cette catégorie d'opérations, les guérisons ont été de 1 sur 2,6 à Paris, et de 1 sur 3,6 en province. Quelque part qu'on fasse à l'imperfection des statistiques, surtout à celles qui concernent la pratique hors des hôpitaux, ces résultats paraîtront encore assez encourageants; mais ils le deviendront plus encore aux yeux de tout esprit impartial quand on aura rappelé, avec les auteurs, que le traitement purement médical du croup (en mettant, comme ils l'ont fait, à la charge des insuccès les cas où la trachéotomie est devenue nécessaire) n'a donné à l'hôpital des Enfants, en 1859, que 35 guérisons sur 234 cas, et à l'hôpital Sainte-Eugénie, en 1858, 10 guérisons sur 145 cas; en 1859, 16 sur 158, et, en 1860, 7 sur 79.

On trouvera aussi, dans la brochure de MM. Fischer et Bricheteau, de très utiles documents concernant l'influence exercée sur le résultat de la trachéotomie par l'âge et les saisons. Les chiffres établissent que « l'hiver et le printemps

sont désastreux pour la trachéotomie », et que « l'été, mais l'automne surtout, favorisent ses succès ».

L'opuscule de M. Allaire est destiné à établir par quelques observations qui lui sont propres que la loi, bien connue, qu'a posée M. Louis, relativement à la présence des tubercules dans le parenchyme pulmonaire quand les autres organes en contiennent, subit des exceptions assez nombreuses, et qu'il n'est pas rare de voir la tuberculisation commencer par les membranes séreuses, par exemple, comme les méninges, la plèvre, le péritoine, ou bien par le cerveau, le foie, les reins, etc. C'est ce que l'auteur appelle, avec Laennec, la *phthisie irrégulière*. Il ne lui a pas été difficile d'en recueillir dans les auteurs, et dans les plus estimables, un certain nombre d'exemples authentiques. Quant à lui, il en a rencontré quatre, dans lesquels les tubercules pulmonaires, absents du poumon, occupaient une fois la pie-mère (ce cas est peut-être moins concluant que les autres), et trois fois le péritoine.

Cet opuscule se recommande au même titre que les deux précédents; il n'élucide qu'un point circonscrit de la science, mais il l'élucide nettement et l'enrichit de faits nouveaux.

VI

VARIÉTÉS.

LES ANNONCES DANS LES JOURNAUX DE MÉDECINE. — Un organe de la presse médicale que nous avons toujours vu avec peine livré à l'industrie des annonces, et qui s'est montré blessé de nos observations à cet égard, appréciera peut-être mieux le sentimont qui nous guide, en lisant la note suivante dans un important journal des départements qui ne lui ménage pas d'ordinaire l'expression de ses sympathies.

On lit dans la GAZETTE MÉDICALE DE LYON :

« L'insertion des annonces est, de la part des journaux de médecine, un acte blâmable qui ne comporte ni justification ni excuse. Celui qui se le permet se fait volontairement et sciemment complice des mensonges éhontés de la réclame, et devient moralement responsable, soit des malheurs accidentels, soit de l'abaissement du sens moral, qui en sont la conséquence. *J'adresse avec peine ces graves paroles au secrétaire général de l'Association générale des médecins de France; mais il faut qu'il les entende*, PARCE QU'IL EST TEMPS QU'IL Y RÉPONDE.

» Le journal la FRANCE MÉDICALE déclare, dans son numéro du 3 janvier, « qu'*aucun journal ne peut se passer* de ces annonces qu'il appelle l'*élément industriel*. » — « Nos plus rudes contradicteurs d'autrefois, ajoute-t-il carrément, nous en donnent depuis longtemps la démonstration pratique. » Nous sommes heureux d'ignorer à quel prix on subsiste à Paris, mais les quinze années d'existence que compte la GAZETTE MÉDICALE DE LYON s'inscrivent déjà contre la prétendue *démonstration pratique* de notre collègue. Grâce à Dieu, nous avons pu vivre et nous vivrons sans la souillure de cet exutoire ! DIDAY. »

— LES PHARMACIES ILLÉGALES ET LES SŒURS DU MORBIHAN. — On lit dans l'UNION MÉDICALE du 22 janvier :

« On aurait peine à croire, si ce n'était le docteur Fouquet lui-même qui l'assure, — le docteur Fouquet, vice-président de la Société locale du Morbihan, — que les sœurs religieuses (de ce département) *vendent* des médicaments, même aux indigents; que leurs pharmacies ne sont jamais tenues avec intelligence; que chez quelques-unes l'officine, ou plutôt la boutique, est ouverte aux enfants de l'école qu'elles dirigent ; que les inspecteurs ont souvent trouvé, dans le dressoir de la cuisine, des *flacons de laudanum*, de la *liqueur arsenicale de Pearson;* que souvent, enfin, ces pharmacies illégales usent de balances insensibles, avec des poids illégaux, et de mauvais trébuchets dans lesquels on pèse des substances actives avec des grains de blé !

» Ce déplorable état de choses porta la *Société locale* du Morbihan à avertir et à éclairer l'autorité, et elle s'adressa au ministre de la justice. La réponse ne se fit pas attendre, et, au lieu d'être faite par un seul, elle fut faite par trois ministres, MM. le ministre de la justice, le ministre de l'intérieur et le ministre de l'instruction publique et des cultes. Cette réponse parvint à l'Association par l'entremise du procureur général de Rennes.

« Vannes, le 7 janvier 1862.

» A M. le président de l'Association médicale du Morbihan.

» Monsieur,

» M. le procureur général me charge de vous informer que l'affaire » relative aux plaintes de l'Association médicale, dont vous êtes le prési» dent, contre les associations religieuses qui se livrent, dans le départe» ment du Morbihan, à l'exercice de la médecine et de la pharmacie, vient » enfin de recevoir une solution. M. le garde des sceaux, après s'être con» certé avec MM. les ministres de l'intérieur et de l'instruction publique » et des cultes, a décidé que les sœurs devaient être maintenues dans les » limites fixées par les lois et règlements sur la médecine et la pharma» cie ; qu'elles pouvaient seulement donner des soins gratuits aux malades » pauvres, et leur distribuer des remèdes simples et magistraux, mais » sans avoir le droit de les vendre. M. le ministre de l'instruction publique » et son collègue de l'intérieur ont écrit dans ce sens à Monseigneur » l'évêque de Vannes et à M. le préfet du Morbihan. J'espère que ces » différentes mesures amèneront le résultat que désire l'Association médi» cale, en remédiant aux abus dont elle se plaint légitimement.

» Agréez, etc. *Le procureur impérial*, BOULLÉ. »

Il parait, du reste, que les choses sont restées dans le même état.

— Par arrêté du 10 janvier, M. le docteur Bertrand (Camille) est institué agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier (section des sciences anatomiques et physiologiques). Il entrera en activité de service le 1er novembre 1865.

— Par arrêtés du 15 janvier, M. Rostan, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de la présente année scolaire, par M. Potain, agrégé près ladite Faculté.

M. Lavit est nommé aide de botanique à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Bleicher, dont le temps de service est expiré.

M. Hahn (Joseph) est nommé aide de chimie, physique et pharmacie à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Bouland, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Feillé, professeur suppléant, chargé provisoirement du cours de matière médicale et thérapeutique à l'École préparatoire d'Angers, est nommé professeur adjoint de ladite chaire.

M. Hélie, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de Nantes, est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Lafond, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

— Il sera ouvert le 9 février prochain un concours pour deux places de chirurgien du Bureau central.

— La séance générale de l'Association des médecins de la Seine aura lieu dimanche prochain 25 janvier, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine. M. Paul Dubois déclinant l'honneur d'une réélection à la présidence, les suffrages se porteront, paraît-il, sur M. le professeur Velpeau.

— Sur la présentation du Conseil de salubrité, M. le préfet de police a nommé, pour l'année 1863, président du conseil, M. le docteur Duchesne ; secrétaire, M. Trébuchet.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

DE L'OSTÉOPÉRIOSTITE JUXTA-ÉPIPHYSAIRE, par le docteur *Alfred Gamet*. In-4 de 66 pages. Paris, F. Savy. 2 fr.

TRAITÉ D'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE, por les docteurs *Maurice Perrin* et *Ludger Lallemand*. Grond in-8 de 690 pages. Paris, Chamerot. 10 fr.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA SYPHILIS ET RAISONS PROBANTES EN FAVEUR DE L'UNITÉISME, par le docteur *Ladureau*. In-8 de 20 pages. Paris, Victor Rozier. 1 fr.

LES FUMEURS D'OPIUM EN CHINE, étude médicale, par le doctour *H. Libermann*. Grand in-8 de 82 pages. Paris, Victor Rozier. 2 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. | PARIS, 30 JANVIER 1863. | N° 5.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Société de médecine de Poitiers et Medical Times : Traitement de la glycosurie par la médication sucrée. — Société obstétricale de Londres : Menstruation pendant l'allaitement comme cause de rachitisme. — II. **Travaux originaux.** Pathologie interne : Réflexions sur quelques points de la glycosurie. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux.** Pommade contre les engelures et les crevasses. — Hernie vaginale funiculaire. — Extirpation de polypes laryngiens, avec l'emploi du laryngoscope. — V. **Bibliographie.** Du climat de l'Égypte et de sa valeur dans les affections de la poitrine comme station hivernale. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VIII. **Feuilleton.** Sur la liberté absolue de l'exercice de la médecine.

I

Paris, 29 janvier 1863.

Société de médecine de Poitiers ET *Medical Times :* TRAITEMENT DE LA GLYCOSURIE PAR LA MÉDICATION SUCRÉE. — *Société obstétricale de Londres :* MENSTRUATION PENDANT L'ALLAITEMENT COMME CAUSE DE RACHITISME.

La glycosurie est, en ce moment, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, le sujet d'une publication sur laquelle nous avons annoncé l'intention de présenter nos remarques. En attendant, nous dirons quelques mots d'un côté tout pratique de la question que nous avons déjà signalé à plusieurs reprises, à savoir, le traitement de la glycosurie par la médication sucrée. (Voy. *Gaz. hebd.*, t. IV, p. 115 et t. V, p. 644).

Tout d'abord il paraît assez naturel de sevrer de toute alimentation sucrée des individus qui fabriquent au sein de leur organisme des quantités excessives de glycose ; néanmoins, on le sait, plusieurs praticiens, arguant de certaines expériences de M. Cl. Bernard, d'après lesquelles la présence du sucre dans l'économie serait nécessaire à l'entretien de la vie, ont pensé que peut-être le dépérissement des malades tenait précisément à une trop grande élimination du sucre, et qu'il y aurait lieu conséquemment de faire entrer en proportions considérables dans leur régime des matières saccharines, ou des matières susceptibles de se transformer en glycose par le travail de la digestion. M. Chevallier donna ce conseil dès 1842, et M. Piorry le suivit en 1857. Cet honorable professeur se loua beaucoup de la médication, et plus tard, MM. Pitta et Jordao en Espagne, et M. Budd en Angleterre, vinrent lui prêter l'appui de leur expérience.

Depuis quelque temps nous avons eu sous les yeux, dans la littérature médicale, deux observations destinées à mettre en faveur la médication sucrée dans la glycosurie : l'une a été communiquée à la *Société de médecine de Poitiers*, par M. le docteur Rigodin, et se trouve dans le numéro 28 du BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ; l'autre, qui a été publiée dans un des

FEUILLETON.

Sur la liberté absolue de l'exercice de la médecine.

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE, en essayant de se maintenir fermement, en matière professionnelle comme en matière scientifique, dans une ligne déterminée qui lui soit propre, prête volontiers sa publicité à toute idée, fût-elle des plus hardies, qui se recommande d'un nom honorable, d'un esprit intelligent et de louables intentions. A tous ces titres, nous devions une place au récent article de M. Dally sur *la liberté absolue de l'exercice de la médecine* (n° 4, p. 49). Nous savions, de plus, que l'idée développée dans cet article est celle d'un certain nombre de confrères distingués dont il nous serait facile de dire les noms, et personne n'ignore d'ailleurs qu'elle est rigoureusement appliquée dans toute l'étendue d'un grand pays voisin. Il était donc juste, et il était digne du libéralisme de la presse, qu'elle pût se faire jour dans un journal français.

Par les mêmes considérations, nous avons cru devoir insérer la lettre suivante, que nous envoie M. Bertrand, vice-président de la Société médicale de l'Aube, en réponse au feuilleton de M. Dally ; lettre toute pleine d'émotion, et qui résume, sous une forme vive, les ordinaires plaintes du corps médical, aboutissant à la demande d'une protection efficace du diplôme.

Quant à nous, qui sommes mis en cause par notre honoré confrère de l'Aube, nous comptons nous expliquer franchement et complétement, dans un des prochains numéros, sur la question qui fait l'objet du débat (1). A. D.

(1) Nous profitons de l'occasion pour annoncer que nous ne laissorons point passer, sans en dire notre avis, la question du *secret professionnel*, qui occupe en ce moment toute la presse médicale et les sociétés médicales d'arrondissement. A. D.

derniers numéros du MEDICAL TIMES (17 janvier 1863), appartient à M. Henry Ussher.

Dans le cas relaté par notre confrère de Poitiers, le malade qui fut mis à l'usage d'une infusion de café « excessivement sucrée », gagna en embonpoint 13 kilogrammes dans l'espace de deux mois; en même temps la sécrétion des reins revint presque à son type normal. Voilà le fait. Est-il aussi probant qu'il le paraît? Nous en doutons, et voici pourquoi. D'un côté, il faut s'en rapporter exclusivement au titre de l'observation pour accorder qu'il se soit agi d'autre chose que d'une polyurie simple; car, dans l'exposé des caractères de la maladie, il n'est pas fait mention de la recherche de la glycose (1); d'un autre côté, le sujet n'a pris par jour que la quantité de sucre nécessaire pour édulcorer, — fortement, il est vrai, — trois tasses de café; quantité petite relativement à celle que recommandent d'autres observateurs, notamment M. Chevallier, qui veut qu'on en élève la dose quotidienne à 500 grammes. Ce n'est pas tout. Le malade suivait à la lettre, et libéralement, la médication préconisée par ceux qui excluent le sucre du traitement du diabète, puisqu'il prenait, outre le café, du vin de Bordeaux, de l'eau-de-vie, du punch au rhum et de l'eau de Vichy. Il disait du punch : « Cela me rend la vie; » il ne le disait pas du sucre : c'était là peut-être, sous une forme banale, la vraie expression scientifique du fait.

Cette remarque que nous adressons à M. Rigodin, nous y insistons parce qu'elle s'applique à bon nombre des observations produites à l'appui de la médication sucrée. Dans celle même qu'a publiée M. Budd en vue de répondre aux objections dont les précédentes avaient été l'objet (*Gaz. hebd.*, 1858, p. 644), on voit que le sujet soumis à l'usage du sucre prenait en même temps du xérès, du bitter, du quinquina et de l'huile de foie de morue.

Le fait rapporté par M. Ussher concerne un homme de trente et un ans, diabétique, très émacié, qui fut mis à l'usage de la *glycérine* à la dose d'environ 60 grammes par jour. Mais, ici encore, l'existence positive de la glycosurie peut être mise en doute. On a beau dire que le sucre a diminué de quantité pendant l'usage de la glycérine et augmenté quand cette matière sucrée a été supprimée, nous ne trouvons dans le détail de l'observation que des indications relatives à la pesanteur spécifique des urines, à leur putrescibilité, à leur odeur ammoniacale, et nous voyons même qu'elles contenaient du mucus et des cristaux d'acide urique. De plus, le traitement avait été fort diversifié et le quinquina y avait joué son rôle.

(1) Nous devons dire que le *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers* ne renferme qu'un *compte rendu* des séances et qu'il se peut que l'observation de l'honorable M. Rigodin n'y soit pas reproduite intégralement.

Cette question de pratique a une grande importance, d'abord en elle-même, ensuite parce qu'elle engage directement la question purement scientifique. La théorie du diabète, encore si débattue aujourd'hui malgré de remarquables travaux, ne sera parfaitement assise que le jour où elle pourra subir sans préjudice le contrôle de la clinique. Supposez, par exemple, démontrés les bons effets de la médication sucrée, et la théorie la plus généralement acceptée, celle de M. Cl. Bernard, reçoit une atteinte sérieuse. En effet, si la glycosurie vient de ce que le sucre formé en excès dans le foie aux dépens des matières albuminoïdes, et répandu dans le sang, ne peut plus être détruit par la combustion et doit être éliminé au dehors, on ne s'explique nullement comment on remédierait au mal en chargeant le sang et le foie d'une plus grande quantité de sucre. Mais rien ne prouve qu'il en soit ainsi. Ce que nous sommes seulement disposé à croire, d'après les enseignements de la pratique, c'est que l'usage des substances saccharines n'est pas aussi nuisible qu'on l'avait d'abord cru assez généralement. Ce qui constitue la gravité du diabète, ce n'est pas tant la présence du sucre dans les humeurs que la production même de ce sucre aux dépens de matières destinées à la nutrition. Ajoutez artificiellement du sucre à celui qui se produit dans l'organisme : vous grossissez un élément morbide, mais un élément peu grave par lui-même; vous ne changez rien au fond même de la maladie. Et c'est ainsi que nous nous rendrions volontiers compte des succès obtenus par l'emploi combiné du sucre et d'un régime généreux : le sucre ne fait pas grand mal, le régime ou les médicaments toniques font beaucoup de bien, et le résultat total est avantageux.

— A la *Société obstétricale de Londres*, une discussion a eu lieu au sujet de l'influence de la santé des nourrices sur la production du rachitisme, discussion provoquée par une lecture de M. W. Tilbury Fox. L'auteur a eu principalement en vue d'établir que la persistance de la fonction menstruelle pendant l'allaitement a presque toujours pour conséquence le développement du rachitisme chez le nourrisson, à moins que l'allaitement artificiel ou quelque autre mode d'alimentation ne vienne en aide à l'allaitement naturel. Et la théorie du fait serait dans l'abaissement du chiffre des sels

---

A M. LE DOCTEUR EUGÈNE DALLY.

Monsieur et très honoré confrère,

Vous avez publié dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE du 23 de ce mois une lettre qui a dû exciter la surprise chez les lecteurs de cet excellent journal. Plus d'un vous répondra, je l'espère. Son habile rédacteur en chef, gardien vigilant des droits et de la dignité de la profession médicale, ne laissera sans doute point passer cette hardiesse sans la combattre. En attendant, je le prie de me permettre de protester pour mon compte personnel.

Je n'ai pas l'honneur de vous connaître; mais j'aperçois d'ici que vous n'avez point encore dépassé l'âge des illusions généreuses; que vous habitez une grande ville où tout se voit à travers le prisme de l'idéal; je suppose encore que votre heureuse position vous met à même d'exercer la médecine en amateur. Si vous ne possédiez aucun titre médical officiel, votre plaidoirie si malheureusement habile se comprendrait; ce serait un Troyen introduit dans le camp déjà si désuni des Grecs; mais, de la part d'un des nôtres, un tel acte est vraiment regrettable. Quoi donc! avez-vous pu fournir contre nous une arme dangereuse à un public déjà si hostile! N'avez-vous donc jamais rien senti vous remuer au cœur quand on vous a dit les tribulations et les misères de cet homme avec qui vous êtes en relation d'intelligence, en communauté de sentiments et de connaissances professionnels; de ce médecin, de ce vrai médecin, surtout de celui des campagnes, faisant œuvre habituelle de son état! Vous ne vous êtes donc point aperçu que, pour prix de son dévouement et de son labeur incessants, après une carrière plus ou moins longue, suivant la dose de vitalité qu'il avait à sacrifier, vous ne vous êtes point aperçu qu'il n'a presque jamais pu atteindre le modeste degré d'aisance qui pourrait permettre le repos à ses vieux jours, et que ne refuse presque aucune des autres professions! Et c'est cet homme,

contenus dans le lait (conformément aux résultats constatés par MM. Becquerel et Vernois), le lait devenant ainsi impropre à fournir aux os une quantité suffisante d'éléments terreux. Ce serait là, suivant M. Tilbury Fox, la cause du rachitisme *dans la majorité des cas*.

Les objections élevées contre cette théorie, par MM. Graily Hewitt et Gervis, n'ont pas été peut-être assez topiques, et M. Fox a pu les réfuter. Que le rachitisme puisse se montrer pour la première fois ou récidiver quand la lactation n'est plus en cause; ou bien qu'on le rencontre chez des enfants, soit entièrement élevés au biberon, soit allaités par des mères exemptes de flux menstruel, qu'importe à M. Fox, qui fait de la menstruation une condition très active, très fréquente, mais non la condition unique, du développement du rachitisme? Nous allons, quant à nous, plus loin dans la contradiction, et nous n'hésitons pas à regarder comme fort exagéré le fait que le mémoire a pour but d'établir, et l'explication de ce fait comme très hasardée.

Tout aliment mal digéré, s'il constitue la nourriture habituelle, est susceptible de rendre l'enfant rachitique. Si la menstruation persistante, ou rétablie intempestivement, a pour effet d'appauvrir le lait, le rachitisme pourra en être la conséquence. Mais d'abord l'appauvrissement du lait, à un degré notable, n'est pas constamment lié à la continuation des règles; on a même cité un cas où chaque retour de l'écoulement était marqué par une suractivité de la sécrétion lactée, avec engorgement des seins (M. Godey). Puis, à ne considérer que le fait clinique, il est certain que bon nombre d'enfants élevés par des nourrices menstruées jouissent d'une bonne santé et ne sont aucunement rachitiques. Quant à ceux qui le deviennent dans ces conditions, doivent-ils ces accidents à la diminution des sels? Pourquoi pas aussi bien à la diminution du caséum et de la crème? Après tout, quelle est la quantité normale de sels contenus dans 100 grammes de lait de femme? 25 centigrammes environ, tandis qu'on peut en retirer 10 à 11 grammes de beurre, caséine, sucre et matières extractives. Veut-on néanmoins qu'un léger abaissement du chiffre des sels puisse amener le rachitisme? comment expliquer dès lors que cette même affection soit assez souvent la conséquence de l'*augmentation de tous les principes solides* du lait, y compris les sels, comme on le voit dans certains états morbides de la nourrice? Si le lait appauvri des femmes menstruées n'était nuisible qu'en tant que privé d'une certaine proportion de ses éléments constitutifs, il suffirait de compenser la perte en allaitant plus copieusement les enfants pour les mettre à l'abri du rachitisme. Loin de là, les accidents, quand ils surviennent, s'aggravent en raison directe de la quantité de lait ingéré. C'est que ce lait donne des indigestions; c'est qu'il détermine l'entérite, la diarrhée, et que par là il entrave la nutrition. Une nourriture trop solide amène le même résultat, par les mêmes raisons. Et là est, pour le praticien, un thème délicat d'indication thérapeutique. Entre la nature ou le degré de l'alimentation et les forces digestives de l'enfant, il doit exister un certain rapport, un certain équilibre, dont la rupture pourra avoir pour effet le développement du rachitisme, que l'aliment soit léger ou qu'il soit substantiel; et de même qu'on fera, dans certains cas, disparaître le rachitisme en substituant un lait riche à un lait pauvre, de même, dans d'autres cas, on n'en triomphera qu'en diminuant la richesse du lait ou en coupant court à une alimentation trop précoce.

Tout cela, comme on voit, ne s'accorde guère avec la théorie, non pas exclusive, nous le reconnaissons volontiers, mais si générale, de notre confrère anglais.

A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Réflexions sur quelques points de la glycosurie, par M. le docteur Jules Lecoq, médecin principal de la marine.

(Suite et fin. — Voir les numéros 2 et 3.)

Obs. V. — Roby (Henri), âgé de dix-sept ans, zingueur, est conduit à l'hôpital de Lariboisière (salle Saint-Augustin), après une chute qu'il venait de faire de la hauteur d'un sixième étage sur un échaffaudage élevé au deuxième étage. Malgré la violence du coup, le blessé n'avait pas perdu connaissance, et à son entrée dans la salle il pouvait se tenir debout et donner des détails sur son accident. A la visite du matin, on put constater les lésions suivantes : une fracture du frontal de la largeur d'une pièce de 5 francs, avec enfoncement de l'esquille; une fracture complète de la voûte orbitaire; une fracture de l'os malaire et du maxillaire inférieur en deux endroits. Ces lésions multiples de la face font supposer une fracture par contre coup de la base du crâne, quoiqu'il n'y ait pas d'écoulement do sang ou de sérosité par l'oreille droite.

Le malade a conservé l'intégrité parfaite de la motilité, de la sensibilité, de l'intelligence; *la soif est modérée;* pas de fièvre. Le 14 octobre, soif vive, fièvre; dès ce moment la soif a augmenté sans cesse ; plus de repos pendant la nuit; le malade réclame sans cesse de la tisane, qu'il avale avec avidité; la sécrétion urinaire est augmentée en proportion; l'urine est claire, limpide, non poisseuse. Analysée par M. Ducom, phar-

---

votre frère intellectuel, à qui il a été demandé tant de garanties et d'oubli de soi-même, à qui il a été imposé tant de dépenses et de travaux pour un bien maigre profit, c'est lui que vous proposez de livrer désarmé aux dévorants combats d'une concurrence sans droits et sans limite. Et pour un tel éclat,

Oh ciel!... quel temps choisissez-vous?

Juste le moment, où, quoique vous en disiez, la magistrature, indignée des outrages que nous subissons, prêtait enfin la main à notre profession, et donnait à la loi une élasticité bienfaisante pour adoucir la plaie qui nous dévore. Mais, dites-vous, la loi est insuffisante, et toutes les contraventions contre l'exercice illégal ne sont pas réprimées ou le sont inutilement! Ainsi, parce que tous les criminels ne sont pas condamnés ou améliorés, brûlons le code pénal et laissons courir les rues à tous les coupe-gorges! Liberté illimitée!

Mais ce n'est pas seulement par le sentiment qu'il convient de combattre la thèse que vous soutenez; heureusement, il y a des faits d'ordre public à lui opposer. — Tout gouvernement bien ordonné exerce la tutelle la plus étendue en faveur de la nation qu'il régit. — Il protége le pays contre les invasions injustes et ruineuses de l'étranger, et cela avec des *privilégiés* qu'on appelle des soldats. — Il nous garantit contre les crimes, et je ne sache pas que les magistrats rougissent du rôle de *privilégiés* qu'ils exercent à cet égard. — Il défend nos poches contre les habiles tentatives des voleurs, et je n'ai jamais sur ce point entendu vitupérer le *privilége* des sergents de ville et des gendarmes. — On pourrait ainsi allonger indéfiniment la liste de tous les *privilégiés* qui nous défendent et nous protégent; à regarder de près, tout n'est que *privilége* dans une société organisée, et j'avoue qu'il ne répugne aucunement à mon ardent amour pour la liberté, de me voir ainsi entouré, garanti, par toute cette série de *privilégiés*. Or, il est une chose incontestablement plus précieuse à conserver que notre sécurité, que notre bourse; c'est la santé, c'est la vie; et par la plus incroyable

macien en chef de Lariboisière, elle renferme de la glycose, mais en faible proportion ($3^{gr},25$ pour 1000 d'urine). Le malade succombe le 21 octobre, douze jours après l'accident.

Autopsie. — On constate l'exactitude des fractures reconnues pendant la vie. Une fêlure traverse, d'avant en arrière, le plancher de la fosse cérébrale antérieure et la selle turcique, puis se dévie, longe le côté droit de la fosse pituitaire, revient sur la ligne médiane de la gouttière basilaire, et se termine presque au trou occipital. La consistance du cerveau est normale, mais toute la portion antéro-inférieure du lobe antérieur est convertie *en une pulpe suppurée.* A la périphérie, la substance cérébrale n'est qu'un magma grisâtre faisant issue dans le foyer de la fracture, mêlé à de nombreuses esquilles.

Ces désordres s'étendent au-dessous du lobe antérieur, jusqu'à la portion sphéroïdale du lobe postérieur ; le nerf olfactif droit est complétement détruit.

Le bulbe a été examiné avec le plus grand soin ; l'arachnoïde, au-dessous de l'espace sous-arachnoïdien antérieur, est un peu épaissie et opaline ; le quatrième ventricule, la protubérance annulaire, le pédoncule cérébelleux, le bulbe et la partie supérieure de la moelle *ne présentent rien d'anormal.*

Au milieu de ces profonds désordres constatés dans toute la masse cérébrale, il est bien difficile d'établir un rapport entre la lésion et la production du diabète ; ce sont les lobes cérébraux et surtout celui du côté droit qui ont été le plus gravement atteints ; le quatrième ventricule, le bulbe et la partie supérieure de la moelle épinière n'ont présenté rien d'anormal ; aussi admettre, comme le fait M. Fischer pour expliquer l'augmentation de la sécrétion urinaire, que le bulbe, par la gouttière basilaire, a été le siége d'une compression ou d'une commotion violente, c'est tout simplement admettre une hypothèse qui ressemble un peu à une concession faite à l'opinion de l'illustre physiologiste du Collége de France, avec lequel on est toujours heureux de se trouver d'accord.

La Gazette des hôpitaux a publié, dans son numéro du 25 février 1860, une autre observation de polydipsie et de polyurie empruntée à la thèse qu'a publiée M. Baudin en 1855, et qui démontre encore combien il serait hasardeux d'attribuer toujours à une lésion du bulbe ou du quatrième ventricule l'exagération de la soif et de la sécrétion urinaire que l'on constate à la suite des chutes ou des coups sur la tête. Cette observation présente de l'intérêt.

Obs. VI. — Un jeune homme âgé de dix-huit ans, ouvrier dans une scierie, reçoit sur la partie latérale droite de la tête un coup d'une barre de bois qui avait été violemment projetée contre lui par suite d'une fausse manœuvre. Il tombe sur le coup sans connaissance ; toute la journée il fut en proie à une douleur de tête assez violente et à une fièvre intense, avec chaleur et frisson, revenant par intervalles ; il est tourmenté par une soif vive. Tous ces accidents se dissipent promptement, *seulement la soif persiste ;* la quantité d'eau que le malade boit les jours suivants peut être évaluée à plus de 30 litres dans les vingt-quatre heures ; il boirait continuellement, dit-il, s'il ne se retenait, et s'il ne sentait son estomac se gonfler et devenir douloureux quand il a trop bu.

Les urines sont en rapport avec la quantité d'eau absorbée ; elles sont limpides, aqueuses, à peine colorées et inodores ; analysées avec soin, elles ne contiennent pas la moindre trace de sucre.

Dans ce cas encore, est-il permis d'admettre que la commotion a porté sur le bulbe rachidien plutôt que sur tout autre point de la masse encéphalique? Évidemment non : ici nous voyons une polydipsie des plus intenses, puisque le malade buvait plus de 30 litres de liquide par jour, succéder à un simple ébranlement du cerveau pas de sucre dans les urines.

Enfin, je terminerai cette revue rétrospective, qui n'est pas sans intérêt pour nous, par une dernière observation que je viens de lire dans le Montpellier médical de cette année, numéro du mois de janvier ; elle est de M. Jacquemet, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques.

Obs. VII. — Un valet de ferme âgé de vingt-neuf ans, d'une constitution vigoureuse et d'une santé habituellement robuste, reçut sur la tête un peuplier qu'il venait de dresser contre un mur, après l'avoir arraché du sol et ébranché ; il avait environ 10 mètres de haut, et la grosseur de la cuisse à peu près ; l'homme fut étourdi sur le coup ; il s'affaissa soudain. Le choc fut violent, et porta d'aplomb sur la partie droite de la région occipitale. Perte momentanée de connaissance ; symptômes de commotion cérébrale ; la physionomie gardait l'empreinte de la stupeur. Au moment de l'accident, l'homme avait vomi, uriné et rendu des flots de sang par le nez. L'examen du blessé permit de constater au niveau de la bosse cérébrale droite de l'occipital une plaie contuse de 3 à 4 centimètres d'étendue. Après avoir écarté les bords, on put constater la dénudation de l'os, et une fêlure qui paraissait se diriger vers le trou occipital, sans esquilles, ni enfoncements. Au niveau de la fêlure, un suintement linéaire de sang se reproduisait après que le fond de la plaie avait été abstergé. Fièvre intense pendant les premiers jours qui suivirent l'accident ; la soif devint assez vive ; les urines, au bout de quelques jours, étaient abondantes, limpides, inodores, sans précipités. Analysées avec *la liqueur exactement titrée de Barreswil,* elles donnent 5 grammes de sucre pour 100 grammes d'urine, dans une éprouvette graduée. Plus tard les urines, quoique moins abondantes, furent de nouveau examinées, et donnèrent 6 grammes de sucre pour 100. Le malade a fini par succomber à des accidents tétaniques. L'autopsie, faite avec soin, dit en terminant M. Jacquemet, nous a édifié sur le siége et la disposition de la fracture ; mais elle n'a nullement révélé, dans les centres nerveux, l'espèce de lésion anatomique ou fonctionnelle qui est devenue l'origine de la polyurie sucrée et du tétanos.

Après cet exposé des principaux exemples connus de polyurie avec ou sans sucre connus jusqu'ici, je reprends l'exposé des quelques faits qui me sont personnels et qui ont tous été étudiés par moi-même avec le plus grand soin. La première observation qu'on va lire est surtout intéressante, parce que le malade ayant succombé aux graves désordres cérébraux dont il était atteint, l'autopsie a pu être faite et nous a permis de vérifier quelles étaient les lésions qui coïncidaient avec la présence du sucre dans les urines.

Obs. I. — *Chute de la mâture d'un navire ; fracture du rocher ; con-*

---

exception, en vertu d'une véritable chimère, sous prétexte d'une atteinte à je ne sais quel mirage de fausse liberté, vous proposez de les livrer à la merci du premier venu !

Ainsi vous ne trouverez pas mauvais que le boucher le plus ignare décide d'un cas d'amputation, et que même il la pratique. Si en déchirant et arrachant les tissus, plutôt qu'il ne les a divisés, sa grossière maladresse et ses outils ébréchés ont prévenu une hémorrhagie foudroyante ; si, malgré son impéritie, le malade n'en meurt pas, tout est pour le mieux. Rien ne saurait légitimer une action judiciaire, et cette cure sera la glorification de la *médecine libre !* Allons, allons, mon cher confrère, convenez que vous n'avez point aperçu toutes les malheureuses conséquences de votre idée généreuse peut-être, mais à coup sûr dangereuse à tous égards. Et si j'ai cité un exemple en quelque sorte matériel de l'exercice de notre art, quelle meilleure besogne feront, à votre avis, la sœur dite de charité, la grande dame se vouant, en expiation du passé, à la dévotion et aux bonnes œuvres, et *tutti quanti,* qui auront traité, pendant un temps toujours trop long, une pneumonie pour un rhume, une fièvre grave pour une courbature, une luxation pour une foulure.... Pensez-vous, en conscience, que le public ait beaucoup à gagner à cette tolérance abusive ? Non, croyez-le bien ; le peuple (et par ce mot j'entends tout le monde), le peuple, en fait de santé, n'est qu'un grand enfant ; rien n'égale alors sa crédulité ; il a fait divorce avec la raison ; il veut la guérison à tout prix, et son aveuglement est sans bornes pour l'obtenir ; et, à qui n'a plus son libre arbitre, vous hésitez à interdire une liberté d'action qui le compromet tout le premier. Si vous ne trouvez pas mauvais qu'on crie *casse-cou* à l'aveugle qui se fourvoie, permettez également qu'on mette un bourrelet à la tête de cet enfant et un grillage à la fenêtre de cet insensé. Après le danger, redonnez-leur la liberté ; c'est un bien qu'on peut reconquérir toujours ; mais la vie perdue, jamais.

Cependant vous insistez, et vous dites : Tant pis pour les estropiés, tant pis pour les victimes volontaires de la médecine

tusion profonde du cerveau; sucre dans les urines. — Le 13 février 1860, le nommé Trochu (Louis), âgé de trente-trois ans, matelot, se trouvant en état d'ivresse, était occupé à travailler dans la mâture d'un bâtiment de l'État, lorsque, dans un faux mouvement, il tombe à la mer, dont il est promptement retiré, et conduit à l'hôpital de la Marine. A peine couché, cet homme, dans un mouvement d'agitation, se jette de son lit à terre; la tête porte violemment sur le parquet. Pendant la nuit qui suivit ce double accident, le malade fut très agité, il eut du délire. Le lendemain, au moment de la visite, il a l'intelligence assez lucide pour pouvoir fournir les renseignements qu'on lui demande. Il se plaint d'une violente céphalalgie frontale; l'agitation est toujours très grande; les pupilles sont dilatées; la peau est chaude; le pouls dur, fréquent; le malade se plaint d'une soif très vive; il ne boit cependant que 2 à 3 litres de tisane dans les vingt-quatre heures; hébétude, somnolence habituelle, contracture des extrémités supérieures. A l'inspection du malade, on constate une large ecchymose à la partie latérale gauche de la tête, derrière l'oreille, cette ecchymose s'étend jusqu'à la partie inférieure du cou. Pendant les trois premiers jours, la soif augmente, le malade se lève la nuit pour boire la tisane des autres malades.

Le 16, les symptômes généraux sont à peu près les mêmes; la soif est un peu moins impérieuse; le malade se contente de 3 litres de tisane. Les urines ne sont pas très abondantes; elles sont troubles, colorées, fortement odorantes, acides au papier réactif; analysées avec soin le troisième jour de l'accident, elles contiennent 3 grammes de sucre.

Le 22 février, les accidents graves signalés plus haut prennent de l'accroissement : abattement, affaiblissement de l'intelligence; sommeil continuel dont on ne peut que très difficilement faire sortir le malade; persistance des contractures des membres supérieurs; prolapsus de la paupière supérieure gauche.

Les urines examinées le même jour nous donnent 10 grammes de sucre pour 1000 grammes d'urine.

Le malade succombe le 23 février. L'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, permet de constater les désordres suivants : à l'extérieur, les tissus de la partie *latérale gauche* du crâne, sur laquelle le choc a porté son action, sont épais, gorgés de sang. Derrière l'oreille il existe une collection purulente qui laisse écouler une quantité considérable de pus par une incision faite pendant la vie. La boîte crânienne ouverte, on trouve un épanchement très abondant de sang entre les deux feuillets de l'arachnoïde *droite*. L'arachnoïde viscérale est déchirée en plusieurs points, qui correspondent à des foyers sanguins existant dans la substance cérébrale. La cavité arachnoïdienne du côté gauche ne présente aucune trace de sang épanché; les méninges de ce côté ne sont remarquables que par la vascularisation plus prononcée de la pie-mère.

A l'examen du cerveau, on constate que tout le lobe *antérieur droit* est rempli par une grande quantité de sang noir caillé; la substance cérébrale qui enveloppe ce foyer hémorrhagique est molle et diffluente, s'en allant par bouillie dans 1 centimètre d'épaisseur environ. Un second épanchement, mais moins étendu, existe dans le lobe sphéroïdal du même côté, et présente les mêmes caractères que celui qui existe dans le lobe frontal. Quelques autres foyers beaucoup plus petits se remarquent encore à la partie inférieure et droite de la base du cerveau. A gauche, au niveau d'une fracture du rocher que l'autopsie fait découvrir, mais que rien n'avait permis de soupçonner pendant la vie, il existe une légère contusion de la substance cérébrale dans une étendue de 2 centimètres environ, et peu profonde.

La masse cérébrale, dans son ensemble, est vascularisée, et présente aux différentes coupes un aspect sablé. Les ventricules latéraux renferment une abondante sérosité limpide, transparente; nulle part on n'a rencontré aucune trace de pus.

Le cervelet, la protubérance et le bulbe rachidien n'offrent rien de particulier.

A l'examen de la base du crâne, on découvre, comme je l'ai dit, une fracture transversale du rocher occupant la partie moyenne de cette portion du temporal, à un demi-centimètre environ en dehors du conduit auditif interne. Une simple fêlure existe également au sphénoïde; elle part du trou orbitaire gauche, et va, se dirigeant obliquement, gagner le bord antérieur de cet os vers le conduit orbitaire interne et postérieur.

Je ne m'arrêterai pas à toutes les importantes particularités que présente cette dernière observation; remarquons seulement que le choc a eu lieu sur le côté gauche de la tête et que c'est à droite que l'on constate les plus graves désordres du côté du cerveau. Signalons encore l'effet croisé produit dans les symptômes extérieurs, tels que : contracture plus marquée du membre supérieur gauche, paralysie du muscle élévateur de la paupière supérieure du même côté, etc. Enfin nous ne devons pas manquer d'insister sur l'*absence* de tout *écoulement* par l'oreille, malgré une fracture du rocher. Le même fait a été signalé par M. Fischer dans l'observation que j'ai rapportée plus haut.

Au point de vue de la question qui nous occupe principalement, nous devons faire remarquer que la soif, quoique intense pendant les premiers jours, n'a pas cependant présenté cette exagération qui constitue une véritable polydipsie; nous n'avons rien constaté de bien anormal du côté des urines sous le rapport de leur quantité, mais nous ne pouvons nous refuser à voir dans ce cas une véritable *glycosurie traumatique*. En effet, dès les premiers jours, les urines renferment plus de 3 grammes de glycose, et, quelques jours après, nous en avons constaté au moins 10 grammes sur 1000 grammes d'urine. La quantité de sucre semblait donc augmenter avec la gravité des symptômes cérébraux.

J'aurais désiré recueillir et analyser les urines après la mort, mais malheureusement il m'a été impossible de m'en procurer; la vessie en contenait à peine.

La glycosurie admise, sans qu'il y ait eu diabète dans le sens vrai du mot, est-il permis de décider quelle est la partie de la masse encéphalique dont la lésion a dû entraîner le passage du sucre dans l'urine du malade? Dans ce cas, le bulbe, la protubérance, le cervelet, le cerveau enfin ont dû évidemment subir à des degrés différents l'influence de la violente contusion déterminée par la chute; cependant nous ne pouvons nous empêcher d'insister sur la lésion surtout très grave des lobes cérébraux, et nous hésiterions à décider si c'est la commotion du bulbe rachidien et du plancher du quatrième ventricule qui a déterminé cette glycosurie plutôt que le désordre si étendu constaté dans le lobe cérébral droit.

Disons donc simplement que cette observation vient s'ajouter

---

libre; l'expérience les éclairera à la longue et ils finiront par refuser toute créance aux guérisseurs de hasard. Mais ici encore vous errez, mon cher confrère; rien ne les détrompera, témoin cet exemple que j'ai vu se produire récemment devant un tribunal : plusieurs infirmes y étaient appelés en témoignage contre un rebouteur; l'attitude gênée de plusieurs d'entre eux, dans l'action de lever le bras pour prêter serment, accusait assez des luxations de l'épaule non réduites. Ces malheureux estropiés ne pouvaient faire un mouvement qui ne leur rappelât l'impéritie du rebouteur. Eh bien! ils trouvaient des explications impossibles pour le disculper; et lorsque le juge leur mettait le doigt sur cette lourde maladresse en les plaignant d'avoir si mal placé leur confiance, on les voyait hocher la tête de cet air d'incrédulité qui veut dire : Si demain nouveau malheur m'arrive, j'irai revoir mon rebouteur.

. . . .

A tout ce qui précède j'entends votre apostrophe : « Décidément vous êtes orfèvre, M. Josse. » Soit; ne parlons plus des médecins ni de leurs droits méconnus, ni de leur dignité outragée. N'envisageons plus que le côté de la question qui regarde la société. — Et d'abord dites-moi franchement si vous croyez le public, en général, bien propre à distinguer le strass du diamant? Vous vivez, je suppose, dans un monde instruit, intelligent, qui n'a guère de faiblesse, à notre point de vue, que de croire à l'homœopathie, parce qu'il trouve là une apparence, un semblant de procédés scientifiques, et votre générosité vous porte à monter à votre niveau le public tout entier. C'est surtout ici que je voudrais vaincre et détruire votre profonde erreur. Je vous affirme, moi qui depuis bientôt quarante ans pratique et connais mon vrai public, mon vulgaire, que contre un connaisseur en diamant, vous trouverez quatre-vingt-dix-neuf admirateurs du strass, et c'est à cette multitude ignorante que vous concédez la liberté illimitée de choisir entre le vrai et le faux médecin. Mais, en vérité, vous donnez une perle à un pourceau; vous nommez un aveugle expert en peinture. J'aime mieux que vous mon public quand je lui retire

à celles qui existent déjà pour démontrer que la glycosurie avec ou sans polyurie peut survenir à la suite des lésions graves de la masse encéphalique. Je fais suivre cette première observation de quelques autres beaucoup moins importantes, il est vrai, mais qui démontrent l'influence que peut prendre la commotion cérébrale dans la production de la glycosurie.

Obs. II. — Robert (Charles), âgé de vingt-deux ans, matelot à bord du transport à vapeur *le Weser*, tombe du faux-pont dans la cale d'une hauteur de 6 mètres environ; la tête a porté violemment; il existe de nombreuses contusions à la face; fracture des os du nez; ecchymose des paupières; fracture de la jambe; pas de signes de commotion cérébrale; pas de soif exagérée; les urines ne sont pas plus abondantes que de coutume. Examinées le jour même de l'accident, elles contiennent plus de 3 grammes de sucre.

Obs. III. — Cartut (Louis), âgé de cinquante-quatre ans, embarqué sur l'aviso à vapeur *le Lamotte-Piquet*, fait une chute d'une hauteur de 10 mètres. Perte momentanée de connaissance; ecchymose très prononcée des paupières; céphalalgie très intense; facies grippé; quelques vomissements; grande agitation; fièvre intense; pas de soif exagérée; pas de changement dans la quantité des urines rendues en vingt-quatre heures. Analysées le jour même, elles contiennent au moins 4 grammes de sucre.

Obs. IV. — Un sergent d'infanterie de la marine fait une chute dans l'escalier de sa caserne, et roule du haut en bas. Plaie contuse étendue à la partie postérieure de la tête; pas de symptômes de commotion. L'urine, analysée avec soin, donne près de 4 grammes avec le réactif de Fehling.

Nous avons admis qu'à l'état normal il pouvait exister habituellement de 50 centigrammes à 2 grammes de sucre dans les urines du matin. Dans les trois observations dernières, nous trouvons que les urines renferment plus du double de la quantité de sucre signalée à l'état physiologique, et il est permis d'attribuer cette augmentation à l'influence de la commotion encéphalique.

Ayant eu occasion de rencontrer un cas de paralysie générale progressive, j'ai voulu voir quelle pourrait être l'influence de cette grave affection sur la quantité de sucre des urines.

Obs. V. — Le nommé Raynel, âgé de trente-cinq ans, ouvrier du port, est atteint depuis trois ans de paralysie générale progressive. La maladie est déjà très avancée, et les symptômes sont tellement accusés qu'une erreur de diagnostic n'est pas possible. J'ai examiné les urines à différentes époques de la maladie : une première fois, le 15 février; la seconde fois, le 29 mars de la même année. Chaque fois l'analyse m'a donné environ 2 grammes de sucre au plus pour 1000 grammes d'urine.

Ainsi cette grave affection, dans laquelle il existe une lésion si profonde de tout le système cérébro-rachidien, ne paraît pas augmenter d'une manière sensible la quantité de sucre contenue habituellement dans les urines.

Dans une autre série d'analyses, j'ai recherché avec soin si les urines recueillies dans la vessie après la mort, celles sécrétées, par conséquent, dans les derniers moments de la vie, et que j'appelle les *urines de l'agonie*, ne renfermaient pas plus de sucre que les urines normales; dans tous les cas, il m'a été possible de constater une légère augmentation qui a même quelquefois été jusqu'à 2 et 3 grammes de plus que dans l'état physiologique. Pour expliquer ce fait, les uns invoqueront un défaut d'équilibre entre les fonctions du grand sympathique et celles du système cérébro-spinal, d'autres une gêne apportée dans les fonctions de la respiration. N'est-il pas plus rationnel d'y voir le résultat de la compression du cerveau par la stase sanguine qui se fait dans tous les vaisseaux de l'encéphale dans les derniers moments de la vie? Pour moi, c'est à cette dernière opinion que je me rangerais de préférence depuis que j'ai pu reconnaître par moi-même l'action si marquée des lésions du cerveau sur la présence du sucre dans les urines.

D. — *De l'influence de quelques névroses; épilepsie, chorée, éclampsie, sur l'augmentation du sucre dans les urines.*

M. Heller, en Allemagne, a été un des premiers à admettre que l'urine était sucrée dans les névroses. Peu après, M. Reynoso fit de nouvelles recherches à ce sujet, et annonça qu'il avait toujours rencontré du sucre dans les urines chez les épileptiques et les hystériques. M. Michéa, un peu plus tard, voulut vérifier si ce fait était vrai; il a analysé dans quatre cas d'hystérie et deux cas d'épilepsie l'urine rendue quelques heures après la fin des attaques; il l'a analysée également, pendant toute la durée de la maladie, dans sept cas de *delirium tremens;* il l'a analysée chaque jour, pendant plusieurs semaines, dans six cas de paralysie générale au troisième degré, dans cinq cas de manie, soit aiguë, soit chronique, et, dans tous ces sujets, il n'a pas rencontré le moindre vestige de sucre. Telle était l'importante communication que M. Michéa venait faire à l'Académie des sciences dans sa séance du 15 décembre 1851. Mais, quelques mois plus tard, MM. Michéa et Reynoso, d'accord cette fois, adressaient une note collective à l'Académie dans laquelle ils reconnaissaient que l'urine des épileptiques, après leurs attaques, renfermait toujours du sucre.

Nous nous voyons encore obligé de faire aux conclusions de ces deux auteurs une objection facile à prévoir : MM. Reynoso et Michéa ne nous disent pas s'ils ont d'abord examiné les urines à l'état normal ni quelle quantité de sucre ils ont rencontrée chez leurs épileptiques. Je ne suis pas le seul qui aie admis la présence du sucre à l'état normal dans les urines. Or, je ne vois pas pourquoi celles des épileptiques et des hystériques n'en renfermeraient pas également; il était donc indispensable de nous dire quelle quantité de glycose renfermaient en moyenne les urines de ces différents malades, et de nous montrer si les névroses y introduisent une dose plus élevée.

Le fait suivant a une grande signification et une portée incontestable; je tiens à le publier avec quelques détails :

---

cette périlleuse liberté en lui disant : La loi voit plus clair que toi, là doit se fixer ton choix, là est ton salut.

Pour nous dégager davantage encore de tout intérêt trop personnel, sortons un instant de notre domaine médical, et entrons, par une comparaison, dans un autre ordre de faits qui ne laisse pas suspecter notre impartialité. — S'il existait une loi qui obligeât, depuis des siècles, tout commerçant à ne pouvoir se livrer au négoce qu'après avoir obtenu à grands frais un brevet de capacité; si sur la foi de cette législation de nombreuses familles avaient engagé leur présent et l'avenir de leurs enfants; puis, que tout à coup, en vertu du prétendu droit qu'a tout citoyen de faire ce qu'il veut, ou bien en raison d'un courant nouveau d'*idées sociales*, intervienne un décret, qui, sans souci des droits acquis et de la ruine certaine des intéressés, brise cet antique privilége en créant le fameux *laissez faire*, qu'en penseriez-vous? Aussi progressif assurément, mais peut-être moins rigide que vous sur les principes, je vous l'avoue, je n'hésiterais pas à faire fléchir mes convictions libérales devant l'honnêteté d'une réparation aussi complète que possible, si je n'avais pu prévenir le mal. — Mais à quoi bon une supposition? Il existe dans notre pays un *privilége* qui certes n'est pas supporté volontiers par l'opinion publique, parce qu'elle en paye les frais; je veux dire la vénalité des charges des officiers ministériels. Je ne connais personne, même parmi les plus radicaux, qui osât proposer la suppression de ce véritable abus sans indemnité. Moins encore je connais un seul de ces fonctionnaires qui ne fasse sa partie avec vigueur dans le *tolle* général que soulèverait dans leurs rangs la simple proposition d'une pareille mesure. Et cependant, dans des conditions bien meilleures et plus légitimes, le corps médical tout entier ne se soulèverait pas avec énergie contre un médecin proposant, avec le calme le plus stoïque, la ruine, la suppression de la profession!

Mais enfin pourquoi ne criez-vous pas à l'arbitraire, à la violence, quand l'État, protecteur de la vie des navigateurs, leur dénie le droit de désigner le chef qui conduira le navire

Obs. I. — Le nommé Simon, âgé de trente-six ans, ancien matelot du commerce, a eu à différentes reprises des attaques de coliques de plomb. Depuis quelques mois j'ai été appelé à constater chez lui plusieurs atteintes d'épilepsie saturnine.

Le 29 mars 1859, deux ou trois attaques eurent lieu dans la matinée. Les urines me furent remises après une attaque ; elles sont claires, abondantes, sans aucun dépôt, peu colorées, très acides. Traitées avec soin, elles donnent à peine 2 grammes de sucre.

Le 30 mars, les crises continuent presque sans interruption. Dans une seule journée, le malade a eu quatorze crises presque coup sur coup, toutes d'une intensité très grande ; elles se succèdent ainsi pendant toute la nuit suivante, et presque sans interruption, jusqu'au moment de la mort, qui eut lieu dans la nuit du 31 mars au 1er avril. Ce jour-là j'ai de nouveau analysé les urines, après une succession d'attaques ; elles sont comme celles de la veille, très claires, peu colorées, acides, et donnent au plus 1 gramme et demi de sucre pour 1000 grammes d'urine.

Voilà certainement un des cas les plus graves d'épilepsie qu'on puisse observer, et cependant le chiffre du sucre que contiennent les urines est à peine aussi élevé que celui que donnent certaines urines à l'état normal, surtout après le repas.

Obs. II. — Urines d'un jeune matelot âgé de quinze ans, atteint de chorée partielle ; elles sont claires, limpides, peu colorées, acides. Recueillies au réveil, elles sont analysées avec soin, et donnent à peine 1 gramme de sucre.

Obs. III. — Le jeune G..., âgé de sept ans, a eu la veille une attaque de convulsions. Ses urines me sont présentées ; elles sont très peu colorées, mais déposent abondamment, peu acides, très odorantes ; elles contiennent 1 gramme de sucre.

Obs. IV. — Madame J... est âgée de quarante-huit ans ; au moment de la ménopause, elle présente un état névropathique des plus prononcés : tristesse profonde, dégoût de la vie, hallucinations, pleurs, plaintes continuelles, sentiment de boulle hystérique, insomnie ou sommeil interrompu par de nombreux cauchemars ; perte d'appétit, dégoût pour les aliments ; la malade ne consent à manger que quand on l'y force. Cet état dure depuis plusieurs mois ; les urines ont été examinées plusieurs fois ; elles sont très claires, abondantes, peu colorées, acides ; elles contiennent, en moyenne, 1 gramme à 1gr,50 de sucre au maximum.

Obs. V. — Le nommé Valognes, matelot de 3e classe, a été atteint, il y a deux ans, de rage spontanée. (Cette importante observation a été recueillie et publiée dans l'Union médicale par M. Fonssagrives, médecin en chef de la marine.) Complétement guéri de la première affection, Valognes rentre une seconde fois à l'hôpital maritime de Cherbourg, mais cette fois atteint de *monomanie extatique*. L'état général du malade est assez satisfaisant ; la constitution a un peu souffert, mais cependant toutes les fonctions s'accomplissent d'une façon régulière ; l'intelligence seule est profondément troublée ; les urines du matin sont claires, sans aucun dépôt, très peu colorées, légèrement acides. Examinées à différentes reprises, elles donnent *à peine 1 gramme de sucre*.

Je pourrais citer plusieurs autres observations de névroses bien dessinées dans lesquelles la quantité de glycose des urines n'a subi aucune variation, et, d'après cela, je suis obligé de ne pas accepter les conclusions de MM. Reynoso et Michéa, malgré la valeur habituelle des travaux de ces deux habiles expérimentateurs.

E. — *De l'influence des troubles de la respiration sur la production du sucre dans les urines.*

Dans une série de notes communiquées à l'Académie des sciences, M. Alvaro-Reynoso a encore cherché à établir la liaison qui existe entre la respiration et la présence du sucre dans les urines, de telle sorte que toute cause, jetant quelque trouble dans l'accomplissement de cette fonction, occasionnait, dit-il, le passage d'une plus grande quantité de sucre dans les urines. Lors donc que la respiration viendra à se troubler, soit par une maladie propre du poumon ou par l'effet d'une autre affection qui porte des troubles dans son accomplissement normal, les urines renfermeront de la glycose.

L'auteur a ainsi constaté sa présence dans l'urine des tuberculeux, et la quantité en était d'autant plus considérable que la période de la maladie était plus avancée et que les phénomènes inflammatoires étaient plus intenses.

Dans la pleurésie, dans la bronchite chronique, il y a du sucre dans les urines, avance M. Alvaro Reynoso. Il y en a aussi dans l'asthme. M. Reynoso a prouvé également qu'au moyen de l'anesthésie on parvenait à produire du sucre dans les urines, ainsi que par différentes autres causes d'asphyxie.

De toutes ses expériences, M. Reynoso tire la conséquence que la gêne ou le ralentissement de la respiration amène la glycosurie, et que l'existence de cette glycosurie appuie alors par une contre-épreuve la théorie de la destruction du sucre dans l'acte de l'hématose.

MM. Gibb et Reynoso ont également avancé qu'il existait du sucre comme *élément normal* dans les urines des vieillards ; un peu plus tard, M. le docteur Dechambre lisait à l'Académie de médecine de Belgique, dans sa séance du 27 mars 1852, une note dont nous avons déjà parlé sur la présence habituelle du sucre dans l'urine des vieillards, établissant que l'existence de cette glycosurie sénile tient à la combustion incomplète du sucre normal dans les poumons, comme l'avait avancé M. Reynoso.

La physiologie nous apprend, il est vrai, que le sucre, de quelque source qu'il provienne, est un aliment essentiellement respiratoire destiné à être incessamment brûlé dans les poumons ; or, du moment que la surface active de ces organes vient à diminuer, du moment que, par une cause quelconque, les fonctions de l'hématose sont diminuées ou suspendues, la quantité de sucre qui n'a pas été brûlée ne peut plus être utilisée par l'organisme, et, manquant de destination, elle doit alors être rejeté au dehors par une voie quelconque, par les urines par exemple. Voilà certainement une théorie bien séduisante,

---

dans des mers inconnues ? Ici du moins vous permettrez un accroc à la liberté en reconnaissant la sagesse prévoyante qui prépose à la sureté des marins un homme capable et expérimenté. Si vous ne pouvez rejeter ce *privilége* complet, absolu, faites un pas encore, et nous pourrons être d'accord.

Au cas où vous persisteriez, j'ajouterai que, si j'avais pris une position comme la vôtre je ne me serais point arrêté à mi-chemin. Je pousserais les choses dans toutes leurs conséquences. Liberté absolue ! radicalisme complet ! A côté de la médecine libre je ne tolérerais même pos la médecine titrée. A bas le diplôme ! Je ne consentirais pas à imiter aussi servilement cet administrateur, habile entre tous, qui, sur l'avis qu'une chaise de poste venait de se perdre *à droite* en traversant un pont sans garde-fous, s'empressa de faire construire une barrière de ce côté, afin qu'on ne pût dorénavant se noyer qu'à gauche. Cet homme ignorait les notions les plus élémentaires de la liberté. Mais pour nous, adeptes de la nouvelle école sociale, plus de garde-fous ! liberté à chacun de se noyer partout ; pas de demi-mesures ; défense à tout professeur de refuser une consultation avec les Vriès, qui pullulent en tous lieux, sous peine de crime de lèse-liberté médicale et d'attentat aux droits imprescriptibles que la loi naturelle donne au malade de confier sa vie à qui bon lui semble.

Pardon, monsieur, d'avoir si mal à propos plaisanté dans ces choses sérieuses et vraiment tristes. Revenons, en terminant cette trop longue discussion (mais que je n'ai pu abréger, tant je suis plein de ma conviction), revenons à un langage plus sévère et plus digne du sujet.

Le jour où votre système prévaudrait, je prédis l'anéantissement complet de la médecine honnête et savante au profit du charlatanisme le plus effréné. Je prédis que les hommes sensés ne tarderaient pas à regretter l'abolition et à réclamer le prompt retour de ce *privilége* sacré, destiné à sauvegarder la santé publique en connaissance de cause, et avec toutes les garanties que peut fournir l'imperfection humaine.

Je vous en conjure, mon cher confrère, à nos efforts joignez

et les déductions physiologiques semblent complétement satisfaites; mais malheureusement cette ingénieuse théorie ne reçoit pas toujours la consécration de l'expérience, et, comme nous l'avons déjà dit, comme nous le verrons dans un instant, rien ne prouve qu'il y ait réellement plus de sucre dans l'urine des malades dont la respiration est troublée par une cause quelconque, que dans l'urine normale. Je ne suis pas le premier qui ait nié l'influence des troubles de la respiration sur le passage du sucre dans les urines; à l'autorité de MM. Reynoso et Dechambre, j'ai à opposer une opinion bien autrement imposante que la mienne, celle de M. Claude Bernard. « Tout en » reconnaissant l'importance des résultats signalés par M. Rey- » noso, dit le savant professeur du Collége de France, je ne » crois pas qu'ils soient de nature à prouver le passage du » sucre dans les urines sous l'influence d'une combustion in- » complète dans les poumons; si l'on coupe le pneumogas- » trique, ajoute M. Cl. Bernard, la respiration est considéra- » blement gênée, et cependant on ne trouve pas de sucre dans » les urines. »

L'existence du sucre normal dans les urines étant démontrée, comme nous l'avons avancé plus haut, il ne reste plus qu'à prouver que les troubles graves des fonctions respiratoires, ou la chloroformisation, ou enfin les progrès de l'âge n'augmentent pas d'une manière appréciable cette quantité normale; c'est encore ce que j'ai voulu vérifier, et je suis forcé de déclarer que les résultats que j'ai obtenus ne s'accordent pas avec ceux de MM. Reynoso et Dechambre.

Voici quelques-unes des observations qui me sont personnelles et qui plaident le plus en faveur de la thèse que je soutiens.

OBS. I. — Urines du jeune X..., âgé de vingt-deux ans, atteint de phthisie pulmonaire très avancée (tubercules nombreux à l'état de ramollissement. Amaigrissement considérable; sueurs nocturnes; digestions régulières. Urines recueillies plusieurs heures après le repas; elles sont claires, peu colorées, acides; analysées avec soin, elles donnent seulement *quelques traces de sucre*. Les urines de ce malade ont été examinées à différentes reprises, et nous n'avons jamais trouvé que de faibles doses de sucre, ne dépassant, dans aucun cas, la quantité du sucre normal.

OBS. II. — M. Dup..., officier de marine, âgé de cinquante ans. Affection tuberculeuse très avancée; vaste caverne au sommet du poumon gauche; fonte purulente; fièvre de ramollissement; troubles digestifs accidentels. Les urines, analysées avec soin, donnent au plus 2gr,50 : ici nous trouvons une légère augmentation dans la quantité de sucre que les urines contiennent; mais, loin d'attribuer cette augmentation, comme le voudrait M. Reynoso, à une gêne plus grande apportée dans la respiration, nous aimons mieux y voir une influence des troubles de la digestion, qui, comme nous l'établirons plus loin, ont toujours une influence des plus marquées sur le passage de la glycose dans les urines.

OBS. III. — Urines d'un jeune homme atteint de phthisie galopante arrivée à sa dernière période : fièvre; diète à peu près complète depuis plusieurs jours. Les urines sont peu colorées, elles déposent abondamment; leur réaction est légèrement acide; 1 gramme de sucre au plus.

OBS. IV. — Urines d'un jeune marin âgé de vingt et un ans, atteint de pneumonie grave et très étendue du côté gauche. Dyspnée des plus marquées; diète depuis plusieurs jours; urines claires, peu colorées, acides. Analysées avec beaucoup de soin, elles contiennent 1gr,50 de glycose.

OBS. V. — Lemaître, matelot, âgé de vingt et un ans. Pneumonie très grave; gêne extrême de la respiration; diète depuis plusieurs jours. Les urines renferment au plus 1 gramme de sucre.

Je pourrais multiplier, mais sans aucune utilité réelle, les cas de phthisie et de pneumonie graves dans lesquels les urines ont été interrogées avec le plus grand soin, et dans tous nous verrions que le sucre n'a jamais présenté une augmentation sensiblement appréciable.

Les observations suivantes semblent prouver que l'opinion de M. Dechambre sur l'influence que pourrait avoir sur l'augmentation du sucre des urines l'activité moins grande de la respiration chez les vieillards n'est pas mieux fondée.

OBS. VI. — Vieillard de soixante-quinze ans, très bien portant, vigoureux, d'une belle constitution; chez lui toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement. Les urines du matin, analysées avec soin, donnent un peu plus de 1 gramme de sucre.

L'urine de ce même vieillard a été examinée à différentes reprises, et jamais je n'ai trouvé qu'elle renfermât des doses plus élevées de sucre que celles qu'on rencontre chez l'adulte en bonne santé.

L'observation suivante est encore bien plus significative; nous allons y voir, en effet, réunie la double condition d'une extrême vieillesse et d'une affection de poitrine grave ayant amené une gêne des plus marquées de la respiration.

OBS. VII. — Madame Dum. . est âgée de quatre-vingt-quatre ans. Depuis quinze jours il existe chez elle un catarrhe sénile grave qui compromet très sérieusement les fonctions de l'hématose. Depuis plusieurs jours elle est soumise à une diète à peu près complète. Les urines sont rares, colorées, claires, sans aucun dépôt, acides au papier de tournesol. Traitées avec soin par la liqueur de Fehling, elles me donnent tout au plus 1 gramme et demi de sucre.

Quelques jours plus tard, les urines de la même malade sont analysées dans les mêmes conditions, peut-être avec un peu plus de gêne dans la respiration; elles donnent un résultat identique au point de vue du sucre qu'elles renferment, moins de 2 grammes pour 1000 grammes d'urine.

Quand, après avoir interrogé avec autant de soin que je l'ai fait les urines d'une malade arrivée ainsi aux limites extrêmes de la vie et placée dans d'aussi déplorables conditions au point de vue des fonctions respiratoires, puisqu'à chaque instant on avait à craindre la mort par asphyxie, on ne voit pas s'élever le chiffre du sucre contenu dans les urines, n'est-il pas bien difficile d'admettre que l'âge ou la gêne de la respiration puisse avoir une influence réelle sur l'augmentation de la glycosurie? Pour moi, je n'hésite pas à rejeter complétement

---

votre incontestable talent pour prévenir ces essais téméraires et dangereux pour tout le monde. Ne vous laissez plus leurrer par ce mot magique de liberté illimitée. Ne vivons pas de mots et d'idées à l'usage des utopistes. Voyons la vie réelle, telle que l'ont faite nos mœurs et notre vieille société, et puisque le bien absolu est interdit à l'homme, ayons la sagesse de nous contenter du bien relatif.

Agréez, etc. Dr BERTRAND,

Vice-président de l'Association médicale de l'Aube.

— M. le docteur Furnari vient d'être nommé professeur et directeur de la clinique ophthalmologique de l'Université de Palerme. Ce choix se rattache à la nouvelle organisation des Universités italiennes.

— On annonce d'Italie la mort de M. le docteur Fedele Torchio, dont quelques travaux sont bien connus des lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

— Le banquet annuel de l'internat aura lieu, non chez les *Frères-Provençaux*, comme il avait été annoncé d'abord, mais au *Grand-Hôtel*, le samedi 14 février.

— Par arrêté du 24 janvier, sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Strasbourg (section de médecine proprement dite et de médecine légale) : MM. Dumont et Aronssohn. Ils entreront en activité de service le 1er novembre 1865.

— Pour perpétuer le souvenir des services rendus à l'enseignement médical par le savant professeur Matteucci, en dernier lieu ministre de l'instruction publique à Turin, les professeurs de toutes les Universités du royaume d'Italie ont réalisé, au moyen d'une souscription, les fonds nécessaires pour lui offrir une grande médaille d'honneur. Le portrait est entouré de ces mots : *A Charles Matteucci*, 1862. On lit sur le revers : *Pour avoir établi l'unité des études*. En exergue : *Les CCI professeurs des Universités italiennes.*

— On annonce la mort de M. le docteur Fabas, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Sauveur.

cette influence, que rien, dans mes nombreuses expériences, n'est venu justifier.

Une seule fois j'ai examiné les urines chez une malade atteinte d'asthme avec dyspnée très prononcée : c'était chez une femme de quarante-cinq ans, essentiellement névropathique. Les urines analysées étaient celles du matin : elles étaient claires, un peu colorées, odorantes, à réaction acide. Traitées avec soin, elles m'ont donné moins de 2 grammes de sucre.

Dans un cas de coqueluche datant de trois mois existant chez une petite fille de trois ans, d'une bonne santé habituelle, les urines du matin m'ont donné à l'analyse 3 grammes et 3gr,50 de glycose.

Enfin, chez un jeune homme qui devait subir la chloroformisation pour une amputation grave, j'ai trouvé, comme l'a fait M. Reynoso, que les urines analysées peu d'instants après l'opération renfermaient plus de sucre qu'à l'état normal; mais faut-il bien ne voir ici que la gêne de la respiration sans tenir compte de l'ébranlement général déterminé par une amputation; savons-nous si le chloroforme ne porte pas bien plus son action sur le cerveau lui-même que sur l'organe de la respiration? Pour moi, je n'hésite pas à attribuer cette augmentation du sucre trouvé dans les urines à la congestion encéphalique produite par l'anesthésie chloroformique.

F. — *De l'influence des troubles digestifs sur la production du sucre dans les urines.*

L'influence de la digestion sur l'augmentation de la quantité du sucre normal des urines est des plus marquées, et je trouve qu'on n'en a pas suffisamment tenu compte pour expliquer la production du diabète. Toujours après le repas, qu'il ait été composé d'aliments féculents ou non, le sucre des urines augmente d'une manière sensible, mais cette augmentation est surtout beaucoup plus grande si le repas a été composé de fécules ou d'aliments sucrés. J'ai fait plusieurs expériences sur des hommes d'une constitution vigoureuse, chez lesquels les fonctions digestives s'accomplissaient avec une régularité parfaite; j'ai examiné les urines, soit à jeun, soit trois ou quatre heures après le repas, et j'ai constamment trouvé un rapport pour ainsi dire direct entre la quantité des féculents ingérés pendant le repas et celle du sucre contenu dans les urines. Une diète un peu prolongée fait disparaître presque complétement la glycose. Chez deux hommes atteints de fièvre typhoïde grave, arrivés au vingt-deuxième jour de leur maladie et soumis depuis très longtemps à une diète presque complète, les urines renfermaient à peine quelques traces de sucre.

Mais il est surtout une maladie dans laquelle les féculents et les substances sucrées sont en général très mal supportés, je veux parler de la dyspepsie. Qu'on suive avec soin ce qui se passe dans ce cas, et l'on ne tardera pas à se convaincre qu'après tout repas où l'on aura mangé de la fécule la quantité de sucre des urines sera beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. Atteint depuis plusieurs années d'une affection chronique des voies digestives, d'une dyspepsie qui, à une certaine époque, a existé chez moi à un degré très avancé, j'ai pu presque chaque jour contrôler sur moi-même ce que j'avais déjà observé chez d'autres malades, et je n'avance pas un paradoxe en disant qu'un dyspeptique peut à volonté devenir glycosurique dans toute l'acception du mot, en donnant à son estomac une alimentation chargée de principes féculents. Ce n'est pas seulement par la présence d'une certaine quantité de sucre dans ses urines que le dyspeptique ressemble au diabétique, c'est par leurs symptômes principaux, par leurs causes, par leur traitement que la dyspepsie et la glycosurie se rapprochent d'une manière frappante, de sorte qu'il serait possible, sans forcer les analogies, de ne voir dans le diabète qu'une dyspepsie portée dans ses dernières limites, une dyspepsie avec exagération de la sécrétion sucrée des urines. Quels sont les principaux symptômes accusés par le dyspeptique qui a mangé plus de féculents qu'il n'aurait dû le faire? La digestion est laborieuse, la bouche pâteuse, la langue blanche, un peu sèche, présentant sur chaque côté un sillon de salive mousseuse, épaisse; l'haleine est un peu forte, la soif vive et toujours en rapport avec la quantité de fécule ingérée au repas; les urines rendues au bout de quelques heures sont plus abondantes : elles sont claires, transparentes, peu colorées, sans aucun dépôt, donnant une odeur toute particulière, etc. Je le demande, ne sont-ce pas là les principaux symptômes observés après le repas chez les diabétiques, et ce que je viens de dire ne justifie-t-il pas la ressemblance que j'ai signalée entre la dyspepsie et le glycosurie? Mais si les symptômes sont à peu près les mêmes dans ces deux maladies, ne les voyons-nous pas également produites par les mêmes causes? Parmi les causes assez nombreuses qui déterminent la dyspepsie, il n'en est pas peut-être de plus fréquentes que les peines morales, les grandes fatigues intellectuelles, les profonds chagrins; il n'est pas douteux, à mon avis, que les mêmes causes ne puissent aussi donner lieu à un véritable diabète. J'ai observé il y a quelque temps un cas très remarquable dans lequel la maladie ne put être rapportée à une autre cause qu'à des chagrins très vifs : M. X..., officier supérieur de la marine, fut pris, au milieu de la plus belle santé, d'un embarras des voies digestives, avec accidents fébriles intermittents. C'était là le début d'un diabète sucré, offrant tous les caractères du diabète classique; la soif était presque invincible, et les urines rendues dans les vingt-quatre heures étaient en rapport avec la quantité d'eau ingérée; elles contenaient une très forte proportion de sucre pouvant s'élever jusqu'à 50 ou 60 grammes par litre; or, M. X... était depuis quelque temps en proie à des peines morales très vives, auxquelles lui-même rapporte la cause de sa maladie. Rien n'est impressionnable comme l'estomac du dyspeptique : une émotion, une inquiétude, une vive préoccupation, suffisent pour troubler la digestion d'un repas et pour changer la nature de nos sécrétions, celle de la sécrétion urinaire par exemple. Je tiens à rappeler ici un fait qui est surtout bien connu de ceux qui ont passé quelque temps à Vichy : à la suite de l'usage un peu prolongé des eaux alcalines, les urines, comme on le sait, deviennent neutres ou alcalines au papier réactif. Qu'on ait une vive impression morale, de quelque nature qu'elle soit, si l'on interroge les urines alcalines la veille, on les trouvera franchement acides le lendemain. Une contrariété arrête ou trouble la digestion d'un repas commencé, et, chez le glycosurique aussi bien que chez le dyspeptique, augmente la quantité de sucre des urines.

Ainsi donc, souvent les impressions morales, les inquiétudes, l'exagération d'un travail intellectuel, déterminent une dyspepsie véritable; les mêmes causes donneront lieu, dans certains cas, à une dyspepsie bien plus grave dans laquelle surtout domineront les symptômes soif, émission d'urine exagérée et sucrée, et qu'on a appelée diabète ou glycosurie.

Mais ce n'est pas seulement par leurs causes et leurs principaux symptômes que la dyspepsie et le diabète sucré se rapprochent, ils le font encore par leur traitement. En effet, que conseillons-nous aux dyspeptiques? quel est le régime qui leur convient le mieux? Abstention complète des féculents et des aliments sucrés; usage habituel des viandes noires ou rôties, du vin de Bordeaux, de l'eau de Vichy aux repas; traitement par les eaux alcalines naturelles de Vichy. Faisons suivre le même régime à un glycosurique, et nous savons d'avance qu'une amélioration marquée en sera le résultat presque nécessaire. En poussant plus loin encore les analogies, on verrait se resserrer plus étroitement les liens qui unissent la dyspepsie et la glycosurie. Ceci ne nous éclaire pas, il est vrai, sur la nature de la maladie; nous ne savons pas comment on devient diabétique, pas plus que nous ne savons comment on devient dyspeptique. Dans ces deux cas, on doit voir une erreur de la digestion sans pouvoir s'expliquer pourquoi, chez les uns, les féculents sont utilisés au profit de la calorification et

de la nutrition générale, tandis que, chez d'autres, cette même fécule se trouve éliminée par les urines sous forme de glycose, et cela au préjudice de la santé générale.

Les expériences qui démontrent que le foie fabrique du sucre de toute pièce, les observations qui prouvent que les lésions du cerveau augmentent la quantité du sucre qui existe normalement dans les urines, nous ont-elles jusqu'ici donné quelques notions un peu certaines sur la pathogénie du diabète sucré, sur sa nature, etc.? Il serait peut-être difficile de se prononcer d'une manière bien affirmative; ce sont surtout les fonctions digestives qu'il faudra interroger pour dissiper les profondes obscurités qui entourent cette importante question. Déjà, au reste, la physiologie de la digestion nous a mis sur la voie du meilleur régime à suivre pour faire disparaître le sucre des urines des diabétiques. Ne désespérons donc pas de l'avenir, puisque la science ne peut qu'y gagner à ces recherches qui, depuis quelques années, sont publiées sur la pathogénie du diabète.

Nous venons d'exposer dans ce mémoire, sans aucune prétention, le résultat de nos recherches; elles n'ont que le mérite d'avoir été faites avec conscience et sans nulle idée préconçue. En terminant, nous pensons devoir les résumer sous forme de conclusions :

I. On trouve du sucre à l'état normal dans les urines; la quantité qu'elles contiennent est toujours plus élevée après le repas, surtout si ce repas a été composé de substances amylacées. Il est un état physiologique, la lactation, qui augmente très sensiblement la quantité de sucre contenue normalement dans les urines.

II. L'augmentation du sucre de l'urine survenant à la suite d'une lésion grave d'un des points quelconques du cerveau, mais surtout du plancher du quatrième ventricule, est un fait des mieux établis. Dans quelques cas, cette lésion entraîne à sa suite une polydipsie et une polyurie simple, sans exagération du principe sucré.

III. Il ne nous a pas semblé, comme l'ont avancé MM. Reynoso et Michéa, que les névroses, épilepsie, hystérie, etc., eussent une influence bien marquée sur l'augmentation du sucre des urines.

IV. Nos expériences n'ont pas mieux démontré l'influence de l'âge avancé et des troubles de la respiration sur la glycogénie.

V. Enfin, il existe une telle ressemblance entre certaines formes de la dyspepsie et la glycosurie, qu'il nous a semblé qu'on pouvait considérer ces deux affections comme dépendant d'une seule et même cause, d'une erreur de la digestion, et qu'on pouvait admettre une dyspepsie glycosurique, tout aussi bien qu'on a admis une dyspepsie flatulente, acide, alcaline, etc., etc.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 JANVIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Chirurgie. — *Résultats du traitement de la pierre obtenus en 1862*, par M. *Civiale*, membre de l'Institut. — M. le docteur Civiale a présenté à l'Académie des sciences le compte rendu annuel de ses opérations pour la pierre.

Il a traité, dans le courant de l'année qui vient de finir, 69 personnes attaquées de la pierre, 66 hommes, 2 femmes et 1 enfant.

45 dans sa pratique particulière et 24 à l'hôpital. 61 avaient la pierre pour la première fois, 8 avaient déjà subi des traitements pour cette affection.

58 de ces malades ont été opérés :

45 par la lithotritie, qui a réussi dans 44 cas; il y a 8 guérisons incomplètes.

10 par la taille ordinaire, qui en a guéri 3, soulagé 2, et 5 sont morts.

3 ont été opérés par la combinaison de la taille et de la lithotritie, 2 sont guéris, il reste au troisième une incontinence d'urine.

Dans 11 cas, le traitement a été ajourné ou jugé impossible.

Dans les observations pratiques qui suivent l'indication de ces faits, M. Civiale s'est attaché d'une manière toute particulière à faire connaître les dangers auxquels s'exposent les malades qui gardent trop longtemps la pierre.

Après avoir indiqué les heureux résultats dans les cas simples, il s'exprime de la manière suivante :

Il n'en a pas été ainsi des malades chez lesquels se trouvaient réunies de grosses pierres et des lésions organiques; les difficultés sont doubles alors et d'autant plus embarrassantes pour l'opérateur, que le volume et le nombre des calculs, la nature et le développement des produits morbides, le mode et l'étendue de la déformation qu'a subie la cavité dans laquelle il doit agir, lui sont presque entièrement inconnus avant de commencer l'opération.

En de telles circonstances, il serait préférable de recourir à la taille; mais elle n'est pas toujours acceptée par les malades, elle a d'ailleurs ses difficultés propres et ses dangers; la lithotritie offrant plus de chances de guérison, le chirurgien se fait un devoir de l'appliquer sans se dissimuler que, presque toujours, il est réduit à procéder sans règles et sans autre guide que ses sensations tactiles, à la recherche des calculs entiers ou fragmentés au milieu des tumeurs et des touffes fongueuses qui remplissent la vessie. D'après cela, on se rend facilement compte des difficultés de la manœuvre et de l'incertitude du résultat.

Dans ces cas exceptionnels, la lithotritie est une ressource plutôt qu'une méthode rationnelle; alors même qu'on réussit à détruire la pierre, il n'est pas rare d'observer, après le traitement, des troubles que je désigne sous le nom de guérison incomplète, et qui ne doivent être confondus ni avec les accidents produits par les éclats de pierre restés dans la vessie, ni avec certains désordres que les manœuvres opératoires, celles de la taille spécialement, peuvent occasionner.

Ces effets, d'ailleurs, ne sauraient surprendre, puisque la guérison des calculeux traités par les procédés chirurgicaux ne peut être complète, en général, que dans la série des cas simples où la pierre forme toute la maladie et produit à elle seule tous les désordres.

Dans les cas graves et compliqués, la pierre ne forme, au contraire, qu'une partie de l'état morbide, et ce n'est pas la plus importante; or, comme l'opération ne détruit que la pierre, les opérés conserveront forcément la part des désordres dont je viens d'indiquer la source.

Ces suites du traitement par l'une ou l'autre méthode sont regrettables assurément; mais ce n'est ni à l'art ni au chirurgien qu'on peut s'en prendre, ainsi que l'ont fait quelques malades, de n'avoir pas obtenu le bienfait de l'opération. La faute en est au médecin, et surtout au malade lui-même, qui n'a pas eu la prudence de se faire opérer en temps opportun et avant que la pierre ait grossi et produit dans les organes ces mêmes désordres qui rendent l'opération incomplète.

On a dit que les calculeux peuvent ignorer la cause de leurs premières souffrances; cela est vrai, mais c'est rare. D'ailleurs, si la méprise est possible à celui qui souffre, le médecin peut facilement l'éviter : c'est même pour lui un devoir de recourir aux moyens d'exploration dont l'art dispose aujourd'hui afin d'être à l'abri de tout reproche. Aussi longtemps que la taille fut la seule ressource des personnes attaquées de la pierre, les praticiens les plus éclairés ne conseillaient cette opération aux adultes, et surtout aux vieillards, que lorsque la vie était menacée et que les douleurs rendaient l'existence insupportable; c'était pour eux le moment d'affronter les dangers de la cystotomie.

Cette règle n'est pas celle qu'on doit suivre à l'égard de la

lithotritie; il est même formellement prescrit de recourir à cette méthode au début de la maladie, avant qu'il existe des lésions organiques, pendant que le calculeux se trouve encore dans la catégorie des cas simples que je viens d'indiquer, et dans laquelle l'opération est toujours facile, sans violence sur les organes, et lorsque la pierre est détruite, toute souffrance cesse, la santé renaît et se soutient.

D'après l'ancienne règle, en procédant à l'égard de la lithotritie comme on le fait pour la taille, le médecin manque de prudence; sans doute, il épargne au malade l'effroi d'un mal qu'il redoute, il ne porte pas l'alarme dans sa famille, mais il laisse prendre à la maladie un développement tel qu'un moment arrive où l'art peut soulager, mais il ne guérit pas.

Physiologie. — M. *Flourens* présente, au nom de M. *Husson*, pharmacien à Toul, une note *sur la quantité d'air indispensable à la respiration durant le sommeil.*

Après avoir examiné, au point de vue théorique, la proposition avancée par M. Delbruck (séance du 15 décembre 1862), que l'homme et les animaux auraient besoin, pour la respiration, d'une moindre quantité d'air pendant le sommeil que pendant la veille, M. Husson passe aux faits qui ont été allégués à l'appui de cette assertion, et qui lui semblent mal interprétés. Si la plupart des animaux, dit-il, si le lion même, au moment du sommeil, cherchent des endroits retirés, est-ce réellement pour se priver d'air le plus qu'ils peuvent, ou n'imitent-ils pas en cela la prudence de l'homme qui, avant de se coucher, ferme sa porte à la clef? Et si le militaire en campagne, couché à la belle étoile, se couvre la tête, n'est-ce pas, avant tout, pour se garantir du froid? Cela est si vrai que le moissonneur et le faneur, pour le moment de la sieste, recherchent seulement l'ombre, et ne songent pas à se cacher le visage, si ce n'est parfois pour se préserver des insectes. D'autre part, il faut bien le reconnaître, même à l'état de veille, l'homme éprouve, en diverses circonstances, le besoin de se garantir la figure. Le cache-nez n'en est-il pas une preuve? On a cité encore l'exemple de l'écolier qui se met la tête sous le drap pour s'endormir. Mais cette habitude est si peu dans les besoins de la nature qu'on la rencontre seulement chez un petit nombre d'enfants, et que presque toujours celui-là même qui la contracte se découvre instinctivement pendant son sommeil, et ne tarde pas à la perdre dès que l'âge de la crainte se passe. C'est, dans tous les cas, une habitude malsaine que les surveillants doivent s'attacher à faire perdre aux écoliers. Il est bien vrai qu'on peut rester momentanément dans un milieu quelque peu vicié; mais on n'y séjournerait pas constamment sans préjudice pour la santé. Quant à l'oiseau, qui dort la tête cachée sous le fin duvet de ses ailes, n'a-t-il pas le bec placé de telle sorte que l'air puisse facilement pénétrer?... (*Comm.* : MM. Payen, Longet.)

Hygiène publique. — M. *Balley*, médecin militaire du corps d'occupation à Rome, adresse une note concernant quelques observations qu'il a eu occasion de faire sur les *inconvénients des alliances consanguines*, alliances déterminées, dit-il, trop souvent « par la seule crainte de voir passer à des étrangers le bien d'une famille ».

De ces observations, au nombre de quatre, l'une tendrait à faire admettre, comme quelques autres faits déjà communiqués à l'Académie, que les résultats fâcheux de ces sortes d'alliances peuvent ne se faire sentir qu'à la deuxième génération. Du mariage d'un Français et d'une Allemande, tous deux sains de corps et d'esprit, le mari même connu pour un homme très intelligent, naissent quatre enfants : trois garçons, dont le plus jeune est seul dans les conditions normales, le fils aîné étant contrefait, le second sourd-muet; la fille est à demi idiote. Le père était né d'un mariage entre cousins germains.

D'un autre mariage entre cousins germains proviennent deux enfants : un garçon frappé en naissant d'albinisme, et une fille dont l'intelligence ne s'est que très imparfaitement développée.

Dans un troisième mariage entre cousins germains, les premières couches de la mère sont d'enfants mort-nés, les suivantes d'enfants contrefaits; un seul survit : il est petit, rachitique, et a été sujet presque dès sa naissance à une sorte de chorée.

Le quatrième mariage, aussi entre cousins germains, n'a donné que deux enfants chétifs et peu intelligents. (*Comm.* : MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard et Bienaymé.)

Pathologie. — *Calcul ayant perforé les conduits biliaires et cheminé à travers les tissus pour sortir par la région ombilicale, sans troubles notables de la santé*, extrait d'une note de M. *E. Leclerc* (de Caen).

Obs. — Aimée Ch...., âgée de soixante-sept ans, d'un tempérament bilieux, au teint ictérique, d'une maigreur assez prononcée, naturellement constipée, éprouve tout à coup, dans le courant de décembre 1857, à l'épigastre, une douleur qui s'irradie jusqu'à la région sus-pubienne, à droite et au-dessous de l'ombilic surtout, et où se développe une tumeur qui, en février 1858, a pris d'énormes proportions. L'urine est rare, sédimenteuse et rendue avec difficulté; tout le bas-ventre est tendu, douloureux à la pression. La malade n'éprouve ni fièvre, ni soif extraordinaire.

Au commencement d'avril, la tumeur fait une saillie à son centre; la peau vers ce point, c'est-à-dire près de l'ombilic, rougit, s'amincit, et le 8 une ponction donne issue à une grande quantité de pus sanieux, d'une fétidité ayant de l'analogie avec celle de la gangrène. Les urines ne tardent pas à couler normalement avec leur densité ordinaire. Des injections sont faites avec de l'eau chlorurée, puis mélangée de teinture de quinquina, et après un mois environ de pansement tout était rentré dans l'ordre, et la fille Ch.... reprenait ses travaux extérieurs. De temps en temps elle ressentit quelques élancements au point où s'était ouvert l'abcès, d'où il s'écoulait par intervalles une petite quantité de sérosité purulente.

Quatre ans s'étaient ainsi écoulés lorsque, au commencement de janvier 1861, les douleurs deviennent plus aiguës; il s'écoule un liquide noirâtre d'une odeur repoussante et plus abondant que les jours précédents. Une crise violente survient, et un corps brunâtre, dur, pesant, ovale, ayant la forme et à peu près la grosseur d'un œuf de pigeon, est expulsé par l'ouverture de la région ombilicale, avec accompagnement de douleurs déchirantes comme dans un enfantement. Une sonde de femme, introduite dans l'ouverture béante, pénètre à droite et en ligne directe à une profondeur de 5 centimètres, ne donnant la sensation d'aucun corps solide. Des injections et un pansement faits comme la première fois amènent une guérison qui a été complète jusqu'à ce jour (décembre 1862), et aucune douleur nouvelle ne s'est fait sentir.

Ce calcul, formé sans doute dans la vésicule biliaire, s'était frayé un chemin à travers les parois abdominales jusqu'à l'ombilic; il est vert foncé, chagriné, blanchâtre à son extrémité la plus ovale, laquelle a séjourné plus longtemps dans le pus que la partie la plus allongée, et qui s'est présentée la première. Il pèse 18 grammes, et il a 9 centimètres de circonférence et 4 centimètres et demi de long.

Académie de médecine.

Séance du 27 janvier 1863. — Présidence de M. Larrey.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet deux rapports d'épidémies, par M. le docteur *Picard* (de Romorantin). (*Commission des épidémies.*)

Discussion sur les eaux potables.

M. *Briquet* rappelle les textes d'Hippocrate relatifs aux eaux potables; il s'attache à démontrer que ces textes ont été mal compris par M. Robinet, et il croit, dans l'intérêt de la vérité, devoir les interpréter à son tour. De ces commentaires M. Briquet infère que les eaux de source étaient répudiées par Hippocrate, et que les eaux de rivière avaient toutes ses préférences pour les besoins de l'hygiène. Il n'est donc pas permis d'invoquer le nom et l'autorité d'Hippocrate pour exalter les eaux de source au détriment des eaux de rivière, et pour

persuader aux Parisiens que les eaux de la Champagne sont les meilleures du monde, mille fois préférables à l'eau de la Seine.

Cette doctrine est contraire à tout ce qu'enseigne l'hygiène et à tout ce que nous savons des eaux champenoises. On a beau le nier, les Champenois sont ravagés par le goître; et cette endémie existe dans la plupart des localités où l'on boit l'eau des sources destinées à alimenter Paris.

A l'appui de ce qu'il avance, M. Briquet met sous les yeux de l'Académie un document tendant à prouver, contrairement à l'assertion de M. Robinet, qu'on ne boit pas d'eau de puits à la maison impériale de Saint-Denis. Depuis dix ans on boit, dans cette maison, de l'eau de Seine filtrée, ainsi que l'atteste le certificat d'un ingénieur que M. Briquet tient à la disposition des incrédules ou des sceptiques.

L'orateur revient aussi sur l'opinion de M. Robinet relativement à l'existence des goîtreux en Champagne. Il atteste, par exemple, que le nombre de goîtreux était grand à Reims à l'époque où on y buvait de l'eau de source; il donne lecture d'un rapport des professeurs de l'École de médecine de cette ville, qui certifient que le goître a singulièrement diminué depuis que la population rémoise s'abreuve d'eau de rivière.

M. Briquet lit ensuite une lettre qu'il a reçue d'un médecin d'Épernay, M. le docteur Rousseau, et d'où il résulte que ce praticien a à traiter en ce moment sept goîtreux. Et M. Robinet affirme qu'il n'y a pas de goîtreux à Épernay.

Dans l'arrondissement de Châlons-sur-Marne, il y a également un bon nombre de goîtreux. M. Briquet évalue au quart de la population la proportion des goîtreux. L'orateur produit d'autres documents encore, et notamment un relevé emprunté au ministère de la guerre, et duquel il appert que de 1850 à 1859 il a été réformé 83 hommes pour cause de goître, dans le seul département de la Marne.

Et c'est dans ce pays-là que l'administration parisienne se propose d'aller chercher les eaux destinées à alimenter la capitale!!!

M. Briquet proteste enfin contre la manière de philosopher de M. Robinet. En effet, qu'a dit M. Robinet? Que peu de gens boivent de l'eau; que la majeure partie des habitants, en France, boit du vin, du cidre, de la bière, de la poirée! Mais c'est une exagération; et d'ailleurs ce vin, ce cidre, cette bière ne se boivent pas purs; on y mélange de l'eau. Et puis il faut bien songer à ceux qui n'ont pas le moyen d'ajouter à l'eau une substance sapide; et le nombre de ceux-là est plus considérable qu'on ne semble se l'imaginer. Eh bien! faudra-t-il que ces personnes-là, déjà déshéritées, soient condamnées à boire de mauvaises eaux, des eaux insalubres, des eaux désaérées ou séléniteuses!

Car, quoi qu'en dise M. Robinet, la présence de ces substances n'est pas indifférente dans les eaux potables. Les hygiénistes estiment que l'eau doit être oxygénée, et tenir en dissolution une proportion déterminée de matériaux salins. Une eau privée d'oxygène et de sels est lourde, crue, d'une digestion difficile; une pareille eau peut être la source d'une foule de dérangements et de maladies pour le canal alimentaire.

M. Briquet proteste donc, encore une fois, au nom de la saine hygiène, contre la doctrine développée dernièrement par M. Robinet, et termine son discours par cette conclusion empruntée au célèbre Bilboquet : « Le jeu n'en vaut pas la chandelle. »

M. *le Président* fait remarquer à M. Briquet qu'une pareille expression est déplacée à la tribune académique.

M. *Poggiale* demande à compléter la citation d'Hippocrate ébauchée par M. Briquet. Les textes qu'il cite indiquent clairement, selon lui, qu'Hippocrate proscrivait formellement les eaux courantes et très mélangées des fleuves et des rivières; tandis qu'il accordait une préférence marquée aux eaux pures et limpides des sources.

A quatre heures l'Académie se réunit en *comité secret*.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 JANVIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. BÉHIER.

MALADIES RÉGNANTES EN DÉCEMBRE. — SUITES DU SCORBUT DE CRIMÉE. — STOMATITES A FORME ADYNAMIQUE. — KYSTES ET ABCÈS DU FOIE.

Dans la séance du 14 janvier, M. *Lailler* fait le compte rendu des maladies qui ont prédominé pendant le mois de décembre 1862 dans les hôpitaux de Paris.

Son dernier rapport faisait pressentir l'imminence d'une épidémie de fièvre typhoïde, ces craintes ne se sont heureusement pas vérifiées.

Les fièvres typhoïdes ont diminué de nombre et de gravité, selon les observations de MM. Moutard-Martin, Bergeron, Bouvier et Hérard; ce dernier a noté cependant une forme anormale avec prédominance des symptômes thoraciques, et une rechute marquée par une nouvelle éruption de taches rosées lenticulaires. M. Blache a vu plusieurs formes thoraciques graves; enfin M. Colin a noté dans 3 cas sur 9 la prédominance des symptômes cérébraux.

En somme, la maladie tend à disparaître, et, sur 200 cas relevés dans les hôpitaux, il n'y a eu que 30 décès, soit un peu plus d'un septième.

Les autres maladies signalées pendant le mois de décembre ont été surtout des bronchites, des pneumonies, des phthisies pulmonaires. Les tuberculeux encombrent les services; on en a compté 300 dans les hôpitaux, et 160 sont morts. L'hôpital Saint-Antoine a continué de présenter, sous ce rapport, un triste privilége, déjà signalé par M. Lailler dans un rapport antérieur. M. Colin a vu 3 cas de tuberculisation aiguë; suivant ce médecin, cette maladie paraîtrait par moments se développer comme par une influence épidémique.

Les pneumonies ont été nombreuses et graves : sur 140 cas, on a compté 61 morts, soit plus d'un tiers. Chez les enfants, la mortalité a été de moitié, et chez les vieillards des deux tiers.

Les rougeoles se sont montrées, mais sans circonstances particulières, si ce n'est une petite épidémie observée par M. Labric.

Le croup a donné une mortalité de 3 sur 4, et l'érysipèle d'un sur huit; le traitement de cette dernière maladie par l'émétique en lavage a compté des succès.

Enfin, on peut mentionner un cas de parotides avec métastase testiculaire au Val-de-Grâce (M. Colin), et deux cas d'intoxication par le sulfure de carbone à l'hôpital Necker.

En somme, maladies saisonnières peu fréquentes et peu intenses, sauf les pneumonies; état sanitaire satisfaisant.

En terminant, M. Lailler fait observer qu'il a mis à profit cette fois-ci, non-seulement les renseignements que lui ont transmis ses collègues, mais aussi les relevés généraux que l'administration fait faire tous les mois par les directeurs des hôpitaux, d'après les diagnostics des pancartes et les feuilles de décès. Ces relevés présentent quelques résultats singuliers, bons à signaler pour montrer à MM. les chefs de service la nécessité de surveiller les documents qui servent à cette statistique. Deux hôpitaux ont fourni un nombre énorme de *gastrites*, 28 à l'Hôtel-Dieu et 36 à Lariboisière; on se croirait revenu au temps de Broussais. On peut remarquer aussi la prédominance de certaines maladies dans certains hôpitaux : ainsi les affections saturnines se rencontrent surtout à la Charité et à Beaujon. L'élection du premier hôpital est due sans doute à l'ancienne popularité du traitement qui porte son nom, celle du second à son voisinage de Clichy.

M. *Barth* fait remarquer que si, par une réaction exagérée contre les idées de Broussais, la gastrite est presque entièrement méconnue aujourd'hui, cette maladie n'en a pas moins une existence réelle, démontrée non-seulement par les autopsies, mais aussi par les symptômes (douleur épigastrique, nausées, vomissements bilieux, constipation) et les bons effets du traitement antiphlogistique. Il en a vu, pour son compte, deux cas depuis six semaines.

M. *Hervéz de Chégoin* cite aussi un cas de gastrite.

M. *Lailler* ne nie pas l'existence de la gastrite ; mais cette fréquence inusitée dans deux services seulement indique évidemment une négligence des élèves chargés des pancartes, qui ont inscrit ce diagnostic comme une formule banale nullement justifiée.

M. *Empis* se demande si on n'a pas voulu dire *fièvre gastrique*, affection spécialement étudiée et décrite par un savant professeur, médecin de l'Hôtel-Dieu.

M. *Lailler* croit la chose possible; mais le même fait s'est produit à Lariboisière, et les relevés statistiques portent deux colonnes spéciales, l'une pour la gastrite, l'autre pour la fièvre gastrique.

M. *Barth* insiste à cette occasion sur la convenance qu'il y aurait à ce que MM. les chefs de service exerçassent un peu plus de surveillance sur le travail de statistique confié à leurs internes par l'administration.

M. *Blache* appelle l'attention de la Société sur les circonstances qui viennent de nécessiter le licenciement temporaire de l'École militaire de Saint-Cyr. Une épidémie très grave de fièvre typhoïde, dont les symptômes se rapprochent plutôt du typhus des camps, a éclaté dans cette institution et causé trois décès en quelques jours. 25 ou 30 élèves étaient encore très gravement atteints, et le seul remède qu'on put opposer au développement de l'épidémie a été la dispersion de ces jeunes gens. C'est la seconde fois depuis dix ans que l'on prend une pareille mesure, et l'on peut incriminer à juste titre la mauvaise situation des bâtiments, construits dans un lieu bas, entouré de terrains marécageux, et surtout leur insuffisance et leur encombrement, le nombre des élèves ayant été porté depuis quinze ans de 200 à 740, avec addition de 60 chevaux pour les exercices de cavalerie.

— M. *Lailler* a, dans le courant de l'année dernière, attiré l'attention de la Société sur des faits signalés par le docteur Riset, relatifs aux suites lointaines du scorbut chez des militaires ayant pris part aux campagnes de Crimée et d'Italie. Il a eu dernièrement l'occasion de voir lui-même un de ces militaires atteints de plaies et de cicatrices profondes autour desquelles se faisaient des éruptions de furoncles et des tournioles, avec phénomènes adynamiques. Lind a déjà décrit des accidents analogues dans les parties atteintes par le scorbut.

— M. *Delasiauve* rapporte deux cas de stomatite grave qu'il a récemment observés chez de jeunes idiots de son service de Bicêtre, et qui lui ont paru constituer une forme particulière et non encore décrite de stomatite. Ce n'était ni la stomatite ulcéreuse, ni la gangréneuse, ni la mercurielle. La maladie a débuté par la sécheresse des lèvres, puis des gencives, dessiccation qui s'est accompagnée de gonflement et d'érosions superficielles de la muqueuse ou de croûtes au-dessous desquelles cette membrane était ulcérée. La maladie s'est étendue aux joues. En même temps, les symptômes adynamiques les plus graves se sont montrés chez les deux petits malades, qui ont succombé en quelques jours, malgré un traitement tonique énergique. L'autopsie n'a révélé en dehors de l'état de la bouche qu'une forte congestion des poumons et du foie. Deux autres enfants atteints également de symptômes menaçants ont été sauvés.

— M. *François Barthez* entretient la Société de la difficulté qu'offrent souvent au diagnostic certains kystes du foie très volumineux qui ne se révèlent que par des symptômes douteux et une faible altération de la santé générale.

M. *Barth* a vu aussi une maladie du foie fort difficile à préciser: c'était une hypertrophie chez un sujet anémique, d'apparence tuberculeuse, mais ne toussant jamais et n'ayant pas non plus présenté d'ictère.

M. *Béhier* fait remarquer combien il serait important de connaître les antécédents de ce malade et de savoir s'il n'a pas été dans les pays chauds. Chez les sujets qui sont dans ce cas, des abcès considérables se forment souvent dans cette glande d'une manière lente et chronique, et ne se révèlent par aucun trouble grave de la santé pendant un temps fort long. M. Béhier a dernièrement vidé un abcès énorme que le malade portait depuis dix-huit mois. Les hépatites consécutives ou non à la dysentérie sont fréquentes et doivent toujours être soupçonnées chez les colons et chez les personnes qui ont habité l'Afrique; mais M. Béhier a vu deux cas semblables chez deux femmes de Paris qui n'avaient jamais voyagé ; une seule avait eu de l'ictère.

M. *Moutard-Martin* a vu un cas semblable chez une femme de son service, laquelle a guéri par la ponction.

M. *Barthez* fait remarquer que le sujet dont il a parlé n'avait aucun abcès du foie, mais un kyste avec acéphalocystes.

M. *Béhier* insiste sur le petit nombre et le peu d'intensité des symptômes qui peuvent faire reconnaître l'hépatite. L'ictère se montre à peine dans un tiers des cas, et, quant à l'augmentation de volume du foie, il faut une collection déjà considérable, 200 grammes au moins, pour qu'elle devienne appréciable.

M. *Moutard-Martin* croit que ce n'est pas seulement le pus, mais aussi la congestion du parenchyme autour du foyer, qui augmente le volume de l'organe, et que cette tuméfaction doit être apparente déjà pour une collection moins considérable.

M. *Béhier* répond que cette congestion n'existe pas; il y a, au contraire, tassement du parenchyme autour des abcès, et cette assertion est appuyée sur l'autorité de MM. Rouis, Cambay et Dutroulau, qui ont fait de ces maladies une étude très sérieuse et très approfondie.

M. *Moutard-Martin*, sans avoir rencontré beaucoup de ces cas, a vu le foie rester volumineux pendant plusieurs semaines après l'évacuation du pus.

Dr E. Isambert.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Pommade contre les engelures et les crevasses, par M. Testelin.

Les engelures et les crevasses, les premières surtout, ont tellement la réputation d'être réfractaires aux moyens thérapeutiques, qu'on les abandonne assez généralement à elles-mêmes. Pourtant il est certain qu'on en arrête fréquemment la marche à l'aide de topiques, quand surtout on n'attend pas que les parties soient ulcérées. Les moyens suivants, recommandés par M. Testelin, méritent d'être signalés.

Contre les engelures *non ulcérées*, il emploie le liniment composé suivant :

Pr. Teinture d'iode.......... 1 partie.
Liqueur de Labarraque...... 3 parties.
M.

On fait avec ce mélange des onctions légères sur la partie malade, qu'on sèche ensuite au feu. Au dire de l'auteur, les engelures disparaissent en trois ou quatre jours.

Pour les crevasses, il a souvent employé du miel chauffé au four; au bout de peu de temps une écume se produit, que l'on enlève jusqu'à ce qu'il ne s'en produise plus de nouvelle; la quantité d'écume, variable suivant la qualité du miel employé, est environ le dixième de la masse totale. Lorsqu'il ne se produit plus d'écume à la chaleur du four, le miel a perdu sa consistance gluante ; il est devenu huileux. On l'applique sur les mains chaque fois qu'elles ont été lavées, et on l'étend en

se frottant les mains assez fort pour les échauffer légèrement. M. Testelin dit avoir guéri des crevasses, et en avoir même prévenu le retour, chez des servantes qui, ayant souvent les mains à l'eau, avaient ordinairement cette maladie tout l'hiver. Il l'a employé avec grand succès, à Bruxelles, chez une dame, blanchisseuse de dentelles, bien que cette dame ait continué sa profession, qui l'obligeait à avoir très souvent les mains dans l'eau froide. (*Bulletin médical du nord de la France*, décembre 1862.)

Hernie vaginale funiculaire, par M. FOUCHER.

OBS. — Un jeune homme de dix-huit ans, d'une bonne santé, n'ayant jamais eu de hernie, fut pris tout à coup, à la suite d'une course, de coliques et d'une douleur dans la région inguinale du côté droit. Bientôt après survinrent des vomissements, et l'on dut le transporter à l'Hôtel-Dieu. L'interne reconnut une hernie qu'il s'efforça en vain de réduire, et pendant toute la nuit les vomissements continuèrent. A la visite du matin, M. Foucher trouva une tumeur oblongue, placée le long du cordon, se prolongeant dans le canal inguinal, où son extrémité supérieure se perdait, et séparée en bas du testicule par un espace appréciable. Il s'agissait de déterminer quelle était la variété de la hernie, et quel était l'agent de l'étranglement.

M. Foucher pensa que cette hernie, placée le long du cordon, était située dans la tunique vaginale non oblitérée, et qu'elle correspondait, quoique survenue accidentellement, à une hernie congénitale ayant trouvé un sac en quelque sorte préparé pour la recevoir. La hernie ne descendait pas jusqu'au testicule, elle n'était en rapport qu'avec le cordon; c'était donc une hernie funiculaire.

La hernie était trop récente et son apparition trop brusque pour faire admettre l'idée d'une inflammation du sac. D'un autre côté, le sac n'avait pas de collet, et enfin l'introduction facile du doigt sous l'anneau inguinal externe démontrait que celui-ci n'était pour rien dans l'étranglement.

Le diagnostic fut le suivant : hernie inguinale funiculaire, étranglement au niveau de l'anneau inguinal interne occasionné peut-être par un commencement de rétrécissement de cet anneau.

L'opération fut immédiatement pratiquée. La tunique vaginale contenait une certaine quantité de liquide. C'était bien elle qui était le siége de la hernie. L'anneau inguinal externe n'était pas le siége de l'étranglement. On le débrida pour aller plus loin chercher cet agent. Le doigt porté au niveau de l'anneau inguinal interne trouva une anse fibreuse qui serrait l'intestin. On fit deux débridements, l'un en dedans et en haut, l'autre en dehors et en haut. Le doigt introduit au delà ne trouva pas de repli valvulaire. C'était donc le *fascia transversalis* qui étranglait la hernie.

Celle-ci était constituée uniquement par une anse d'intestin grêle de 8 à 10 centimètres de long. L'intestin était rouge, violacé, rugueux à la surface; dans le point qui correspondait à l'étranglement, il était marqué d'une rainure circulaire.

Le malade a guéri sans accidents.

M. Foucher a conclu de cette observation, au point de vue de la théorie, qu'il se fait des étranglements au niveau de l'anneau inguinal interne; au point de vue pratique, que le pronostic de ces étranglements est plus grave, qu'ils donnent lieu à une altération plus rapide de l'intestin, que l'on a fort peu de chance de les réduire par le taxis, et qu'on ne saurait les opérer trop promptement. (*Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Paris.*)

Extirpation de polypes laryngiens, avec l'emploi du laryngoscope, par M. GIBB.

Le laryngoscope a rendu déjà de très grands services dans le diagnostic de petits polypes insérés sur les cordes vocales, ou sur l'ouverture supérieure du larynx; mais il ne suffit pas de reconnaître la cause des altérations de la voix, il faut encore la supprimer par une opération très délicate et même fort difficile, car il faut en quelque sorte saisir à la volée le polype que l'on veut enlever. Les difficultés expliquent le petit nombre des ablations tentées jusqu'à présent. L'observation suivante nous montre un exemple de ces opérations nouvelles, mais elle nous laisse sans renseignements sur les difficultés rencontrées par le chirurgien et sans détails suffisants quant au résultat définitif.

OBS. — Un gentleman âgé de trente-sept ans était, depuis douze ans, atteint de raucité de la voix, et parfois d'aphonie. Un traitement mercuriel poussé jusqu'à une abondante salivation resta sans effets. A l'air libre, le malade peut à peine se faire entendre; à l'intérieur des appartements, la voix est un peu plus forte, mais très rauque. Au laryngoscope, le docteur Gibb constate la présence de deux tumeurs pédiculées presque de la grosseur d'un pois, attachées à la partie antérieure des cordes vocales; il les enleva au moyen de son écraseur laryngien, et en s'aidant du miroir laryngien. Les polypes étaient formés de tissu épithélial. (*Medical Times*, 1862, t. II, p. 588.)

— Nous ne savons quel est l'instrument que M. Gibb appelle son *laryngeal ecraseur*, et qu'il a fait construire par MM. Weiss et fils, mais nous avons lieu de croire qu'il s'agit d'une pince destinée à écraser le polype, car il nous paraît impossible de pouvoir aller jeter, autour du pédicule d'un polype laryngien, une anse coupante quelle que puisse être sa ténuité.

V

BIBLIOGRAPHIE.

Du climat de l'Égypte et de sa valeur dans les affections de la poitrine comme station hivernale, par le docteur B. SCHNEPP. Firmin Didot, 1862.

Une introduction où sont exposés les principes généraux de la climatologie, ses imperfections et ses *desiderata* comme science; une première partie exclusivement consacrée au climat de l'Égypte : constitution du sol, météorologie, végétaux, animaux, races humaines; une seconde, de climatologie comparée, indiquant la place que doit occuper l'Égypte parmi les stations d'hiver les plus connues; une troisième enfin, faisant connaître l'action des climats sur l'homme, le mouvement de la population en Égypte et les maladies propres à ce pays : telles sont, suivant leur distribution, les matières traitées dans ce livre.

L'Égypte étant située entre le 24^e et le 31^e degré de latitude nord, et ayant sa température moyenne au-dessus de 22 degrés, appartient aux pays chauds; mais, quand on la divise en trois régions climatoriales, du nord au sud, on reconnaît que la première, le Delta, où se trouve Alexandrie, est un climat marin; que la seconde, à laquelle appartient le Caire, est un climat continental; que la troisième ou haute Égypte, est un climat extrême. Les caractères géologiques du sol, montagnes et vallées, identiques pour ces trois régions, sont décrits avec détails par M. Schnepp; la partie topographique, au point de vue de l'habitation hygiénique, nous paraît seulement un peu négligée. La météorologie est traitée avec plus de développement et donnée par station principale. Pour Alexandrie, sur un tableau contenant les observations personnelles de l'auteur pendant quatre ans, on trouve pour moyenne annuelle 21°,34, pour moyennes mensuelles, *maxima* et *minima*, 27°,84 en août et 11°,11 en janvier. Les perturbations thermométriques les plus fortes ont lieu à la fin de l'hiver et au printemps, sous l'influence du *khamsin*, et l'on constate alors jusqu'à 19°,4 de variation en quelques heures, la variation diurne normale étant de 3 à 7 degrés. La pression atmosphérique annuelle est de 759^{mm},60, avec oscillations très marquées; on compte 24^{mm},25 d'écart entre les extrêmes de l'année, et de 4 à 15^{mm},47 entre celles d'un même mois; c'est encore par le *khamsin* et pendant les mois d'hiver que ces derniers chiffres s'observent. Les vents dominants sont les vents d'ouest et de nord, les premiers surtout; c'est en hiver qu'ils varient le plus. Le *khamsin*, qui est un vent du sud, souffle par séries de trois jours en moyenne, en avril et pendant les trois mois précédents; il est chargé d'une poussière fine qui obscurcit la lumière du jour; il cesse la nuit, est brûlant et sec, et agit sur le thermomètre, qu'il élève de 20 à 25 degrés, sur le psychromètre, dont le chiffre baisse d'un quart, et sur le baromètre, qui descend de 6 à 10 millimètres; on comprend quels doivent être ses effets sur

l'organisme humain. L'état du ciel est le phénomène le moins variable de ce climat, il est presque toujours pur. Pendant décembre et janvier, il tombe en moyenne 255 millimètres d'eau, et, pendant les autres mois, des quantités à peine appréciables. Toutefois, l'humidité observée au psychromètre marque en moyenne 66°,7 et oscille entre les chiffres extrêmes 90 et 16 degrés. Pour le Caire, il résulte d'une analyse raisonnée des observations de divers auteurs que la température moyenne de l'année est de 22 degrés, et que les observations journalières donnent pour extrêmes 40°,87 en mai et 4°,40 en février, ce qui fait 36°,47 de différence à trois mois d'intervalle; la variation entre les moyennes des trois mois d'hiver n'est pas moindre que 10 degrés, mais celle entre les extrêmes atteint jusqu'à 22 degrés, et d'un jour à l'autre on compte quelquefois 16 degrés de différence; c'est donc là un climat inconstant, plus variable que celui d'Alexandrie. La pression de l'air est de 758mm,57, les oscillations allant jusqu'à 18mm,74, et en hiver, ce qui prouve qu'elle n'est pas plus égale que la température. Les vents dominants soufflent du nord et de l'est, moins souvent de l'ouest, rarement du sud; le *khamsin* se fait sentir pourtant jusqu'à onze fois dans l'année. Le ciel est d'une sérénité presque constante, et l'on ne compte que quelques averses de pluie; l'humidité observée à l'hygromètre de Saussure marque 56 à 70 centièmes en moyenne. Tout tend donc à prouver que le climat du Caire n'a pas les qualités qu'on lui a prêtées. Quant à la haute Égypte, qui s'étend du 30° degré jusqu'au delà du tropique, ce n'est pas une petite affaire que de s'y transporter. Toutes les précautions et les difficultés que présentent l'installation et l'armement de la *cange* ou barque sur laquelle se fait le voyage, le choix des vêtements, l'approvisionnement des vivres, suffisent déjà pour restreindre beaucoup le nombre des malades auxquels conviendrait ce genre d'hygiène. Les Égyptiens, à ce qu'il paraît, du temps de leur splendeur et même dans des temps plus modernes, considéraient ces excursions sur le Nil comme des parties de plaisir et les faisaient avec grande pompe; mais des Européens malades, voyageant isolément et au milieu des privations de toutes sortes, ne peuvent y trouver que de l'ennui. Les majestueuses ruines qu'on rencontre à chaque pas pendant ce long itinéraire, et qui apparaissent comme les cadavres de la puissance des Pharaons, ne semblent pas de nature à agir favorablement sur leur moral. Ce vaste parcours se partage en trois régions à peu près d'égale étendue : du Caire à Keneh; de cette dernière ville, en traversant l'ancienne Thébaïde, à la première cataracte; de celle-ci à la seconde; et dans chacune se rencontrent bien des climats différents. Ce n'est qu'à grand'peine que l'auteur parvient à construire la météorologie de ces climats avec les lambeaux d'observations que lui-même et d'autres voyageurs ont pu recueillir. La température moyenne de l'air en hiver serait de 18°,06, avec variations diurnes énormes : ainsi, à Thèbes, on compte quelquefois 2 degrés au lever du soleil et 30 degrés au milieu du jour. La température de l'air sur le Nil, rendue moins extrême et plus constante que celle de l'air terrestre par l'influence des eaux, était surtout ce que recherchaient les anciens Égyptiens. Sur la pression, les observations paraissent bien incomplètes pour se former un jugement; de même pour l'humidité, qui varie depuis la rosée jusqu'à l'extrême sécheresse et est plus grande encore sur le fleuve qu'à terre.

Si à ces conditions déjà assez peu engageantes du climat de l'Égypte on ajoute l'aspect aride et désolé du pays, le peu de fraîcheur et de vigueur de la végétation, qui ne fait que paraître après les inondations pour disparaître presque aussitôt, brûlée par le soleil; si l'on considère que le règne animal est aussi triste d'apparence, aussi peu varié d'espèces, ne fournissant à l'alimentation que des produits peu nutritifs et souvent de mauvaise nature; si, examinant les caractères de la population, on trouve qu'elle appartient à plusieurs races, la plupart dégénérées ou ne s'entretenant que par l'immigration, que quelques-unes même ont entièrement disparu, on est tout disposé à s'écrier avec M. Schnepp : « Est-ce bien en Égypte, dans ce pays si inhospitalier pour les étrangers, pour l'homme blanc qui vient du nord comme pour le noir qui arrive du sud, dans ce pays si meurtrier pour ses propres enfants, est-ce bien dans ce pays que nos confrères, qui craindraient d'être taxés d'imprudence, peuvent envoyer des malades et des valétudinaires? » Il a observé et éprouvé lui-même, nous le croyons autorisé à s'exprimer ainsi.

Il n'en est plus tout à fait de même quand il arrive à parler des stations d'hiver autres que l'Égypte, et à établir un parallèle entre elles et ce dernier climat. On a droit de s'étonner de la facilité avec laquelle il prend pour termes de comparaison des observations météorologiques sur la valeur desquelles il ne possède aucune garantie, s'exposant ainsi à toutes les erreurs d'appréciation que naguère il mettait tant de soin à éviter. Ainsi, pour la température, il fixe celle de Nice au-dessous de 15 degrés, d'après Risso, quand elle atteint 16°,3 d'après M. Macario, et, sur cette indication si mal déterminée, il place Nice à côté de Pau et de Venise, dont elle diffère beaucoup pourtant. A son tour, Venise, considérée généralement comme une des meilleures stations d'hiver par la douceur et l'égalité de son climat, devrait, selon lui, être évitée pendant cette saison. Tous les climats du midi de la France et de l'Italie en général auraient une température hivernale trop froide pour servir de stations d'hiver aux malades; Alger et Madère seraient à peu près les seules propres à remplir cette indication. Pour la pression de l'air, quand on songe à toutes les causes, dépendant des instruments et des procédés d'observation, qui vont varier ses chiffres sur les tableaux dressés jusqu'aujourd'hui, on se demande quelle conclusion on en peut tirer pour la comparaison des climats entre eux. La force et la direction des vents ne sont pas mieux déterminées ni moins diversement interprétées : pour les villes du littoral maritime, par exemple, la périodicité nychthémérale des vents de terre et de mer n'existe qu'en été; en hiver, les vents locaux prédominent partout, ce qui fait que, dans le midi de la France, ces villes ne jouissent pas d'un climat véritablement marin, les vents dominants étant les vents de nord-ouest et de nord. Les quantités de pluie et le degré d'humidité de l'année ne peuvent pas non plus servir de termes de comparaison pour les saisons d'hiver. Les conclusions que tire l'auteur du parallèle établi entre les diverses stations d'hiver, d'après ces données météorologiques, c'est que le Caire et la haute Égypte sont loin de convenir à toutes les maladies, à la phthisie en particulier, et qu'il faudrait leur préférer Alexandrie; que Madère et surtout Alger sont les stations d'hiver par excellence; que Palerme et Hyères ne devraient être que des stations intermédiaires, praticables seulement au printemps et en automne; que les hivers de Nice, de Rome et de Naples sont beaucoup trop rigoureux pour la plupart des maladies; que Venise, malgré son climat constant et marin, n'est hygiénique que pendant la saison chaude.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer combien ce jugement diffère de ce qui est le plus généralement admis sur la plupart de ces climats. Nous pensons, d'ailleurs, qu'avec les documents qu'on possède aujourd'hui, des tableaux météorologiques ne suffisent pas pour porter un tel jugement. Ce qu'on recherche dans une station d'hiver, ce n'est pas précisément un été tempéré; rien ne prouve que la plupart des maladies chroniques, la phthisie en tête, dussent se trouver bien d'un été perpétuel : cette dernière maladie n'est-elle pas presque inconnue dans plusieurs climats de l'extrême nord? L'organisme de l'Européen a l'habitude et peut-être le besoin, dans une certaine mesure, des variations d'impression météorologique qui résultent des diverses saisons dans les climats tempérés. Ce qu'il faut lui faire éviter dans l'état de maladie, ce sont les impressions extrêmes, résultant surtout de la température, des vents et de l'humidité. Eh bien! la transparence habituelle du ciel, la douceur et la tranquillité de l'air, qui permettent trois à quatre heures d'exercice en plein air, au

milieu du jour, dans la plupart des stations du midi de la France, quitte à s'abriter des grands vents et des nuits froides, ce qui est possible d'ailleurs, de telles conditions de climat, disons-nous, ne peuvent être que des auxiliaires très utiles du traitement de certaines maladies chroniques. Quant aux propriétés spéciales qui recommandent ou contre-indiquent telle station dans telle ou telle maladie, si elles résident souvent dans les nuances qui différencient entre eux les climats partiels ou les localités, nous serions porté, pour notre compte, à les placer souvent aussi dans une inconnue que l'expérience apprend seule à connaître.

Nous ne croyons pas nécessaire de suivre l'auteur dans son examen des influences des divers éléments météorologiques sur l'organisme humain, particulièrement en Égypte. Le mouvement de la population dans ce pays (effectif, naissances, décès, longévité, vie moyenne) ne présente pas les éléments d'une appréciation assez exacte pour nous arrêter non plus. Pour ce qui est de la pathologie, sur les tableaux dressés pour les villes du Caire et d'Alexandrie, on trouve comme maladies principales de la population indigène des fièvres désignées collectivement sous le nom de gastro-intestinales, fournissant peu de décès; des fièvres typhoïdes en moins grand nombre; un chiffre considérable de convulsions, sans indication de cause. Sur la statistique de l'hôpital des Européens figurent des fièvres gastriques, des palustres, des dysentéries en très grand nombre, des maladies de foie en plus grand nombre encore. Quant à la phthisie, les documents historiques et les statistiques modernes prouvent qu'elle a été fréquente de tout temps chez les Égyptiens. Sur la fréquence des cas et des décès de cette maladie suivant les races et les nationalités, l'auteur entre dans de longues considérations desquelles il résulte que jamais on ne la voit guérir ni même s'améliorer quand elle est confirmée, et que, arrivée à un degré avancé, elle marche avec plus de rapidité. Aussi est-il amené à donner le conseil suivant à ses confrères : « Dès que votre malade présente des signes non équivoques de la tuberculose, gardez-vous de l'envoyer en Égypte. » Les seules maladies qui peuvent se trouver bien de ce climat sont les consomptions par toute autre cause que le tubercule, les catarrhes des bronches et des voies urinaires.

Nous pourrions nous dispenser de dire, en terminant, que ce livre est correct de forme, exact de méthode, sobre de déductions; M. Schnepp a fait ses preuves dans la presse médicale, et le patronage de l'illustre doyen de la Faculté de médecine, sous lequel il place son œuvre, est une garantie de son caractère sérieux. D'où vient pourtant que, tout en rectifiant bien des erreurs sur le climat de l'Égypte, il ne jette aucun jour sur les obscurités de la science climatologique, et tend plutôt à ébranler la confiance dans ses enseignements? C'est que rien n'est encore arrêté ni coordonné dans cette science, à laquelle concourent des éléments si divers. Quand on voit, par exemple, tout le travail qu'il a fallu à l'auteur du livre que nous analysons pour recueillir ses observations météorologiques et les mettre d'accord avec celles des observateurs qui l'ont précédé, travail ingrat, — il le dit lui-même, — et souvent stérile, on se demande si c'est bien là l'office du médecin praticien, et si de telles observations, qui sont du domaine de la physique, ne devraient pas être l'objet d'un travail spécial et se présenter avec des formules plus précises. L'étude des diverses conditions du sol dans chaque station : constitution hydrogéologique, hypsométrie, règne végétal et animal, ne devrait-elle pas aussi être l'objet d'un semblable travail? Pourquoi, en un mot, ne ferait-on pas pour les stations hygiéniques ce qu'on fait pour les eaux minérales? Celles-ci n'ont-elles pas leurs ingénieurs et leurs chimistes? Il y a dans la climatologie médicale deux éléments distincts : la matière climatologique, l'hygiène climatologique. Le praticien hygiéniste est tenu de connaître la première au même titre que le thérapeutiste la matière médicale; mais son rôle consiste surtout à en faire une application intelligente à l'hygiène et à en noter scrupuleusement les effets. Qu'on fasse d'abord de la matière climatologique exacte, et l'hygiène des stations d'hiver, fixée sur son point de départ, ne se perdra plus dans des appréciations contradictoires et se constituera à son tour. La division du travail, ici comme en beaucoup de choses, est la voie la plus prompte et la plus sûre d'arriver à la construction de l'édifice.

D[r] DUTROULAU.

VI

VARIÉTÉS.

Par décret du 24 janvier, rendu sur le rapport de S. A. I. le prince Napoléon, président de la Commission impériale de l'Exposition universelle de l'industrie et des beaux-arts de 1862, à Londres, et sur la proposition du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeurs. — MM. Balard, membre de l'Institut, et Nélaton, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membres de la section française du jury international.

Officiers. — MM. Demarquay, chirurgien de la Maison municipale de santé, et Würtz, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Chevaliers. — MM. le docteur Lécorché, médecin de la Commission impériale; Victor Masson, éditeur d'ouvrages scientifiques et médicaux, membre de la section française du jury international.

MM. Charrière fils; Lüer et Mathieu, fabricants d'instruments de chirurgie.

— L'association des médecins de la Seine a tenu dimanche 25 janvier sa séance annuelle. Après la lecture du compte rendu de M. le secrétaire général Louis Orfila, et un discours de M. Perdrix, secrétaire général honoraire, qui ont été accueillis par des applaudissements unanimes, l'assemblée a procédé au renouvellement du bureau pour l'année 1863. M. le baron P. Dubois, démissionnaire, a été nommé par acclamation président honoraire. M. Velpeau a été nommé président en remplacement de M. P. Dubois; MM. Barth et Monneret ont été réélus vice-présidents, et M. Vosseur a été maintenu dans ses fonctions de trésorier.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

DU MASSAGE, SON HISTORIQUE, SES MANIPULATIONS, SES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES, par le docteur *Estradère*. 1 vol. grand in-8. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

DES HÉMORRHAGIES MÉNINGÉES, CONSIDÉRÉES PRINCIPALEMENT DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES NÉOMEMBRANES DE LA DURE-MÈRE CRANIENNE, par le docteur *Lancereaux*, secrétaire de la Société de biologie. Mémoire in-8 de 74 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

RELATION SUR UNE ÉPIDÉMIE D'HYSTÉRO-DÉMONOPATHIE EN 1861, par le docteur *Constans*, 2e édit. 1 vol. in-8 de 140 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX, par le docteur *L. Wecker*, t. I[er], premier fascicule, *maladies de la conjonctive*. 1 vol. in-8, avec une planche gravée. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, MÉDICALE ET CHIRURGICALE, par le docteur *J. M. Beyran*, 2e édition revue et complétée. 1 vol. in-18 de 456 pages. Paris, Germer Baillière. 3 fr. 50

NICE ET SON CLIMAT, par le docteur *Edwin Lee*. 2e édition, augmentée d'une notice sur Menton et d'observations sur l'influence du climat et des voyages sur mer dans la phthisie pulmonaire. 1 vol. in-12 de 166 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE; TRAITÉ D'ANTHROPOLOGIE PHYSIOLOGIQUE ET PHILOSOPHIQUE, par le docteur *F. Frédault*. 1 vol. in-8 de XVI-854 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 11 fr.

Le titre et la table du tome IX (année 1862) de la GAZETTE HEBDOMADAIRE seront adressés à MM. les abonnés le 7 février prochain.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 6 FÉVRIER 1863. N° 6.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Du secret médical dans la question du mariage. — II. **Travaux originaux.** Chirurgie : Ovariotomie double. — Deux énormes kystes multiloculaires. — Mort le cinquième jour de l'opération. — Pathologie mentale : Des hallucinations musculaires. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Notice sur le Buchu. — De l'aspormotisme. — Appareil inamovible à cercles ouatés pour les fractures des membres. — Permanganate de potasse pour enlever l'odeur cadavérique. — Huile de chanvre indien contre les rhumatismes. — V. **Bibliographie.** Quelques considérations sur la fièvre typhoïde dans les compagnes. — VI. **Variétés.** Liberté de l'exercice de la médecine. — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.

I

Paris, 5 février 1863.

DU SECRET MÉDICAL DANS LA QUESTION DU MARIAGE.

La question du *secret professionnel*, en ce qui concerne surtout le médecin, est assurément l'une des plus délicates qui puissent être posées devant la conscience, comme elle est une de celles qui ont été le plus lentes à s'éclaircir devant les tribunaux. Nous l'avons plus d'une fois traitée, toujours avec un sentiment profond de la difficulté, et l'on pourra voir notamment dans le tome 1er de la GAZETTE HEBDOMADAIRE (p. 54, au *Feuilleton*) comment nous la comprenons au point de vue de la déposition en justice. Mais voilà que cette question se présente sous un autre côté, qui mérite d'autant plus d'être envisagé avec circonspection qu'il touche cette fois, non plus à une circonstance accidentelle de la vie médicale, mais à l'exercice quotidien du ministère, et qu'il ne lui est venu encore, à notre connaissance, aucune lumière, ni de la magistrature, ni du barreau, ni des ouvrages de jurisprudence. Un médecin consulté, en vue d'un projet de mariage, sur la santé de l'un des futurs conjoints, doit-il se renfermer dans un silence absolu, ou mettre au contraire, par ses révélations, les familles en mesure de se déterminer en connaissance de cause? Tel est le thème d'un assez grand nombre d'articles dans les journaux de médecine, et de rapports dans les sociétés médicales d'arrondissement. Disons tout de suite que sociétés et journaux ont opiné tantôt dans un sens, tantôt dans un autre ; que, d'ailleurs, dans tout le corps médical, la divulgation du secret, au profit de la sécurité des familles, a des partisans chaleureux et convaincus, ou, ce qui est plus significatif encore, des adhérents tranquilles, considérant l'intervention du médecin dans les mariages comme une fonction naturelle du sacerdoce, et exempts de scrupules dont ils n'imaginent pas le motif. Un mémoire d'un honorable confrère, récemment inséré dans le recueil de la *Société d'émulation de Cambrai* (t. XXVII), mérite d'être signalé sous ce rapport.

La prescription du secret professionnel, pour le médecin (1), se tire : 1° du serment d'Hippocrate, ou formellement prêté, ou tacitement consenti par tout initié à la corporation médicale ; 2° de l'article 378 du Code pénal, qui dispose que « les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, *par état ou profession*, des secrets *qu'on leur confie*, et qui.... auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 à 500 francs. »

Nous ne nous arrêterons pas au premier motif. Le secret professionnel n'est plus inscrit, comme jadis, dans les statuts des Facultés ; le serment d'Hippocrate, dont les termes d'ailleurs ne paraissent pas être identiques avec ceux qu'a consacrés la tradition ou plutôt la *traduction*, n'est plus prêté que dans une école, et vraisemblablement il n'a pas le même sens, ne s'applique pas au même objet que les prescriptions de la loi; il reste enfin une simple déclaration personnelle qui n'engage pas la conscience d'autrui. L'art. 378 du Code pénal, voilà donc le seul texte d'où l'on puisse tirer une règle positive de conduite. Ce qu'il ordonne, il faut l'exécuter, sauf à se demander ensuite platoniquement jusqu'à quel point il satisfait l'intérêt général de la société.

Aux termes de cet article, le secret légal est caractérisé par ces deux circonstances : 1° qu'il ait été reçu dans l'exercice de la *profession;* 2° qu'il ait été *confié*.

L'exercice de la profession peut être entendu de diverses manières. Il n'est pas nécessaire que le dépôt de la chose secrète ait eu lieu dans l'intimité de la consultation; il suffit que le médecin l'ait apprise à titre de médecin, n'importe en

(1) La question reste la même pour l'avocat et l'avoué, mais elle est controversée pour le notaire. Quelques jurisconsultes éminents ont pensé que les devoirs de cet officier public, ayant été tracés par une loi spéciale (loi du 25 ventôse an XI), ne peuvent plus être atteints par l'art. 378 du Code pénal, concernant le secret professionnel.

quelle circonstance, en quel lieu, en quelle forme. C'est du moins ce qu'on doit induire des décisions de la jurisprudence concernant d'autres états que celui du médecin. Ainsi, un prêtre a été récemment condamné par la cour impériale de Caen pour avoir révélé un secret qu'il avait reçu *en dehors de la confession*, et néanmoins comme prêtre. Le considérant de l'arrêt mérite d'être rappelé :

« Considérant que le prêtre, dans l'exercice de son saint ministère, est exposé, en dehors des confidences sacramentelles, à devenir, par sa profession même, le dépositaire souvent obligé de secrets qui, par leur nature, appellent une discrétion absolue, et dont le caractère de celui qui les reçoit devrait garantir l'inviolabilité ; qu'il est dès lors compris au nombre des personnes auxquelles la loi impose le silence relativement aux révélations qui leur sont faites à raison de leur profession... »

Du reste, la Cour de cassation avait déjà décidé en ce sens, dès l'année même où la loi a été portée, par un arrêt en date du 30 novembre 1810. (Voy. Sirey, *Code d'instruction criminelle*, art. 322, n° 44, et *Code pénal*, art. 378, n° 3.)

Quant à la nécessité de la confidence pour constituer le secret professionnel, elle n'a pas seulement pour effet de dégager l'homme du médecin et de restituer au premier les latitudes de la liberté commune ; elle ouvre au médecin lui-même, — non pas, si l'on veut, au praticien, mais au savant, — un moyen d'intervenir dans les questions de mariage sans manquer à la lettre ni à l'esprit de l'art. 378. C'est une remarque sur laquelle nous appelons tout spécialement l'attention. En subissant, dans un intérêt social des plus respectables, une entrave légale, le médecin n'est pas tenu à étouffer en lui, toujours et partout, ce que son expérience et son savoir peuvent lui enseigner relativement aux alliances de famille. Ses appréciations, en ce qui touche la santé des futurs ou de leurs ascendants, restent aussi libres que s'il s'agissait de la solidité de la fortune ou de la valeur d'une propriété, quand ces appréciations sont toutes spontanées et ne sont tirées, de près ou de loin, d'aucune communication confidentielle. Et c'est la jurisprudence qui le dit elle-même, puisqu'elle oblige le médecin à déposer en justice des faits, plus ou moins relatifs à sa profession, qui ne lui ont pas été confiés sous le sceau du secret, reconnaissant par là d'une manière générale que de tels faits ne sont pas pour lui un dépôt sacré et qu'il en peut disposer, du moins dans les limites du droit. Or, les circonstances où le médecin peut ainsi apporter aux familles le bénéfice de ses lumières sans le leur faire acheter par une trahison lui sont rendues très fréquentes par ses rapports de société, toujours plus étendus que le cercle de sa clientèle, et par son aptitude à juger aisément des santés et des constitutions. Il va sans dire qu'il ne saurait mettre trop de réserve, trop de délicatesse à user de ces avantages ; nous ne voulons ici que constater ce qui est licite.

Il est, nous croyons le savoir, des jurisconsultes qui voudraient dégager la discrétion du médecin dans les cas où son appréciation, quoique formée dans le tête-à-tête du cabinet, ne naîtrait pas directement des confidences du client, mais serait donnée uniquement par l'application toute spontanée de notions scientifiques. Nous ne saurions admettre pour notre part, et peu de personnes admettront, cette distinction subtile. Le malade *confie* en réalité à l'homme de l'art tout secret qu'il le met à même de découvrir, et, à ce titre, on peut dire en termes absolus que le secret est dû à tout client pour tout ce qu'on peut savoir de sa santé. « Entre le malade et son médecin, a dit M. l'avocat général Quesnault (affaire Saint-Pair), les confidences sur les causes de la maladie sont forcées, puisqu'elles peuvent seules mettre sur la voie de la guérison ; le dépôt des secrets du malade dans la conscience du médecin est donc *un dépôt nécessaire*. La profession du médecin commande la confiance du malade, et, lorsque *le médecin a provoqué et reçu les épanchements de cette confiance*, ce n'est plus par un sentiment ordinaire de délicatesse, c'est par le devoir de sa profession qu'il est obligé de garder le dépôt fait à raison de sa profession même. »

Voilà le secret médical, tel que l'a fait l'art. 378 du Code pénal. Dans les conditions que nous venons de rappeler, ce secret doit être entier et sans exception. Nous n'imaginons pas ce qui a pu motiver, de la part de la Revue médicale, cette assertion que « le législateur fait un article de règle pour le secret, avec une sanction pénale, et se réserve d'édicter les cas rares où l'on pourra y faire exception. » Le législateur de 1810 avait, il est vrai, relevé le médecin de l'obligation du secret pour les cas où la loi lui imposait de se porter dénonciateur, parce que, à cette époque, les articles 103 et suivants du Code pénal prescrivaient à toutes personnes quelconques de dénoncer certains crimes contre la sûreté de l'État ou la personne du roi ; mais ces articles ont été abrogés depuis 1832, et aujourd'hui, nous le répétons, l'obligation du secret est générale et absolue.

Une question se présente encore pour en finir avec le point de vue légal. Est-il nécessaire, pour qu'il y ait lieu à l'application de l'art. 378, que la divulgation du secret ait eu lieu dans une *intention criminelle*, avec la *volonté de nuire?* Là est peut-être le point délicat du sujet. D'un côté, la cour de cassation a établi (23 juillet 1830) que l'art. 378, placé sous la rubrique des *calomnies, injures et révélations de secrets*, a pour objet de punir les révélations indiscrètes inspirées par « *la méchanceté et le dessein de diffamer et de nuire* » ; et des jurisconsultes entre les plus savants et les plus judicieux, tels que MM. Chauveau et Hélie, soutiennent que la volonté, *considérée comme élément du délit*, renferme essentiellement l'intention de nuire ; que la révélation du secret est *une sorte de diffamation*, et que l'*intention* de diffamer est nécessaire pour constituer le délit de diffamation. D'un autre côté, des jurisconsultes non moins éminents, Rauter en tête, veulent que l'intention criminelle soit manifestée par le fait même de la violation d'un secret dont on est dépositaire. On voit tout de suite à quel point la situation du médecin, à l'égard de l'art. 378, peut changer suivant qu'on se range à l'une ou à l'autre de ces opinions ; car le médecin qui divulgue le secret d'une maladie contagieuse ou héréditaire dans le but de prévenir une union fatale, ne s'inspire que d'une pensée d'humanité. Mais, nous le dirons franchement, nous éclairant surtout aux lumières de la conscience médicale, la thèse de Rauter, qui a d'ailleurs le mérite de s'en tenir aux termes de l'article, nous paraît être seule conforme à l'équité, et répondre seule au vœu de la loi. La loi a jugé que les secrets professionnels devaient être gardés ; elle doit donc tenir pour mauvaise, pour coupable, toute volonté qui a pour objet de violer ces secrets. Il est clair d'ailleurs que les observations de MM. Hélie et Chauveau ne s'appliquent pas aux maladies en général, qui, à peu d'exceptions près, ne constituent pas des faits de nature à nuire à l'honneur ni à la

considération, et qu'elles ont en vue les secrets de toute nature dont la révélation peut être préjudiciable à celui qu'ils concernent, et parmi lesquels doivent se ranger certaines maladies, telles que la syphilis.

La déduction de tout ce qui précède, pour qui veut rester dans les termes stricts de la loi et ne pas subordonner l'accomplissement d'un devoir à ses conséquences, c'est que le médecin, devenu dépositaire, par profession, d'un secret, est tenu de le garder; il y est tenu en toutes circonstances, et plus spécialement encore quand on le lui demande dans un intérêt personnel, même le plus avouable; car alors tout devient secret pour le médecin, et la condition préalable et nécessaire de la *confidence*, toujours supposée de médecin à malade, oubliée souvent sans dommage pour personne, reprend toute sa valeur morale et légale. Le fait seul qu'il est interrogé sur la santé de son client par un étranger à ce intéressé crée, en effet, au médecin une situation tout exceptionnelle. Que, dans les circonstances ordinaires, il appelle par son nom la maladie confiée à ses soins, fût-elle héréditaire, pourvu qu'elle ne soit pas honteuse, rien de plus simple; que, pour donner satisfaction à un désir religieux ou à de légitimes intérêts matériels, il avertisse la famille de l'incurabilité du mal, c'est un acte accompli pour le bien commun; mais, consulté pour un mariage, tout ce qu'il va révéler de la santé de son client, ce sera *contre* ce client, qui s'est fié à sa discrétion, qui lui a fourni par ses renseignements, par ses confidences, en découvrant devant lui toute sa personne morale et physique, le moyen de lui nuire aujourd'hui. Ne dites pas que cette divulgation sert le malade lui-même; il ne vous a pas chargé de ce soin, et vous n'avez pas le droit de lui rendre ce service.

Ceci nous conduit à la grande, à l'unique objection formulée contre la thèse que nous défendons; objection tirée de considérations élevées, respectables, dont M. Latour, dans l'Union médicale et M. Gaide, à la Société du 3e arrondissement, se sont faits les interprètes habiles et résolus. L'intérêt public doit l'emporter sur l'intérêt privé, et l'homme de l'art est médecin de l'espèce plus encore que de l'individu; tel est, en deux mots, le motif qui devrait commander, dans la question du mariage, le sacrifice du secret médical.

Nous ferons d'abord remarquer que nos confrères manifestent, par les exemples qu'ils ont choisis, l'intention de braver, non-seulement l'art. 378 du Code pénal, mais toute loi qui pourra faire obstacle à la mission humanitaire du médecin. Ils se montrent, en effet, prêts à dénoncer un syphilitique qui méditerait de porter ses souillures dans une honnête famille (1). Or, qu'on soit médecin ou non, diriger contre quelqu'un une imputation même verbale de maladie honteuse, c'est commettre une diffamation, qui tombe sous le coup de la loi du 17 mai 1819. En sorte que, si le médecin pouvait faire cela, il serait bien superflu de rechercher jusqu'à quel point il est tenu au respect de tel ou tel article du Code. Mais nous repoussons cette doctrine pour des raisons plus générales. C'est en opposant ainsi l'utilité publique au droit et au devoir, qu'on arrive, en toute chose, à la dissolution des principes tutélaires de la société : en politique, à l'arbitraire; en droit, à l'injustice; en morale, au relâchement. « Le *droit* a des ennemis nombreux », disait récemment M. Dufaure aux jeunes avocats; parole d'un bon sens profond, et qui est plus vraie encore du *devoir*. Vous parlez d'intérêt public! Mais n'est-ce donc pas pour un intérêt de ce genre que la loi vous impose le secret? Et quand celui-là nuirait à d'autres, fût-ce à de plus considérables, qui vous a constitué juges de la différence? Qui vous a donné pouvoir de choisir? Et qu'adviendrait-il d'une société où chacun se mettrait à peser les prescriptions de la loi pour savoir s'il doit s'y soumettre? Quelles que soient les garanties d'honorabilité offertes par le corps médical, ne comprend-on pas que la libre disposition des secrets puisse devenir, entre les mains de quelques-uns, non-seulement en matière de mariage, mais en une foule de circonstances, un instrument perfide, quand il ne sera pas seulement faussé par l'erreur, ce qui serait déjà un inconvénient assez grand? Qui empêchera un médecin malintentionné de s'embusquer dans le sanctuaire occulte de la science pour lancer sur la santé des gens des pronostics empoisonnés? Où sera la garantie de sa sincérité? Ce serait infâme, soit! mais c'est contre les infamies que le Code pénal a été inventé, et il n'y a pas devant lui de classes privilégiées. L'exposé des motifs de l'art. 378 s'en explique librement et avec raison. « Cette disposition, dit-il, est nouvelle dans nos lois; *il serait à désirer que la délicatesse la rendît inutile*. Mais combien ne voit-on pas de personnes dépositaires de secrets dus à leur état, sacrifier leur devoir à la causticité, se jouer des sujets les plus graves, etc.? » Les législateurs ont de ces brutalités salutaires, qui ne peuvent blesser que les malhonnêtes gens.

D'ailleurs, il faut savoir accepter d'une position les inconvénients avec les avantages. Le même article qui vous impose le secret dans le monde vous confère en même temps le droit de le garder devant la justice. Si le secret n'est pas obligatoire, ne le respectez nulle part; donnez aux magistrats tous les renseignements utiles sur cette fille que vous avez assistée dans les suites d'un avortement, sur cet insurgé qui vous a montré ses blessures, sur ce prisonnier qui vous a initié à son crime. Pourquoi la loi ne vous demande-t-elle pas de révélations, faisant ainsi exception en votre faveur aux dispositions de l'article 80 du Code d'instruction criminelle sur le témoignage en justice? Pourquoi a-t-elle fait disparaître, à votre profit, les ordonnances de police de 1780 et 1788, prescrivant aux chirurgiens de révéler les noms, qualités et demeures des blessés qui auraient réclamé leurs soins? L'intérêt public lui conseillerait pourtant le contraire; elle ne l'invoque pas contre vous; de quel droit l'invoquez-vous contre elle?

Nous concluons donc avec MM. Caffe, Piogey, Roubaud, que l'art. 378 du Code pénal est parfaitement équitable et que le médecin doit y conformer sa conduite. Est-ce à dire qu'il restera absolument désarmé devant le danger social de certains mariages? Non. Nous avons déjà dit dans quelles circonstances il pouvait intervenir sans scrupule, n'étant plus lié ni par la profession ni par la confidence. Dans les conditions mêmes du secret obligatoire, il s'en faut encore que le médecin n'ait qu'à se croiser les bras et à laisser faire; car il reste en face de l'un des conjoints, sur lequel il peut exercer toute la pression de son autorité, de son savoir, de son affection. Il lui montrera les périls qu'il prépare à l'autre conjoint ou à leur progéniture; ou s'il ne juge pas à propos de l'éclairer lui-même sur son état de santé, comme dans le cas de cancer ou de phthisie, il l'amènera à des temporisations suffisantes pour rendre ultérieurement le mariage impossible. Que le médecin de chaque

(1) Dans un second article, M. Latour assure qu'il ne va pas jusqu'à « conseiller de divulguer le secret »; mais il devient très difficile d'accorder cette déclaration avec le sens de son premier article.

famille agisse ainsi de la même manière, et beaucoup de malheurs seront prévenus, ou, s'ils ne le sont pas, c'est qu'ils n'auraient pu l'être même par la révélation du secret. M. Diday a fait ressortir avec force et originalité, dans la Gazette de Lyon, les ressources de ce moyen, et nous pouvons ajouter que nous l'avons souvent appliqué avec succès, notamment dans un cas tout récent, où nous n'avons ni satisfait aux questions de la fiancée ni jeté le désespoir dans l'âme du fiancé, atteint de phthisie pulmonaire, tout en empêchant à coup sûr l'union, en engageant le pauvre malade à retarder son mariage d'une année. C'est affaire de délicatesse, de prudence et de résolution. Aux médecins d'y trouver les moyens de remplir leur rôle, si légitime d'ailleurs, de tuteurs de la santé publique.

A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Chirurgie.

Ovariotomie double. — Deux énormes kystes multiloculaires. — Mort le cinquième jour de l'opération, par le docteur A. Valette, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Lyon.

L'ovariotomie qui, depuis quelque temps, occupe à un si haut degré l'attention des chirurgiens français, a traversé chez nous, grâce aux succès déjà obtenus, cette première période de défiance et d'opposition qu'elle a d'abord rencontrée. La question, toutefois, pour avoir fait le pas le plus décisif, est loin d'être complétement élucidée ; bien des difficultés restent encore à résoudre. Il ne faut pas se dissimuler, d'ailleurs, car telle est la marche ordinaire des choses, que la faveur marquée avec laquelle l'ovariotomie est envisagée aujourd'hui par la majorité des chirurgiens pourra s'amoindrir. Il faut même prévoir un mouvement d'opposition prochain. Déjà ce mouvement d'opposition commence à se manifester en Angleterre, et si l'ovariotomie a trouvé de l'autre côté du détroit ses partisans les plus enthousiastes, elle y trouve à l'heure qu'il est des adversaires déclarés. En présence des résultats annoncés par les chirurgiens anglais, il y a lieu de s'étonner que l'opposition parte de ce pays ; mais ces résultats ont été révoqués en doute, et parmi les arguments invoqués contre l'ovariotomie, nous en retrouvons un qui se reproduit toutes les fois qu'il s'agit de juger la valeur d'une opération importante, c'est que les statistiques sont illusoires, — tous les succès obtenus sont publiés, tandis qu'un grand nombre de revers restent dans l'ombre et finissent par être oubliés. En cet état de choses, il faut que les chirurgiens se fassent un devoir d'aller au-devant d'un reproche si souvent formulé, il importe que pendant un certain temps du moins, et jusqu'à ce que la science soit fixée sur cette question, il importe, dis-je, que toutes les observations soient publiées, afin que l'on puisse avoir les éléments d'une statistique exacte. — Ce motif suffirait à lui seul, si d'autres raisons n'existaient pas, pour m'engager à faire connaître à mes confrères l'observation suivante, intéressante à plus d'un titre :

Obs. — Madame R..., âgée de trente-huit ans, d'une bonne constitution, d'une santé jusque-là excellente, est venue me consulter pour la première fois il y a quatre ans environ. Elle ne se sentait pas malade, mais il lui semblait que son ventre avait pris depuis quelque temps un certain développement. Cette dame avait accouché heureusement cinq ans auparavant ; depuis elle avait continué à être bien réglée; elle n'éprouvait aucun des symptômes qui accompagnent ordinairement la grossesse : aussi ce développement de l'abdomen lui paraissait singulier, et elle désirait être éclairée sur la signification de ce phénomène. Je constatai la présence d'un kyste de l'ovaire occupant la fosse iliaque droite, et présentant le volume d'une tête d'un enfant de deux ans. Comme la santé était bonne, que la malade n'éprouvait ni douleur, ni même de fatigue du côté de l'abdomen, je lui conseillai de n'entreprendre aucun traitement, tout en l'avertissant que cette tumeur prendrait probablement un plus grand développement, et qu'alors sa présence occasionnerait une gêne, ou même provoquerait des accidents qui réclameraient une intervention plus active.

Je revis cette dame quinze mois après environ. La santé était toujours bonne, mais la tumeur avait acquis un volume considérable ; elle n'était plus seulement une source d'inquiétudes, mais encore une cause de gêne et de malaises variés. Je pratiquai alors une première ponction qui donna issue à 12 litres environ d'un liquide transparent, filant entre les doigts, et de consistance albumineuse.

La déplétion de l'abdomen me permit une exploration plus complète. Je reconnus au fond de la fosse iliaque la présence d'une tumeur plus solide, et dès ce moment je soupçonnai l'existence d'un kyste multiloculaire ou bien d'un kyste simple reposant sur une base indurée.

Cette première ponction, dont les suites furent d'ailleurs très simples, amena un grand soulagement, et madame R... put se croire un instant revenue à un état de santé parfaite; mais le kyste se remplit avec assez de rapidité, et neuf mois après je fus obligé de pratiquer une seconde ponction, qui donna issue à 13 litres de liquide.

L'exploration de la région hypogastrique me permit de constater que la tumeur dont j'ai parlé plus haut avait augmenté de volume ; elle semblait avoir envahi le côté gauche ; l'utérus était d'ailleurs libre et mobile. L'idée que j'avais affaire à un kyste multiloculaire se présenta de nouveau à mon esprit ; je me demandai même si je n'avais pas sous la main un kyste multiloculaire qui venait d'être vidé en grande partie, et un autre kyste beaucoup plus petit qui commençait à se développer du côté gauche.

Quoi qu'il en soit, madame R..., qui avait pris des renseignements sur les moyens que l'art pouvait opposer à son affection, et qui n'ignorait pas que la ponction ne lui offrait qu'un soulagement temporaire, réclama l'injection iodée. Je lui exposai les motifs qui me faisaient hésiter; toutefois je lui promis de réfléchir encore, et de prendre une décision à l'époque de la prochaine ponction. Sept mois après je fus obligé de la pratiquer. J'obtins 16 litres environ d'un liquide couleur chocolat d'une consistance presque gélatineuse. Cette ponction me permit d'asseoir mon diagnostic sur des bases plus précises ; je pus m'assurer qu'une poche existait du côté gauche, et je me refusai à pratiquer une injection, formellement contre-indiquée par les circonstances que je viens de signaler.

Six mois après je fus amené à pratiquer une quatrième ponction. Je la fis avec l'assistance de notre habile et savant confrère le docteur Pillet, qui fut appelé à donner son avis sur l'opportunité de l'injection que madame R... réclamait toujours. Nous eûmes environ 15 à 16 litres d'un liquide semblable à celui qui avait été extrait dans la ponction précédente. Le docteur Pillet partagea mon opinion, et l'idée de recourir à l'injection iodée fut complétement abandonnée par la malade.

La tumeur se reproduisit avec une désolante rapidité. Quatre mois après je fis une cinquième ponction. Je constatai cette fois que la poche du côté gauche avait pris un volume assez considérable, et, séance tenante, je fis de ce côté une ponction qui donna issue à 5 litres environ d'un liquide albumineux, mais d'une consistance moins épaisse et d'une coloration bien moins foncée que du côté droit. L'état général commençait à être moins satisfaisant, et l'amaigrissement faisait des progrès. Les kystes se remplissaient d'ailleurs avec tant de rapidité que madame R... ne pouvait plus s'illusionner sur le sort qui l'attendait. Et, en effet, elle ne put attendre que deux mois ; la sixième ponction fut faite des deux côtés, et deux mois après il fallut recommencer. Quand j'aurai dit que dans cette septième ponction il sortit 17 litres de liquide du côté droit, et 8 litres du côté gauche, en tout 25 litres, j'aurai suffisamment démontré que la ponction était une ressource extrême, et qu'elle n'était pratiquée que lorsque les accidents éprouvés par la malade nous forçaient la main.

La position devenait de plus en plus périlleuse : aussi madame R... réclama-t-elle avec instance l'ovariotomie, dont elle avait entendu parler.

Je préparai la malade à l'opération ; mais six semaines après les kystes étaient déjà si distendus que je fis une huitième ponction, afin d'avoir des poches d'un volume moins considérable, et dix-huit jours après, le 30 décembre 1862, l'ovariotomie fut pratiquée ; la malade se trouvait alors dans l'état suivant :

Le moral présente d'excellentes conditions ; la santé est passable, quoique les forces aient depuis quelque temps sensiblement diminué. Quant à l'état local, je n'ai pas à revenir sur ce que j'ai dit ; j'avais eu le temps d'asseoir mon diagnostic sur des signes assez positifs, je le formulai de la manière suivante : Kyste volumineux du côté droit, très probablement multiloculaire, avec adhérences dont je ne pouvais déterminer l'étendue ; à gauche, kyste moins considérable. Je pris, en conséquence, mes mesures pour enlever les deux tumeurs. Ainsi que je viens de le dire, l'opération fut pratiquée le 30 décembre à neuf heures du matin,

en présence et avec l'assistance de mes honorables confrères les docteurs Desgranges, Berne, Pillet, Rivoire, Giraud, Carrier et Letiévant. Ce dernier fut spécialement chargé de la mission importante et délicate en cette circonstance de pratiquer l'éthérisation. La malade se trouvait dans la maison de santé située place de la Charité, n° 11, qui présente des conditions de salubrité aussi satisfaisantes qu'on peut le désirer dans l'intérieur de la ville. J'y ai trouvé d'ailleurs, j'aime à le dire, une assistance dévouée, et mes efforts ont été secondés par un zèle infatigable. Je me borne à indiquer, sans entrer dans les détails, les principales phases d'une opération aujourd'hui bien connue.

Premier temps. — Incision de 17 centimètres sur la ligne blanche, comprenant toute l'épaisseur des parois abdominales jusqu'au péritoine; ligature de deux petites artérioles.

Deuxième temps. — Incision du péritoine sur la sonde cannelée.

Troisième temps. — La paroi antérieure du kyste droit se présente; la main glissée entre le kyste et les parois abdominales détruit assez facilement des adhérences nombreuses ; ponction du kyste avec le gros trocart de M. Charrière. Les parois sont saisies avec les pinces à mors plats, et la tumeur attirée au dehors; de nombreuses adhérences qui la retiennent en arrière et en haut sont déchirées; un peu de liquide s'échappe entre l'ouverture du trocart et la canule; mais des pressions habilement faites par M. Desgranges, qui en cette circonstance m'a prêté le précieux concours de son expérience, empêchent tout épanchement dans la cavité abdominale. La tumeur, toujours attirée au dehors, s'échappe à travers les lèvres de la plaie, et vient tomber entre les cuisses de la malade, retenue seulement par un pédicule du volume des deux doigts réunis, et occupant l'angle supérieur et droit de la matrice.

Quatrième temps. — Le clamp est appliqué et serré fortement, le pédicule sectionné ensuite au-devant de l'instrument.

Cinquième temps. — Il fut facile d'apercevoir le second kyste. La même manœuvre fut répétée. Le pédicule s'insérait sur l'angle gauche de l'utérus; les deux ovaires venaient d'être enlevés.

Nous n'avons pas vu une goutte de liquide ou de sang tomber dans la cavité abdominale. Par surcroît de précautions, une éponge douce est promenée dans le petit bassin, de façon à enlever toute l'humidité qui aurait pu s'y trouver.

Sixième temps. — Réunion de la plaie au moyen de sept longues épingles d'acier flexibles et dorées; elles sont implantées perpendiculairement, de façon à traverser toute l'épaisseur des parois abdominales, y compris le péritoine, afin de permettre d'adosser la séreuse à elle-même. Chaque pédicule était serré par un clamp; afin de pouvoir placer ces deux instruments sur la paroi abdominale, et fermer en même temps la plaie, nous avons dû imprimer à l'utérus un mouvement de rotation sur son axe, de façon à ramener le pédicule droit en bas, et le pédicule gauche en haut sur la ligne médiane. Le premier clamp se trouva placé presque à l'angle inférieur de la plaie; le second, à 3 centimètres environ au-dessus. Je n'ai pas à indiquer les points précis où furent enfoncées les épingles. Toutefois, je ferai remarquer qu'une épingle fut placée au-dessous du clamp inférieur, aussi près que possible du pédicule. Deux autres épingles furent placées entre les deux clamps; enfin les quatre autres suffirent à fermer la partie supérieure de la plaie. Lorsque les lèvres de la plaie furent bien réunies par les fils jetés sur les épingles, plusieurs sutures métalliques ne comprenant que les téguments furent placées de façon à assurer la solidité de la réunion.

Ce temps de l'opération a duré près de trois quarts d'heure. L'éthérisation a été continuée jusqu'à la fin. Le pouls n'a pas cessé de battre régulièrement, quoique avec des alternatives de force et de faiblesse, d'accélération ou de lenteur, ainsi qu'on a coutume de l'observer dans les cas ordinaires. L'opération achevée, il était à 80. La respiration s'exécutait régulièrement.

Anatomie pathologique des tumeurs enlevées. — Le kyste droit présente des parois de structure fibreuse, et généralement assez résistantes; en quelques points, cependant, elles sont très amincies, et une rupture n'eût pas tardé à se produire. La grande poche, dont on peut se figurer le volume si l'on veut bien se rappeler qu'une ponction m'avait donné 17 litres de liquide, repose sur une grappe de huit à dix kystes beaucoup plus petits, et qui, réunis, présentent le volume d'une tête d'enfant d'un an.

Le kyste gauche, bien moins volumineux, a des parois semblables à celles du précédent; il est à peu près monoloculaire; je dis à peu près, car un petit kyste de la grosseur d'un œuf de poule s'est développé dans l'épaisseur de la paroi de la poche principale.

Les liquides contenus ont été examinés au microscope par notre confrère le docteur Perroud, si compétent en pareille matière. Voici la note qu'il a eu l'obligeance de me communiquer :

Le liquide du kyste droit est couleur chocolat, très filant, trouble, et contenant en suspension de petits flocons blanchâtres sans reflet micacé.

Au microscope on y rencontre :

1° Des globules rouges du sang normaux ou présentant les altérations suivantes :

a. Hématies diminuées de volume et denticulées sur les bords.

b. Hématies diminuées de volume, arrondies et mamelonnées à leur surface.

c. Hématies décolorées et présentant un nombre plus ou moins considérable de petites granulations disposées en cercle sur les bords.

2° Des corpuscules granuleux jaunâtres en grand nombre dits corpuscules inflammatoires.

3° De petits amas de fibrine, tantôt à l'état fibrillaire, tantôt à l'état granuleux. Cette fibrine relient, le plus souvent, emprisonnés un nombre plus ou moins considérable d'hématies. Ce sont ces amas fibrineux que l'on aperçoit à l'œil nu nageant dans le liquide sous forme de flocons blanchâtres.

Le liquide contenu dans le petit kyste présente exactement les mêmes caractères microscopiques; il ne diffère du précédent que par sa coloration, qui est bien moins foncée. Je reviens à l'observation.

Le 30 décembre, six heures après l'opération, le pouls était monté à 86 ; il était régulier, la peau bonne. Toutefois, des douleurs partant des reins s'irradiaient dans les cuisses. La malade, néanmoins heureuse d'être délivrée, n'était nullement inquiète, car elle avait éprouvé les mêmes douleurs après chaque ponction.

Dans la soirée, je suis obligé de pratiquer le cathétérisme. Évacuation d'une grande quantité d'urines limpides. Rien à noter du côté de la plaie : les parois abdominales sont affaissées comme après l'opération; le ventre n'est pas douloureux à la pression.

Dans la journée; on a fait prendre quelques tasses de bouillon; en outre, la médication suivante a été employée :

Potion cordiale dans la matinée.

Dans la soirée on a administré par cuillerées la potion suivante :

Eau de tilleul...	100 grammes.
Eau de laurier-cerise.......	2 —
Alcoolature d'aconit........	2 —
Extrait thébaïque..........	5 centigrammes.
Sirop de fleur d'oranger.....	30 grammes.

Le 31 décembre, la nuit a été mauvaise, les douleurs de reins et des cuisses ont pris une grande intensité; il n'y a pas eu de sommeil; la peau est chaude et sèche; pouls à 120.

10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium sont administrés dans la journée.

A neuf heures du soir, la peau est toujours sèche; le pouls est à 128. Les douleurs sont moins vives, mais elles s'irradient vers le sacrum, et tourmentent davantage la malade.

Le cathétérisme donne des urines rouges et peu abondantes; l'abdomen n'est pas distendu, et des pressions modérées exercées tout autour de la plaie ne déterminent pas de douleur.

Le 1er janvier 1863, la nuit a été plus mauvaise encore que la précédente; les douleurs de reins avec irradiation dans les cuisses ont augmenté. La malade n'a pas goûté un seul instant de sommeil depuis l'opération. Le pouls est à 140.

A dix heures du matin, je revois la malade avec le docteur Desgranges. La situation est la même; la soif est vive; un sentiment pénible de constriction à la gorge s'est ajouté aux autres symptômes.

On fait prendre dans la journée et par cuillerées le mélange suivant :

Infusion de tilleul et feuilles d'oranger.	100 grammes.
Liqueur de la Chartreuse...........	1 cuillerée.
Black-droops.....................	10 gouttes.

La malade peut uriner seule.

Le 2 janvier, la nuit a été bien meilleure. Cependant, vers les deux heures du matin, il y a eu quelques hoquets et quelques nausées. Le pouls est à 140, très petit; les douleurs abdominales sont à peu près nulles; la plaie ne présente rien de particulier.

Le 3 janvier, la nuit a été relativement bonne ; toutefois, quelques douleurs dans le bas-ventre se sont fait sentir au milieu de la nuit; mais elles ont promptement cédé à l'administration d'un quart de lavement de valériane avec addition de 15 gouttes de laudanum. A neuf heures, je constate que l'état local est satisfaisant : le ventre n'est pas tendu; il n'est pas douloureux, mais la faiblesse est extrême; le pouls est à 146, irrégulier. On administre quelques cuillerées de bouillon et de vin de Bordeaux. Pour la première fois depuis l'opération la malade peut goûter quelques instants de sommeil. Mais à midi la scène change : la malade se sent refroidir; la faiblesse est extrême. Je tâche de ramener la chaleur aux extrémités au moyen de cataplasmes de farine de moutarde, et en entourant la malade de cruches remplies d'eau bouillante. Le pouls est si petit que j'ai peine à le sentir; il est si fréquent que j'ai peine à le compter; les traits du visage présentent une altération profonde; l'intelligence cependant est toujours nette, le ventre n'est pas douloureux.

A trois heures, la malade accuse un sentiment de froid plus marqué ; le visage est coloré. A quatre heures, vomissement de matières verdâtres ; la malade trouve encore assez d'énergie pour pencher brusquement la tête hors de son lit, afin de ne pas souiller les draps. Quelques minutes après elle profère quelques paroles incohérentes, puis tombe dans un état de collapsus qui dure peu.

A six heures du soir, madame R... s'éteignait sans agonie.

Autopsie. — Pour des motifs que l'on devine, je n'ai pu faire une autopsie complète. Toutefois, j'ai pu examiner le lendemain la cavité abdominale.

L'abdomen est fortement distendu ; mais c'est là un phénomène cadavérique, car au moment de la mort il était encore affaissé ; de nombreuses taches ecchymotiques existent sur les jambes, les cuisses et les parties déclives. La putréfaction a marché rapidement, ainsi qu'on a coutume de le voir lorsque la mort succède à de grands traumatismes.

Une incision semi-circulaire est pratiquée sur la paroi abdominale, de façon à permettre de rabattre celle-ci sur les cuisses comme un tablier.

Les intestins sont fortement distendus par des gaz. L'épiploon est rose injecté, mais je ne trouve ni à sa surface, ni sur les circonvolutions intestinales des traces d'inflammation. Le péritoine, qui tapisse la paroi abdominale antérieure, ne présente pas non plus d'altération. La plaie est parfaitement réunie, rien ne suinte entre ses bords. L'utérus se voit à la partie inférieure ; il est maintenu solidement en place par les clamps ; le feuillet péritonéal qui le tapisse n'est pas altéré. Le petit bassin n'offre point de liquide épanché, point de fausses membranes.

En cherchant à soulever la masse intestinale pour constater l'état des choses en arrière, je constate l'existence d'adhérences qui se laissent rompre facilement. Immédiatement au-dessous des reins il existe quelques fausses membranes de nouvelle formation, et environ, de chaque côté, une cuillerée à bouche d'un liquide séro-purulent.

Le plaie, je viens de le dire, est bien réunie ; mais quand les clamps, les épingles et les sutures sont enlevés, les adhérences se rompent avec facilité. Je n'ai pas constaté la présence du pus.

L'observation qu'on vient de lire ne doit pas, malgré l'insuccès qui a suivi l'opération, nous décourager. En pareille circonstance, la question importante est de n'opérer que les malades dont l'existence est prochainement compromise par la présence du kyste ; — mais un des écueils qui attendent le chirurgien, c'est de dépasser la limite qui permet de compter sur le succès. — Il est évident que la malade doit présenter des conditions locales et surtout des conditions générales qui permettent à l'économie de résister à un choc aussi violent. Ici la santé était encore passable, toutefois la constitution avait été notablement affaiblie ; les kystes présentaient en outre un volume considérable, et, à mon avis, s'il y a quelque chose à regretter, c'est que l'opération n'ait pas été décidée plus tôt. Celle-ci a été pratiquée dans la saison la plus désavantageuse de l'année, mais on ne pouvait pas attendre plus longtemps ; les kystes se remplissaient si vite, les ponctions étaient déjà si rapprochées que nous étions enfermés dans un cercle bien étroit.

La cause qui a déterminé la mort n'a pas été la péritonite ; il n'y a pas eu d'hémorrhagie ; la malade a succombé au traumatisme, au choc de l'opération, à l'ébranlement qu'elle a causé. A l'avenir, deux points appelleraient plus particulièrement mon attention : 1° calmer l'élément douleur au moyen de l'opium administré à hautes doses, s'il était nécessaire ; 2° soutenir les forces à l'aide des excitants, des toniques plus énergiquement administrés.

Le manuel opératoire que j'ai suivi est celui adopté par les Anglais, notamment par M. Backer-Brown ; il m'a paru bon ; toutefois j'ai quelques remarques à présenter. Lors de la ponction des kystes, un peu de liquide s'est écoulé entre l'ouverture et les parois de la canule ; l'épanchement dans l'abdomen a été, il est vrai, empêché par une compression habilement faite ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a là une source de dangers qu'il serait important de faire disparaître. M. Desgranges a, dans ce but, fait adapter à la canule du trocart une patte qui peut se rabattre sur le kyste et presser la paroi contre la canule ; mais cette patte n'embrasse que la moitié de la circonférence de l'instrument, et c'est par le côté opposé que le liquide s'est échappé. Il serait utile, à mon avis, de placer deux pattes de façon que les parois des kystes fussent saisies et serrées de tous les côtés.

Le clamp est trop épais ; sa présence crée des difficultés pour la réunion exacte de la plaie abdominale ; ces difficultés sont grandes quand il y a deux instruments à placer comme dans le fait que je viens de rapporter ; aussi je crois qu'il serait préférable d'étrangler les pédicules au moyen d'une ligature métallique fortement serrée, ainsi que cela est pratiqué par plusieurs chirurgiens, notamment par M. Kœberlé, dont le nom restera attaché à l'histoire de l'ovariotomie en France.

La suture entortillée, surtout lorsque l'on a la précaution de placer les épingles comme il a été dit, permet de réunir exactement la plaie. Il me semble cependant que l'on obtiendrait plus facilement et plus sûrement ce résultat, en employant la suture enchevillée et en faisant usage de grosses sondes. Cette suture serait d'ailleurs soutenue, l'affrontation exacte des lèvres de la plaie plus assurée encore au moyen de sutures métalliques simples placées au-devant des sondes, comme nous l'avons fait d'ailleurs chez notre malade après que les épingles ont été mises en place et que les lèvres de la plaie ont été rapprochées par les anses de fil placées autour d'elles.

Pathologie mentale.

DES HALLUCINATIONS MUSCULAIRES, par M. EUGÈNE SÉMÉRIE, ex-premier interne à la Maison de Charenton.

La *musculation* (1), ou sens d'activité musculaire, nous donne la conscience de nos efforts musculaires et de la fatigue qui en résulte.

Ainsi conçue, la musculation doit être regardée comme ayant une existence distincte de celle du tact, et je ne doute pas qu'elle n'obtienne bientôt sa place dans les traités classiques de physiologie.

Les motifs de cette distinction avaient frappé depuis longtemps l'attention de quelques philosophes. Déjà Aristote, dans son TRAITÉ DE L'AME, fait remarquer que, tandis que tout sens ne pouvait compter qu'une seule opposition par les contraires, dans le toucher il y a plusieurs de ces oppositions, chaud et froid, sec et humide, dur et mou, et tant d'autres du même genre, et qu'on ne sait pas clairement quel est le caractère unique du toucher.

Cardan, ce génie étrange et subtil, qui a pu étudier sur lui-même les hallucinations tactiles, reconnaît l'existence d'un sens spécial pour le pesant et le léger. Mais ce n'est qu'à une époque bien plus récente que les études se sont portées avec quelque suite vers l'analyse des sensations tactiles. Charles Bell d'abord, et enfin, presque de nos jours, Belfield, Lefèvre, Gerdy, MM. Beau et Landry ont été les promoteurs de ce mouvement. Ce dernier a résumé dans un excellent ouvrage ses opinions à ce sujet.

D'après Auguste Comte, Blainville, dans ses cours, aurait signalé, d'une manière très précise, l'existence de la musculation. Voici ce que dit à ce propos ce grand philosophe : « Je crois devoir finalement en reconnaître huit (sens) vraiment distincts : un général, le tact, et sept spéciaux : la musculation, la gustation, la calorition, l'olfaction, l'audition, la vision et l'électrition. Je range ceux-ci d'après Gall et Blainville, suivant leur spécialité croissante, conforme à celle des phénomènes correspondants, et mesurés par l'avènement successif dans l'échelle animale. Les deux extrêmes exigent seuls un éclaircissement particulier. *Envers le premier j'adopte essentiellement l'opinion de Blainville, qui le sépare du sens général de pression, en lui réservant l'appréciation directe des efforts musculaires et de la fatigue qu'ils suscitent.* Quant au dernier, son peu de développement habituel chez l'homme ne doit pas empêcher

(1) Le mot *musculation* a été pour la première fois employé par Gerdy, qui lui donnait une acception toute différente. C'est, je crois, Auguste Comte qui, le premier, a désigné par ce mot le sens d'activité musculaire.

de lui reconnaître une existence distincte, très prononcée chez certains animaux, et plus ou moins commune à tous les vertébrés. » On chercherait vainement, je crois, dans ce qui nous reste de Blainville, une opinion aussi précise.

Quoi qu'il en soit, la musculation a conquis aujourd'hui son droit de cité, et je n'ai pas à développer ici toutes les raisons qui concourent à en faire un sens spécial. Ces raisons ont été largement développées par les auteurs que j'ai cités plus haut, et M. Audiffand, dans sa thèse inaugurale (Montpellier, 1859), vient d'en apporter de nouvelles et d'en faire une ingénieuse application en attribuant le rhumatisme à des sensations exagérées de calorition et de musculation, c'est-à-dire à une véritable névrose de ces deux sens, dont l'état fluxionnaire ne serait dans plus d'un cas que la conséquence. « Quand on songe, dit-il, que toute fatigue se fait surtout sentir aux articulations et dans les faisceaux musculaires, on serait presque tenté de voir là une confirmation de notre supposition. » Le but que je me propose est seulement de compléter l'histoire de ce nouveau sens en recherchant ce qu'il devient dans la folie, et à quel ordre d'hallucinations il donne lieu.

On doit présumer que les hallucinations musculaires existent, et même qu'elles sont fréquentes, car elles ont pour siége tout le vaste appareil musculaire et les parties du cerveau qui lui correspondent. Je citerai d'abord celles où la sensation d'effort est manifeste ; j'examinerai ensuite celles qui en dérivent.

Dans la lypémanie et surtout dans les formes dites stupeur, panophobus, on observe fréquemment l'hallucination suivante qui se retrouve aussi dans les cauchemars et dans certains rêves : Un danger quelconque vous menace, un assassin par exemple, vous avez peur, vous fuyez; l'assassin vous poursuit, vous fuyez plus vite plein d'une angoisse terrible ; vos pieds touchent à peine la terre, vous franchissez les mers, les montagnes dans une course insensée ; plus rapide encore, l'assassin vous suit et va vous atteindre. Quand il y a rêve, la terreur portée à son comble vous réveille, mais dans la folie, le réveil ne vient pas et la situation des malades est horrible à voir. Dans les deux cas, le pouls est accéléré, la peau baignée de sueur. La sensation d'activité musculaire est quelquefois si forte que l'on est tout brisé et courbaturé comme si l'on avait effectivement couru.

Un exemple remarquable est encore le suivant : vous voulez fuir, une force invincible vous retient; vous voulez vous défendre, vos bras restent sans mouvement malgré la volonté la plus énergique ; vous voulez crier, impossible. Vous êtes immobile comme le serait une pierre vivante et vous vous consumez en efforts surhumains. Bien qu'il n'y ait eu aucun mouvement effectif, l'effort a été quelquefois assez violent pour déterminer la sensation de fatigue.

Ces hallucinations appartiennent à la classe des hallucinations que M. Baillarger a appelées psycho-sensorielles. D'autres sont purement psychiques, pour me servir toujours des dénominations du même auteur.

Dans certaines formes de la manie, celle surtout qui se complique de lésion des mouvements, les malades, non-seulement n'ont pas conscience de la paralysie qui débute, mais encore éprouvent des sensations toutes différentes. Rien de plus fréquent que de les entendre dire que leurs forces ont doublé, qu'ils peuvent marcher pendant des journées entières, porter à bras tendus des poids énormes, qu'ils se sentent dans tous les membres une vigueur inaccoutumée. Ce sentiment de puissance et de force, coïncidant quelquefois avec un degré avancé de paralysie qui empêche les malades de se mouvoir, offre un contraste des plus frappants.

L'inverse a lieu chez beaucoup de lypémaniaques. Ils ne peuvent plus agir, plus marcher, ils n'ont plus de muscles ; chez quelques-uns il y a même, dans les membres, sensation de courbature, de fatigue. L'hallucination redevient alors psycho-sensorielle.

On pourrait multiplier les exemples. Ainsi les idées érotiques réveillent dans la folie comme dans le rêve la sensation très distincte et très détaillée de l'acte correspondant. Mais je ne vise pas à faire une histoire complète. Je passe donc à un autre ordre d'hallucinations qui doivent se rapporter aussi au sens de la musculation.

C'est par l'appréciation de l'effort musculaire, que nous savons si un objet est plus ou moins pesant. La musculation correspond à la pesanteur comme la vision à la lumière, la calorition à la chaleur. Toutes les sensations subjectives de pesanteur constituent donc autant d'hallucinations musculaires. La sensation de pesanteur peut augmenter ou diminuer. Dans le premier cas, les malades trouvent aux objets qu'ils touchent une lourdeur inaccoutumée. Esquirol cite le cas d'une dame qui rejeta avec horreur une seringue parce qu'elle l'avait crue pleine de mercure. Mais cet objet peut être une partie même du corps, surtout chez les hypochondriaques. Ils ne peuvent soulever leur bras, leur tête est si lourde qu'ils la prétendent pleine de métal et ne peuvent plus la soutenir sur leurs épaules. Quelques-uns sont convaincus qu'elle est tout entière en argent ou en plomb.

Beaucoup d'aliénés ont éprouvé la sensation suivante, qui se retrouve assez fréquemment dans le rêve : ils sont sur la margelle d'un puits ou sur le bord d'un précipice; le pied leur glisse, ils tombent. Pendant tout le temps que dure la chute, l'on éprouve, indépendamment de l'anxiété, une sensation qui ne peut se rendre que par ces mots : on se sent tomber. C'est, du reste, l'analogue de ce qui se passe dans la veille lorsqu'on se précipite d'un lieu élevé. Cet exemple me paraît caractériser le cas où l'hallucination, au lieu de se borner à un bras ou à la tête, embrasse le corps tout entier.

Quand la sensation de pesanteur diminue ou disparaît, l'halluciné se croit si léger qu'il craint d'être emporté par le moindre souffle. D'autres se sentent effectivement transportés, ils volent à travers les airs; c'est ainsi que les sorcières allaient au sabbat. Voici ce que Jean Engelbrecht raconte de lui-même : « Le jeudi, à midi, je sentais que la mort était proche et qu'elle montait des extrémités inférieures aux supérieures. Mon corps devint roide, et je perdis le sentiment aux pieds, aux mains et dans les autres parties. Je ne pouvais plus ni parler ni voir. Ma bouche était paralysée; mes yeux cessèrent de percevoir la lumière. J'entendis distinctement les assistants se dire : Tâtez-lui les jambes; comme elles sont froides et roides ! il sera bientôt mort. Je n'avais point senti le toucher; l'ouïe s'éteignit à son tour. *Alors je fus emporté dans l'espace avec la vitesse d'une flèche lancée par un arc.* » (Brierre de Boismont, *Hallucinations*, p. 265.)

Dans l'extase des mystiques, ce phénomène est très fréquent. Au moment du *ravissement*, ils se sentent souvent soulevés de terre. Sainte Thérèse, une fois, fut enlevée d'une manière si violente qu'elle se jeta la face contre terre, faisant des efforts pour ne pas s'envoler. Un autre saint, en faisant son oraison à genoux, était doucement soulevé et restait pendant plusieurs heures dans la même position, à quelques mètres au-dessus du sol. L'histoire des mystiques est pleine de faits de ce genre.

Comme on le voit, les hallucinations musculaires sont fréquentes, et l'on en trouvera facilement de nombreux exemples; mais je ne crois pas que l'on doive élargir le cadre dans lequel je les ai placées. J'avais songé d'abord à y ajouter les sensations décrites par Darwin, qui avait cru y découvrir un sens spécial de l'extension; mais je les rejette pour m'en tenir strictement à la définition du sens musculaire que j'ai donnée au début de cet article.

On me reprochera peut-être d'avoir fait un rapprochement continuel entre les hallucinations du rêve et celles de la folie. Ce n'est pas sans intention que je l'ai fait. Si, au point de vue clinique, ces deux états doivent être soigneusement distingués, au point de vue théorique où je me place, je crois qu'ils peuvent et même qu'ils doivent être confondus, car ils sont caractérisés l'un et l'autre par un excès de subjectivité, temporaire dans un cas et plus ou moins permanent dans l'autre.

mais sans différence essentielle. Quand on s'endort, en passant par l'état intermédiaire si connu aujourd'hui, le rêve continue directement l'hallucination sans que l'on puisse établir de limite précise entre les deux; et réciproquement, certains rêves qui nous ont vivement impressionnés se continuent au réveil pendant quelques instants, de manière à constituer de véritables hallucinations. Si l'on remarque, en outre, que souvent dans la folie, comme le prouve l'exemple d'Engelbrecht, l'hallucination n'a lieu que lorsque les sens ne perçoivent plus le monde extérieur, on y verra un nouveau motif de comparer entre eux le rêve et la folie.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 JANVIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

M. *Ollivier* (Clément) adresse d'Ingrandes un travail portant pour titre : PATHOLOGIE MORALE. — L'auteur a essayé, dit-il, à décrire le plus clairement possible le combat continuel de l'instinct sur la raison, soit dans les différents actes de la vie, soit dans le jeu physiologique des organes. Enfin, déterminant le siége des passions, il fait ressortir leur influence prédominante sur la raison, par suite de l'état pathologique des organes d'où elles émanent. (*Comm. :* MM. Andral et Rayer.)

ANTHROPOLOGIE. — *Sur les résultats attribués aux alliances consanguines*, extrait d'une note de M. *Bourgeois*. — L'auteur rappelle les recherches exposées dans sa thèse inaugurale sur les conséquences des unions consanguines, le rapport dont cette thèse a été l'objet devant la Société d'anthropologie, les opinions développées à ce sujet par M. Périer, et la doctrine contraire de M. Boudin.

Dans le travail de M. Bourgeois, il s'agit d'unions consanguines répétées et superposées d'une manière plus ou moins immédiate et jusqu'à seize fois, à différents degrés de cousins, sans production d'*aucun* cas de surdi-mutité, ni même d'aucune des anomalies soutenues par divers auteurs.

D'où cette conclusion que les unions consanguines sont bonnes ou mauvaises suivant que les conjoints sont exempts ou affectés par eux-mêmes, ou par leurs ancêtres, de vices héréditaires susceptibles d'une transmission immédiate ou alterne, d'une manière essentielle et identique, ou bien, au contraire, avec transformation.

L'auteur ne révoque nullement en doute les résultats statistiques obtenus et invoqués par M. Boudin, qui donnent dans les établissements spéciaux de 25 à 30 pour 100 sourds-muets de naissance provenant de parents consanguins; mais en présence de ces observations, il est persuadé qu'il faut pousser les investigations plus loin, les diriger même vers des vues nouvelles, comme, par exemple, vers les antécédents de plusieurs générations, tandis qu'on paraît s'être borné jusqu'ici à l'histoire du tempérament des parents les plus proches. Par ce moyen, on envisagerait les cas d'affections constitutionnelles, qui pourraient, surtout par la rencontre de l'union de circonstances et de tempéraments semblables, être susceptibles de transformations en accidents, tels que la surdi-mutité et autres.

M. Bourgeois joint à sa note un extrait de la généalogie de sa famille, renfermant 68 unions « toutes surchargées de consanguinité », et il ajoute :

« Il y a lieu de remarquer que l'état général de santé a toujours été remarquablement bon chez les descendants des mêmes auteurs, avec une consanguinité extrême chez plus de deux cents individus, contrairement à ce qui a eu lieu chez les autres, tous petits-enfants et arrière-petits-enfants provenant de l'union désignée comme doublement germaine. Mais leur tempérament scrofuleux vient évidemment de leur mère et de la famille de celle-ci, qui est étrangère à l'autre, et présente cette disposition sans contenir aucune consanguinité. Il ne s'agit là que d'un fait d'hérédité qui n'a pas été pallié par des unions avantageuses, d'autant mieux que dix-huit autres petits-enfants provenant de la même union doublement germaine, et notamment les six quadruplement consanguins, jouissent comme leurs pères et mères de la belle santé commune à la famille, excepté cependant l'un d'eux, le dernier, dont le défaut de développement intellectuel est attribué à une cause traumatique et accidentelle. » (*Comm. :* MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard, Bienaymé.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Procédés pour rendre ininflammables les étoffes employées aux vêtements des femmes*, extrait d'une note de M. *A. Chevallier fils*. — L'auteur déclare être parvenu : 1° à amener des étoffes légères à un état de non-inflammabilité qu'il est facile de constater, car elles se charbonnent, mais ne s'enflamment pas, elles ne peuvent donner lieu à l'inflammation des objets avec lesquels elles sont en contact ; 2° à préparer des apprêts qui n'altèrent pas sensiblement la couleur de la plupart des tissus; ceux qui ont un peu changé de couleurs et baissé de ton sont quelques bleus, étoffes pour lesquelles il faut appliquer ordinairement des précautions.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente, au nom de M. *Dubois* (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine, un exemplaire de son ÉLOGE DE M. THENARD. Il est donné lecture d'une lettre adressée à cette occasion par M. Dubois.

PHYSIOLOGIE. — *Sur les modérateurs de l'action réflexe dans le cerveau de la grenouille*, par M. *J. Setchenow* (suite et fin). — Sur une grenouille dont la moelle épinière est séparée par la section de la moelle allongée, l'irritation de la peau, quelque forte qu'elle soit, ne produit absolument aucun changement dans l'action réflexe, tandis qu'on obtient souvent une dépression notable de celle-ci en agissant de la même manière sur un animal auquel la moelle allongée a été conservée. Le dernier effet s'obtient plus facilement encore si, au lieu de la peau du ventre, on irrite avec une forte solution aqueuse d'acide sulfurique la muqueuse buccale.

Cette expérience prouve la présence des modérateurs de l'action réflexe (considérés comme centres) dans la moelle allongée.

Relativement au mode d'action des modérateurs, la solution de cette question n'est évidemment possible que sur l'homme, et ici encore très imparfaitement, puisque l'étude ne peut être faite que pour le cas de la sensibilité consciente.

M. Setchenow a fait une série d'expériences consistant à plonger la main dans une solution aqueuse d'acide sulfurique, ou à exciter la sensibilité par le chatouillement. Ayant remarqué que les efforts qu'il faisait pour ne pas éclater en mouvements réflexes pendant le chatouillement consistaient principalement dans le serrement des dents et dans la contraction continue des muscles thoraciques et abdominaux, il conclut que ce mouvement complexe n'a pas d'autre but que de mitiger les douleurs en suspendant le courant de l'action réflexe.

M. *Castiglioni*, dans la lettre accompagnant l'envoi de son TRAITÉ DE L'AFFECTION SCROFULEUSE, témoigne le désir que l'Académie veuille bien, quand elle aura à s'occuper de pourvoir à une vacance parmi les correspondants de la section de médecine et de chirurgie, le comprendre dans le nombre des candidats. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Salies (Basses-Pyrénées), par M. le docteur *Nogaret;* de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), par M. le docteur *Tellier;* d'Ussat (Ariége), par M. le docteur *Ourgaud*. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans le département du Jura. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Jean-Baptiste Fasoli* (de Venise), qui sollicite le titre de membre correspondant. — *b*. Une note sur un moyen d'approvisionner Paris d'une eau potable, salubre et abondante, par M. le docteur *Chevillion* (de Vitry-le-Français). — *c*. Une statistique comparative de la fréquence du goître, suivant la provenance des eaux potables, dans la commune de Plancher-les-Mines, par M. le docteur *Poulet*. (M. Poggiale, *rapporteur.*) — *d*. Une note de M. *P. Doré* sur l'altération du linge par les sirops. (*Comm.:* M. Boudet.) — *e*. Une lettre de M. *Grandcollot*, qui réclame la priorité d'invention du pessaire en gimbelotte articulé présenté, au nom de M. Maisonneuve, par M. Charrière dans la séance du 20 janvier. — *f*. Un pli cacheté déposé par M. le docteur *Mayer*. (Accepté.)

MM. *Victor Masson et fils* adressent à l'Académie un exemplaire de leurs dernières publications scientifiques.

— M. *J. Cloquet* dépose sur le bureau un travail de M. *Grimaud* (de Caux), intitulé : CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES SUR L'EAU. (M. *Poggiale*, rapporteur.)

— M. *Larrey* présente *l'extrait d'une lettre* de M. le docteur Coindet, médecin-major de première classe aux ambulances du corps expéditionnaire du Mexique, lettre relative à l'approvisionnement des eaux pour l'armée.

Lectures.

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *Tardieu*, au nom de la commission des eaux minérales, lit le rapport général annuel du service médical des eaux minérales de France.

L'Académie donne son approbation à ce rapport, dont les conclusions ont été lues et adoptées en comité secret dans une des précédentes séances.

CHIRURGIE DENTAIRE. — M. *Depaul*, au nom de M. *Oudet*, lit un rapport sur un nouveau davier, nommé *attractif*, présenté par M. *Destanques*.

Après une description succincte de l'instrument et de son mécanisme, M. le rapporteur déclare qu'il a essayé avec succès le nouvel appareil, qui offre sur les daviers ordinaires l'avantage d'extraire les dents sans presser sur les gencives et sans y produire de contusion, mais qui a sur eux l'inconvénient, léger d'ailleurs, en raison de ses complications, d'être d'un prix plus élevé.

La commission propose d'adresser des remercîments à M. Destanques. (*Adopté.*)

Élection.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre titulaire dans la section de chimie et de physique médicales.

La section a présenté et l'Académie a adopté la liste suivante des candidats : En première ligne, M. *Berthelot;* en deuxième ligne, et par ordre alphabétique, MM. *Bouis* et *Guillemin;* en troisième ligne, M. *Giraud-Teulon*.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 73, et la majorité 37, M. Berthelot obtient 55 suffrages; M. Giraud-Teulon 14; M. Bouis 2; M. Guillemin 1; 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. *Berthelot* est proclamé membre titulaire de l'Académie, sauf l'approbation de l'empereur.

Discussion sur les eaux potables.

M. *Briquet* revient sur les qualités comparatives des eaux de source et des eaux de rivière. Selon lui, les eaux de rivière sont infiniment préférables aux eaux de source quant aux propriétés chimiques.

En est-il de même pour les propriétés physiques? Assurément les eaux de rivière ne sont généralement pas aussi limpides que les eaux de source. Mais qui empêche de filtrer ces eaux et de leur procurer ainsi toute la pureté désirable? Cette filtration peut être obtenue par le double travail des appareils en grand exploités par les compagnies, et par les fontaines filtrantes qui sont dans tous les ménages. M. Briquet soutient que les compagnies de filtrage de Paris, et notamment celle des Célestins, donnent de l'eau suffisamment filtrée, à telle enseigne qu'on en boit sans trop de répugnance aux Tuileries et à la préfecture de la Seine. M. Robinet objecte que l'eau filtrée est l'apanage du riche, et qu'elle est, pour ainsi dire, interdite aux ménages pauvres. M. Briquet, contrairement à cette assertion, prétend que tous les établissements alimentaires de Paris, depuis le Grand Hôtel jusqu'à la plus modeste crèmerie, servent de l'eau excellemment filtrée à leurs clients. L'orateur cherche à établir, par des chiffres, que l'immense majorité de la population parisienne boit de l'eau claire pendant toute l'année, et qu'une très infime minorité, appartenant à la population flottante, consomme de l'eau louche ou trouble, telle que la fournit le canal de l'Ourcq.

M. Lefort, et avec lui la commission chargée de l'examen de son rapport, a avancé que les fontaines filtrantes avaient l'inconvénient de priver l'eau de son oxygène et de son acide carbonique. M. Briquet doute de la justesse de cette assertion, et il affirme que l'eau filtrée dont il fait usage est aérée, légère et agréablement sapide.

M. Briquet parle ensuite de la fraîcheur de l'eau potable. Il croit que M. Robinet a abusé de l'autorité d'Hippocrate sur ce point, et qu'il a commenté la doctrine de Cos d'une manière un peu élastique et arbitraire. Hippocrate, dit-on, a condamné l'eau des fleuves pour la consommation hygiénique, à cause de son mélange hétéroclyte ; mais alors pourquoi veut-on amener de la Champagne à Paris des eaux de provenances diverses, telles que la Dhuis, la Vanne, la Somme, la Soude, le Morin, le Surmelin, etc.? Il y a là une contradiction entre la théorie et la pratique.

On promet aux Parisiens de l'eau fraîche en été et tempérée en hiver. Mais quelles expériences a-t-on faites pour autoriser une pareille promesse? Sur quels faits se fonde-t-on pour condamner, à cet égard, l'eau de la Seine? On dit que cette eau est à zéro en hiver, et à 18 ou 20 degrés en été. Eh! que nous importe, à nous Parisiens, pourvu que l'eau qui a séjourné dans nos réservoirs, dans nos fontaines ou dans nos carafes, nous offre une température saine et agréable! Qui donc, à Paris, boit l'eau de Seine à la température du dehors? L'eau, arrivée à domicile, se met en équilibre de température avec le milieu ambiant; et, sous ce rapport, M. Briquet ne voit pas quel avantage les eaux de la Dhuis pourront présenter sur les eaux de Seine.

Au reste, en supposant que l'eau de la Dhuis arrive toujours à la température de 10 à 12 degrés, n'y aura-t-il pas là un véritable danger pour la santé publique? A-t-on calculé les accidents qui peuvent résulter de l'abus de l'eau fraîche pour les enfants ou pour les gens du peuple, trop souvent imprévoyants? Voilà des conséquences graves au point de vue hygiénique, conséquences dangereuses pour la santé des ouvriers, et auxquelles l'administration n'a pas suffisamment réfléchi. M. Briquet énumère, d'après M. Guérard, les accidents morbides pouvant résulter de l'abus de boissons froides : cardialgie, volvulus, pneumonie, pleurésie, odontalgie, érysipèles, bronchites, rhumatismes, gastrites, gastralgies, diarrhée, etc. En présence de semblables dangers, il est du devoir de l'Académie,

gardienne de la santé publique, d'éclairer l'administration et de la prévenir.

M. Briquet, comme dernier argument contre les eaux de source, signale un rapport récent de M. le ministre de la guerre à l'Empereur, à l'occasion de l'épidémie de fièvre typhoïde qui vient de sévir sur l'École de Saint-Cyr. Dans ce rapport, on incrimine l'insalubrité des eaux de source qui alimentent l'École, et l'on demande que désormais cet établissement soit approvisionné par l'eau de la Seine, prise à Marly.

En terminant, M. Briquet conclut : 1° que sous le rapport de la composition chimique, les eaux de rivière sont infiniment supérieures et préférables aux eaux de source ; 2° que sous le rapport de la limpidité, on possède des appareils qui permettent de rendre les eaux de rivière aussi pures et aussi claires que les eaux de source ; 3° que, eu égard à la température, les eaux de source conduites à domicile se comportent comme les eaux de rivière, sauf les eaux de source qui pourraient être mises dans la rue à la disposition du public, et qui, par leur trop grande fraîcheur, seraient capables d'entraîner les dangers les plus graves pour la santé des consommateurs imprudents.

M. *Poggiale* donne lecture d'un passage de son rapport, qui prouve, contrairement à l'assertion de M. Briquet, que la commission s'est préoccupée des effets de la température de l'eau *en toute saison*, en été tout aussi bien qu'en hiver.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 6 FÉVRIER 1863.

Continuation de la discussion sur la pneumonie du sommet du poumon simulant la phthisie pulmonaire.

M. *Rigaud.* Statistique triennale (1860, 1861 et 1862) des mort-nés dans le IIIe arrondissement.

Sales-Girons. Du secret médical à l'occasion du mariage.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 JANVIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LÉGER.

HÉMORRHAGIE INTERSTITIELLE DU FOIE. — KYSTE DE LA PLÈVRE. — SINGULIÈRE EXPECTORATION PSEUDO-MEMBRANEUSE.

M. *Moutard-Martin*, revenant sur la question des abcès du foie, raconte l'histoire d'une femme qui a passé une quinzaine de jours dans son service et qui présentait les symptômes d'un abcès du foie, volume considérable de cette glande, douleur vive à la pression, ictère, fièvre et frissons, etc. La mort survint le 16 janvier, et l'autopsie donna un résultat différent de celui qu'on attendait : le foie était très volumineux, sa surface était d'un rouge brun, très foncé presque partout ; à la face inférieure on voyait un gros caillot sanguin pesant bien 150 grammes, aplati et adhérent à la face inférieure du foie et non à l'épiploon. Il n'y avait ni fausses membranes ni traces de péritonite aiguë. L'incision de la glande montra deux énormes foyers hémorrhagiques, l'un à la partie inférieure correspondant au caillot extérieur, auquel il avait donné naissance en faisant éclater la capsule de Glisson ; l'autre, plus rapproché de la face supérieure et plus considérable encore, puisqu'il contenait plus d'un demi-litre de sang, était cloisonné et divisé en un grand nombre de vacuoles, chacune grosse comme l'extrémité du pouce et contenant du sang bien coagulé et nullement diffluent. Le reste du foie présentait encore quelques petits foyers hémorrhagiques. On aurait pu penser d'abord à une hémorrhagie interstitielle produite par un cancer encéphaloïde ; mais le microscope n'a montré aucune trace de substance cancéreuse. Il semble qu'il y ait eu là une sorte de dégénérescence érectile ayant donné lieu à des épanchements interstitiels. L'état général du sang n'expliquait pas ces hémorrhagies.

— M. *Gallard* montre une pièce anatomique provenant de son service : c'est un énorme kyste de la plèvre qui donnait pendant la vie plutôt les signes d'une tumeur solide cancéreuse du poumon que d'un épanchement pleural. Le kyste était, en effet, enfermé dans une poche énorme dont les parois n'ont pas moins de 1 centimètre d'épaisseur ; il remplissait du haut en bas le côté droit du thorax et intéressait le diaphragme en laissant intact, d'une part, le foie, qui ne présente aucune altération, et, d'autre part, le poumon, qui, bien que refoulé et complétement aplati, est encore perméable à l'air et se laisse distendre par l'insufflation. L'intérieur du kyste contenait une énorme quantité de pus. Le diaphragme est perforé en différents points et contient une quantité de détritus qui paraissent n'être que du pus concret et où l'on ne reconnaît pas de crochets d'acéphalocystes. D'autres tumeurs bourgeonnantes se voient à la face interne de la poche, mais rien ne montre qu'il se soit agi là de kystes hydatiques. Du reste, l'examen microscopique n'a pas encore été fait d'une manière complète, et il convient d'attendre pour se prononcer. Le point de départ de la maladie semble avoir été dans le diaphragme et peut-être sous la face abdominale de ce muscle sans que le foie en fût atteint.

M. *Moutard-Martin* reconnaît dans cette pièce de grandes analogies avec les kystes hydatiques guéris qu'a décrits M. Cruveilhier, où l'on ne trouve plus que des débris d'hydatides rendus méconnaissables par la suppuration.

— M. *Bouchut* présente à la Société des produits singuliers d'expectoration rendus périodiquement par un de ses clients dont la santé est altérée depuis longtemps, puisqu'il a eu une albuminurie, une maladie du cœur et une maladie de la prostate, mais chez lequel cependant les fonctions respiratoires semblaient intactes, lorsqu'il y a deux mois il fut pris de toux, de crachats légèrement sanguinolents, suivis de l'expectoration d'un petit grumeau solide. Le fait se reproduisit depuis tous les deux ou trois jours, et chaque fois l'expulsion de ces petits grumeaux était accompagnée de symptômes analogues à ceux d'un accès d'asthme. Ces petits grumeaux, qu'on aurait pu prendre pour de petits kystes hydatiques, ont été examinés avec soin et présentent l'aspect suivant : ce sont de petites poches closes, grosses comme un petit haricot ou comme un pois chiche, et présentant sur une de leurs faces un ombilic ou une fente linéaire dénotant une ouverture par laquelle on peut introduire diverses substances, telles que du coton, pour remplir et distendre cette espèce de petit sac. Les parois de cette utricule n'ont aucune analogie avec celles d'une hydatide : elles sont constituées par de la fibrine presque pure, striée, à fibres serrées les unes contre les autres, et à peine entremêlée de quelques corpuscules granuleux d'inflammation et de quelques globules purulents. Tel est l'avis concordant de MM. Ordoñez et Ch. Robin.

Il est assez difficile de dire où et comment se forment ces poches fibrineuses ; on pourrait croire que ces poches viennent des ventricules du larynx si l'absence complète de tout symptôme laryngé, si le timbre naturel de la voix, si la facilité de l'inspiration n'écartaient cette idée. L'hypothèse qui en rendrait le mieux compte serait celle de dilatations moniliformes des bronches, petites poches latérales qui se tapisseraient d'une exsudation plastique qui serait ensuite expulsée de temps à autre ; seulement, on se demande comment peut se produire cette exsudation en l'absence de la diphthérie ? On a bien parlé de fausses membranes arborisées qui auraient été expulsées des bronches, mais jusqu'à présent ces faits ne passent pas pour bien établis. Le sujet actuel n'a jamais eu de signes de tuberculisations ni d'hémoptysies abondantes ; seulement, les

utricules pseudo-membraneuses sont légèrement teintées de sang sur les bords.

M. *Woillez* croit qu'il est difficile d'admettre une dilatation des bronches sans expectoration muqueuse abondante, et, selon M. Bouchut, le sujet crache peu.

Quoi qu'il en soit, le fait est intéressant à signaler et doit être étudié avec soin.

Dr E. Isambert.

Société de chirurgie.

Séances des 7, 14 et 21 janviers 1863.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Oblitération rectale. — Encéphalocèle.

M. *Forget* a communiqué, à propos de la discussion soulevée par M. Trélat, une observation d'oblitération rectale recueillie en 1852, et qu'il n'avait pas encore publiée. Il a jugé convenable de faire cette communication parce qu'il s'agit d'un de ces cas dans lesquels la proposition que M. Trélat a faite de recourir immédiatement à la méthode de Littre, se trouve parfaitement justifiée.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation était du sexe féminin; elle était née depuis trente-six heures quand M. Forget fut appelé près d'elle. Il trouva au lieu normalement occupé par l'anus un enfoncement conoïde, dont les bords couverts de plis rayonnés auraient pu faire croire à l'existence d'un anus normal, mais cet enfoncement se terminait à un peu plus d'un centimètre de hauteur par un véritable cul-de-sac. Quand l'enfant faisait des efforts pour crier, on pouvait voir, en écartant les fesses, le fond de la cavité pseudo-anale se tendre et s'abaisser un peu; de temps à autre il semblait se produire un besoin instinctif de défécation qui se traduisait à l'extérieur par la contraction simultanée des muscles de l'abdomen et de ceux du périnée. Si l'on touchait le fond du cul-de-sac pendant cette contraction, on sentait un plan ferme, un peu dépressible, mais nullement fluctuant. Dans aucune de ces épreuves la fluctuation ne put être sentie; il était donc probable que la terminaison du rectum était assez éloignée de la cloison anale. Le rectum, du reste, ne s'abouchait pas dans la vessie, car les urines n'offraient aucun mélange de matières étrangères. Bien que cet enfant n'eût pas encore présenté de symptômes bien graves, puisqu'il n'avait pas vomi depuis sa naissance, il fallait agir promptement. M. Forget se décida à aller à la recherche du rectum par la méthode périnéale. Il commença par plonger dans l'excavation pelvienne un trocart explorateur de petite dimension, suivant le plan presque vertical qu'offre le sacrum chez l'enfant nouveau-né. Il pénétra sans résultat à un centimètre et demi de profondeur; il ne s'écoula pas une goutte de méconium. Laissant là le trocart pour un bistouri à lame très étroite, il l'enfonça dans la direction supposée du rectum au delà du point où avait pénétré le trocart; un peu de sang seulement sortit par l'ouverture. Le doigt introduit dans le tissu cellulaire par la plaie, ne distingua pas non plus quoi que ce fût qui pût donner l'idée de l'intestin. Devant une pareille incertitude, M. Forget renonça à chercher le rectum par la voie périnéale, et proposa d'établir un anus anormal dans la région iliaque droite. Les parents s'y opposèrent. L'enfant fut envoyé en nourrice et succomba huit jours après l'opération. M. Forget apprit que l'enfant n'avait rendu aucune matière méconiale par la voie que les instruments avaient frayée. Le ventre avait été fortement tendu, ballonné, très sensible à la pression; mais, chose singulière, il n'y avait pas eu de vomissements.

Les pièces anatomiques purent être examinées. On vit que la continuité du tube digestif était interrompue au niveau de l'articulation sacro-lombaire droite, et qu'à la place du rectum il existait un faisceau de tissus cellulo-fibreux qui mesurait toute la hauteur de l'excavation. Ce faisceau a la forme d'un cordon aplati d'avant en arrière; se continuant avec le côlon entrant, il adhère en bas au fond de la cavité pseudo-anale et est relié par des expansions fibreuses au coccyx et au vagin. Le péritoine se comporte avec ce cordon comme il se comporterait avec le rectum, et ce qui représente le cul-de-sac utéro-rectal n'est pas situé plus haut qu'il ne l'est à l'état normal. Les éléments de ce cordon sont ceux qui entrent dans la structure du gros intestin, c'est-à-dire qu'on y trouve, selon M. Forget, du tissu musculaire disposé en fibres longitudinales doublées d'un tissu fibro-celluleux ferme et résistant, vestige évident de la charpente fibreuse de l'intestin. L'instrument tranchant avait déterminé un épanchement sanguin dans l'intérieur du bassin, et l'on pouvait constater qu'il était arrivé à un millimètre environ du cul-de-sac formé par le péritoine, entre la face antérieure du ruban fibreux et l'utérus.

M. Forget fait observer qu'en supposant que ce double accident, épanchement sanguin et lésion du cul-de-sac péritonéal puisse toujours être sûrement évité, et que quand même on aurait la chance d'ouvrir l'ampoule intestinale à cette hauteur, une pareille ouverture ne réussirait qu'a donner lieu à une infiltration de méconium dans le tissu cellulaire pelvien.

Relativement à la symptomatologie, M. Forget montre combien il est facile de se laisser tromper par l'existence des contractions de la région anale qui, simulant l'effort qui préside à l'éjection des matières stercorales, peuvent faire croire à la proximité de l'intestin. « On saura, dit-il, que ce phénomène » peut se produire dans le cas d'absence complète du rectum, » à la condition que le sphincter existe et que le pseudo-anus » se relie à l'extrémité de l'intestin situé même à une grande » distance, au moyen d'un tissu fibro-musculaire qui établit de » l'un à l'autre une solidarité physiologique facile à expli- » quer. »

En dernière analyse, on voit que cette observation vient à l'appui du précepte formulé par M. Trélat. Toutefois MM. Guersant et Depaul s'élèvent contre la prétention d'établir un rapport tératologique entre l'existence d'un cul-de-sac pseudo-anal et l'absence du rectum, attendu qu'eux-mêmes ont trouvé plus d'une fois l'ampoule rectale séparée seulement par une mince membrane de ce cul-de-sac. La méthode périnéale reste donc, à leurs yeux, celle qui doit être essayée avant tout.

Le 14 janvier a eu lieu la séance annuelle de la Société de chirurgie, dans laquelle ont été entendus un discours de M. Morel-Lavallée, le compte rendu général des travaux de l'année par M. Béraud, et l'éloge de Brodie prononcé par M. Giraldès.

— Dans la séance du 21 janvier, M. *Debout* a mis sous les yeux de ses collègues le moule en plâtre d'un pied bot équin que M. Delore (de Lyon) a traité par l'emploi combiné de la ténotomie, des mouvements forcés et d'un appareil à traction continue. Les bons résultats obtenus sont d'autant plus remarquables que la difformité était congénitale, et que le malade avait dépassé l'âge de vingt ans. Aujourd'hui le pied forme aisément un angle droit avec la jambe; il est plus fort et mieux nourri, et le malade peut marcher longtemps sans fatigue.

— M. *Dolbeau* a présenté une pièce anatomique recueillie sur un petit malade de l'hospice des Enfants assistés.

En prenant, dans cet hospice, le service de M. Depaul, M. Dolbeau y trouva un enfant de deux mois ayant à la racine du nez une tumeur d'origine congénitale, arrondie, globuleuse, grosse comme un œuf de poule, et ne présentant aucun changement de couleur à la peau. Cette tumeur avait un pédicule qui correspondait par son centre à la suture fronto-nasale. Quelque attention qu'on mît à explorer ce pédicule, on n'observait aucune altération, aucune perforation du squelette, ni aucune adhérence; la tumeur paraissait libre de toute communication avec les parties voisines, et semblait si bien

n'être qu'une dépendance de la peau qu'on eût dit qu'elle se déplaçait en totalité. Elle était dépressible, mais absolument irréductible, et n'offrait ni battements, ni fluctuation. La consistance générale était molle et pâteuse, mais l'on sentait par places des noyaux fermes et résistants. Bien qu'elle fût plus rouge et plus tendue au moment des cris et des efforts de l'enfant, elle n'avait aucun des caractères des tumeurs érectiles. M. Dolbeau rejeta également l'idée d'une hernie cérébrale, en raison de l'irréductibilité complète de la tumeur et de l'état de ses parois, qui ordinairement sont minces et transparentes dans les encéphalocèles. Il crut qu'il avait affaire à une tumeur fibro-celluleuse constituée par l'hypertrophie des tissus sous-dermiques. Toutefois, il faisait une réserve en faveur de ces tumeurs nerveuses congénitales, dans lesquelles les filets terminaux des nerfs cutanés, considérablement hypertrophiés, forment des agglomérations qui rappellent l'aspect des circonvolutions intestinales. M. Depaul et M. Guersant ont vu de ces tumeurs, et M. Verneuil en a fait l'examen microscopique.

Aucun traitement ne fut entrepris, et l'autopsie vint démontrer qu'on avait bien fait de s'abstenir.

A la base de la tumeur, il existait une perforation du squelette qui, commençant à la partie antérieure de la lame criblée, à droite de l'apophyse crista-galli, venait se terminer au niveau de la suture fronto-nasale du côté droit. La moitié droite du frontal faisait une saillie de 1 ou 2 millimètres en avant de la moitié gauche. Quant à la tumeur, son volume tenait presque tout entier à l'épaisseur de son enveloppe, qui était formée par du tissu cellulaire infiltré de liquides et de produits plastiques. Cette enveloppe circonscrivait une très petite cavité séreuse qui contenait de la substance cérébrale se présentant sous la forme de sept ou huit noyaux ou mamelons disposés en deux groupes principaux. C'est l'extrémité antérieure du lobe frontal droit qui faisait hernie. L'hémisphère gauche était sain; mais, dans l'hémisphère droit, le ventricule latéral, très agrandi, était rempli par une abondante collection séreuse et se prolongeait en avant jusqu'à 1 centimètre de la perforation crânienne. Le corps calleux, refoulé en haut, était réduit à une lame blanche très amincie.

Ce que cette tumeur a présenté de particulier a donc été l'épaisseur énorme de ses parois : c'est cette disposition qui a fait toutes les difficultés du diagnostic en masquant la réductibilité partielle et les battements propres à l'encéphalocèle.

M. *Guersant* a vu une hernie cérébrale de même siége qui offrait des pulsations très manifestes, mais les enveloppes de la hernie étaient minces, ce qui rendait plus facile la transmission des battements.

L'épaisseur des parois n'est pas toutefois le seul obstacle à la perception des battements dans les encéphalocèles. M. *Blot* a vu une tumeur plus volumineuse que celle qui a été présentée par M. Dolbeau et occupant la même région; bien que cette tumeur eût des enveloppes minces, elle n'offrait aucune pulsation. Cependant elle communiquait bien positivement avec les ventricules latéraux. Il faut donc s'attendre à voir les battements manquer plus d'une fois dans les tumeurs de cette espèce, soit que l'épaisseur des parois, soit que l'étroitesse du pédicule rendent ce phénomène imperceptible.

— M. *Verneuil* a donné lecture d'un travail sur une affection singulière des mains observée par le docteur Mirault (d'Angers). Ce travail sera publié en entier dans la Gazette hebdomadaire.

Dr P. Chatillon.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Notice sur le Buchu, par M. G. de Servière.

Les praticiens de l'Angleterre et des États-Unis font le plus grand cas du *Buchu*, qu'ils considèrent comme un spécifique contre les maladies des organes génito-urinaires.

C'est au voyageur Burchell, le célèbre explorateur de l'Afrique, que l'on doit l'introduction du *Buchu* en Europe. Dès 1823, M. Burchell avait constaté que les Hottentots emploient comme vulnéraire, et contre les maladies de la vessie, des feuilles que la pharmacopée de Dublin, et plus tard celle de Londres, réunirent sous le nom collectif de *Diosma crenata*. Mais sir William Hooker démontra que ce *Diosma crenata* est souvent mélangé de *Diosma crenulata* et de *Diosma serratifolia*. Toutes ces espèces furent ensuite rattachées au genre *Barosma*. Thumberg, et après lui le savant Lindley, firent connaître que les Hottentots récoltent d'autres *Barosma : Barosma pulchella*, *B. betulina*, et aussi des *Adenandra uniflora*, *Agathosma*, etc. La synonymie vulgaire du *Buchu* est très variée : *Bucko, Buchu, Bocco, Bocho, Booko, Boechoe*, etc.

L'auteur ne s'occupe ici que du mélange des *Barosma crenata, Barosma crenulata, Barosma serratifolia*, le seul peut-être qui parvienne en Europe sous le nom de *Buchu*. Le Traité des drogues simples de M. Guibourt contient une excellente figure de la plante (t. III, p. 506, 507).

Les feuilles de *Buchu* exhalent une odeur très forte, que je compare à celle de la feuille de figuier sèche. Leur saveur est chaude et aromatique. Elles contiennent de la résine, une grande quantité de mucilage, une matière extractive assez amère (*Barosmine?*) et surtout une huile essentielle à laquelle elles doivent leur odeur, sans doute leurs propriétés, et qui, presque incolore lorsqu'elle est récemment extraite, devient d'abord verdâtre et, au bout d'un laps de temps plus ou moins long, brun jaunâtre.

Si l'on boit une infusion de *Buchu* tiède, on éprouve bientôt un sentiment de chaleur dans la région des lombes, puis la transpiration s'établit, et l'urine émise, devenue plus abondante, conserve l'odeur du *Buchu*.

Au début de la gonorrhée, lorsque l'émission de l'urine est douloureuse, on retire de grands avantages de l'emploi du *Buchu*. On trouvera, dans l'ouvrage de M. Aug. Mercier, plusieurs observations qui établissent la vertu curative et prophylactique du *Buchu* dans les affections de la vessie.

Il semblerait que la poudre, dans un état parfait de conservation, devrait être la manière la plus commode d'administrer le *Buchu*, mais il n'en est rien. L'odeur de la poudre de *Buchu*, au bout de quelques semaines, ne se rapproche presque plus de celle de la plante entière, soit que des percussions réitérées aient changé la nature des principes constituants, soit, ce qui est plus probable, qu'un grand état de division favorise la dispersion des principes volatils de la plante.

Bien que la poudre soit employée, à l'étranger, à la dose de 1 à 2 grammes, l'auteur ne pense pas que cette forme pharmaceutique soit convenable.

Selon les pharmacopées de Londres, de Dublin et d'Édimbourg, l'infusion de *Buchu* se prépare en mettant en contact, pendant quatre heures, dans un vase fermé, 31gr,078 de *Buchu*, avec 473 grammes d'eau distillée bouillante. Cette infusion s'emploie à la dose de 36 grammes, deux ou trois fois par jour.

Quant à la teinture alcoolique, un sixième est indiqué dans les pharmacopées, mais l'auteur s'est assuré qu'un cinquième est bien suffisant. Les doses sont de 4 à 16 grammes. L'alcool est un excellent dissolvant des parties actives du *Buchu* : c'est la teinture qui a été employée par les malades dont parle M. Mercier. Cependant l'extrait alcoolique, bien qu'évaporé avec tous les ménagements possibles, ne contient presque plus de principes volatils.

Il est pourtant possible d'obtenir tous les principes actifs du *Buchu* sans employer l'alcool. Après plusieurs tâtonnements qu'il est inutile de rapporter ici, je me suis arrêté, dit l'auteur, à la formule suivante :

Feuilles de *Buchu*. . . . 500 grammes.
Eau bouillante . . . . . 5000 —

Faites infuser douze heures dans la cucurbite d'un alambic. Distillez avec précaution pour obtenir 750 grammes de produit. Passez le liquide de la cucurbite; mêlez-le à 3 kilogrammes de sucre; faites évaporer en consistance de sirop très cuit; quand ce sirop sera froid, mélangez-y la liqueur distillée.

Dose, de trois à quatre cuillerées par jour.

L'eau distillée de *Buchu* devrait être employée aux mêmes doses que l'infusion, et aussi en lavements et en injections vésicales.

L'huile essentielle, mêlée soit à de l'axonge, soit à de la glycérine, serait réservée pour les frictions abdominales. Incorporée à du beurre de cacao, elle entrerait dans la composition de suppositoires. Unie au baume de copahu, elle en favoriserait l'action. (*Union médicale*, 1863, n° 6.)

De l'aspermatisme, par le docteur B. Schulz (de Vienne).

Dans un premier travail intitulé : De l'impuissance et de sa guérison par l'électricité, et publié au commencement de l'année 1861, l'auteur s'est livré à l'étude de l'acte sexuel physiologique, considéré dans la succession de ses temps principaux, et s'est efforcé de rattacher les différents cas d'impuissance à la perturbation de l'un ou de l'autre de ces temps, dont l'éjaculation constitue la scène finale ; ce dernier phénomène doit être considéré comme une action réflexe, et ses anomalies tiennent tantôt à une augmentation, tantôt à une diminution de l'excitabilité des centres nerveux. Dans le premier cas, lorsque l'éréthisme des centres existe à un haut degré, la plus légère irritation des nerfs centripètes peut suffire, car on voit le mouvement réflexe se produire spontanément, sans l'intervention d'excitants extérieurs périphériques, par des modifications circulatoires inappréciables. Dans cette catégorie rentrent : 1° l'éjaculation sans érection du pénis; 2° les pollutions nocturnes ou diurnes.

Mais si l'excitabilité des ganglions centraux a diminué ou disparu entièrement, alors le mouvement éjaculatoire est très retardé ou entièrement suspendu.

L'impossibilité absolue d'accomplir l'acte final de la fonction génésique, s'appelle *aspermatisme*, et cet état pathologique paraît occasionné par une diminution de l'excitabilité des centres nerveux.

Jusqu'à ces derniers temps, l'auteur ne connaissait que deux exemples d'aspermatisme. Dans les deux cas, cet état était inné, c'est-à-dire que les sujets n'avaient jamais de leur vie éprouvé la volupté de l'émission séminale pendant la veille, mais cette sensation leur était connue pendant le sommeil, par les rêves qui de temps à autre déterminaient chez eux des pollutions. Tous deux présentaient d'ailleurs le même ensemble de symptômes ; tous deux étaient capables, en cas d'érection nocturne, de pratiquer à souhait le mécanisme du coït, sans pouvoir, toutefois, après s'être épuisés par des frictions répétées et prolongées, obtenir autre chose qu'un résultat pour ainsi dire abortif.

Chez ces individus, l'aspermatisme était donc inné et permanent, et dans leurs tentatives, avec quelque femme que ce fût, ils ne pouvaient assouvir l'instinct sexuel, et cependant l'érection chez eux était puissante et durable.

Depuis sa première publication, le docteur Schulz a rencontré de nouveaux exemples de cet état morbide, lesquels n'avaient de commun avec les premiers que le manque d'éjaculation, mais qui en différaient tellement dans leurs phénomènes concomitants, qu'il se croit fondé à admettre deux espèces d'aspermatisme, et à établir que ce symptôme, en apparence semblable dans tous les cas, est occasionné par des causes très différentes.

La première observation est celle d'un jeune homme âgé de vingt-huit ans, qui, un an environ après son mariage, remarqua qu'il pouvait bien commencer le coït, mais qu'il ne pouvait plus le terminer, la verge se ramollissant après quelques mouvements, sans arriver à l'éjaculation ni à la sensation de volupté complète. Le malade avouait s'être livré à l'onanisme dans sa jeunesse. Au bout de quelques mois, les érections cessèrent de se produire, et son état s'aggravait des préoccupations morales que lui faisait éprouver une menace de divorce très préjudiciable à ses intérêts. Après trois mois de traitement, le malade put de nouveau accomplir le coït avec une femme autre que la sienne, dont il était séparé ; pendant trois mois encore il put répéter l'acte deux fois par semaine, et son état général s'améliora considérablement. Il fit alors revenir sa femme et put remplir ses devoirs conjugaux ; toutefois, comme au bout de deux mois il ne survenait pas de grossesse, et que la femme ne présentait d'ailleurs aucune cause apparente de stérilité, les récriminations de sa part recommencèrent et furent malheureusement appuyées par un médecin. Sous l'influence de ces nouvelles préoccupations, le malade vit de nouveau disparaître l'éjaculation, et cependant l'érection était puissante, et avec une autre femme le coït pouvait se terminer, tandis qu'avec la sienne, l'aspermatisme reparaissait immédiatement. Le docteur Schulz l'a perdu de vue depuis cette époque.

Le second cas est celui d'un jeune baron âgé de vingt-huit ans, très bien doué en apparence, qui, la première nuit de ses noces, éjacula avant le coït. Surpris et troublé de cet accident, il ne s'approcha de sa femme qu'avec un sentiment de honte et de crainte ; il parvint cependant à introduire le pénis, mais immédiatement l'érection cessa sans éjaculation. La conscience de sa mésaventure l'éloigna de sa femme, car chaque nouvelle tentative était suivie du même résultat. Le docteur Schultz essaya de combattre la cause morale de son état, et lui conseilla d'essayer avec une autre femme, ce qui lui réussit en effet. Mais de nouvelles tentatives auprès de sa femme échouèrent de nouveau. Blessée dans sa vanité, celle-ci lui fit entendre qu'elle irait éprouver ailleurs le pouvoir de ses charmes. Saisi alors d'une violente colère, le mari prit sur lui de vaincre la nature par un effort de volonté, et, sous l'influence de cette surexcitation morale, il put pratiquer le coït avec l'éjaculation normale, et par la suite, en s'excitant lui-même au sentiment de la colère, il réussit également. Quelque temps après sa femme était enceinte.

Ces deux cas fournissent l'exemple d'un aspermatisme qui n'est pas inné, mais qui s'est développé sous l'influence d'affections morales déprimantes, d'un aspermatisme *temporaire* et non durable, *relatif* à une femme déterminée et non absolu avec toutes les femmes. Cet état pathologique se déclare au moment où l'homme se met à douter de sa puissance, par suite de quelque mésaventure accidentelle dans l'accomplissement de l'acte sexuel. Cela n'a pas d'importance chez les individus qui n'ont fait aucun excès vénérien ; mais chez ceux qui ont gardé le souvenir d'excès antérieurs dont ils craignent les conséquences, la circonstance la plus indifférente suffit pour entretenir cette méfiance, et l'aspermatisme temporaire survient.

La physiologie peut nous donner une explication de ces faits. Il est hors de doute en effet que l'éjaculation est un mouvement réflexe, produit aussi bien par l'excitation psychique que par la stimulation des nerfs sensitifs périphériques transmise à la moelle épinière. Or, la physiologie nous apprend que la forme des mouvements réflexes peut être, soit coordonnée, soit convulsive. La forme des mouvements coordonnés ne produit jamais de contraction musculaire simultanée, mais bien une série de mouvements déterminés dans un but spécial ; tel est le mécanisme de l'éjaculation normale ; tandis que les mouvements réflexes convulsifs saisissent tous les muscles si-

multanément et non plus dans un ordre déterminé. La physiologie nous apprend aussi que les mouvements réflexes peuvent passer de la forme régulière à la forme spasmodique, comme on le voit dans l'empoisonnement par la strychnine. C'est ce qui justifie l'opinion que l'aspermatisme peut être produit par une convulsion réflexe de toutes les fibres musculaires longitudinales et circulaires, qui, au lieu de se contracter régulièrement et successivement, sont affectées en même temps et avec la même intensité, de manière à annuler leur puissance éjaculatrice.

Pour confirmer cette manière de voir, il faut démontrer la réalité des influences morales sur les mouvements réflexes en général, et sur l'éjaculation en particulier. Sans parler des expériences de vivisection, qui établissent l'influence considérable du cerveau sur les mouvements réflexes de la moelle, l'expérience de chaque jour nous montre l'influence de la volonté sur l'acte normal de l'éjaculation. Cette influence a un maximum et un minimum de développement suivant les sujets. On sait que quelques hommes peuvent, au moment où l'orgasme vénérien atteint son maximum, retarder par un effort de volonté l'éjaculation, ou, au contraire, l'accélérer par un redoublement passionné de l'excitation morale. La volonté peut non-seulement commencer l'acte éjaculatoire, elle peut encore, chez quelques hommes, le suspendre quand il est déjà commencé, et arrêter l'émission du sperme, comme il arrive à ceux qui se réveillent à temps pour résister à une pollution commençante.

Mais ce ne sont que les hommes véritablement puissants qui peuvent ainsi gouverner par la volonté leur ardeur sexuelle; il en est d'autres chez lesquels cette faculté est réduite à rien, et si l'orgasme est amené par quelque pensée ou quelque image libidineuse, toute la force de leur volonté est insuffisante pour les défendre, et arrêter le développement de l'action réflexe.

Il est donc établi que cette influence psychique peut diriger le mouvement réflexe de l'éjaculation, et dès lors on conçoit que des perturbations morales pendant le coït, et surtout les impressions déprimantes, la crainte, la honte, la peur d'un *fiasco*, peuvent changer le mode régulier et harmonique de l'action réflexe en une contraction spasmodique et désordonnée des muscles éjaculateurs.

C'est ce changement qui constitue, dans l'opinion du docteur Schulz, la seule cause possible de l'aspermatisme temporaire, car si celui-ci était occasionné par le manque d'excitabilité des centres ganglionnaires de réflexion, on ne pourrait comprendre le changement si rapide qui permet au malade d'accomplir l'acte avec une autre femme, près de laquelle il n'éprouve plus les mêmes sentiments pénibles; la maladie ne peut tenir non plus uniquement à une augmentation d'excitabilité des centres nerveux, car cette circonstance accélère assurément l'éjaculation. La perversion du mouvement réflexe explique, au contraire, tous les cas; c'est elle qui, sous l'influence des affections déprimantes, et vis-à-vis de la même femme, produira un spasme tonique, une contraction simultanée et égale en énergie de toutes les fibres longitudinales ou circulaires des réservoirs spermatiques, contraction qui amène l'occlusion des conduits éjaculateurs.

Cette manière de voir explique aussi toutes les circonstances concomitantes, et l'on conçoit naturellement que l'*aspermatique* puisse accomplir l'acte dès qu'il se trouve vis-à-vis d'une femme qui n'affecte pas son moral; que les pollutions soient possibles chez lui, puisque dans le sommeil il est débarrassé de ses craintes; que l'influence d'une passion puissante (comme la colère dans le cas ci-dessus, n° 2) puisse vaincre le sentiment de dépression morale; enfin que l'aspermatisme puisse de temps à autre, et chez un seul et même individu, alterner avec la faiblesse de l'érection (comme dans l'observation n° 1), puisque celle-ci dépend aussi à un degré des influences morales.

Il est donc établi par ce qui précède qu'il y a deux espèces d'aspermatisme, un permanent et absolu, et un autre temporaire et relatif. Le premier reconnaît pour cause un manque d'excitabilité des centres nerveux; le second consiste dans une perversion convulsive du mouvement réflexe de l'éjaculation. La conscience d'excès vénériens antérieurs ou d'onanisme, inspirant au malade la crainte d'une faiblesse génésique qu'il croit inévitable, devient une cause prédisposante d'aspermatisme temporaire. Le moindre accident dans l'accomplissement de la fonction sexuelle, surtout en présence d'une femme qu'il se trouve tout à coup dans l'impossibilité de satisfaire, le remplit de honte et de crainte toutes les fois qu'il a des rapports avec la même femme, et ce sentiment devient une nouvelle cause de mécompte. La même cause peut, dans un cas, produire l'impuissance psychique (la faiblesse ou l'absence de l'érection), et, dans un autre, l'*aspermatisme relatif*. Il n'y a pas à rechercher pourquoi dans un cas, c'est l'érection, et pourquoi dans l'autre, c'est l'éjaculation qui manque. Dans l'observation n° 2, les deux symptômes se produisaient alternativement.

En considérant la nature psychique de l'aspermatisme temporaire, on pourrait attribuer peu d'efficacité au traitement par l'électricité; mais si l'on se rappelle que la propriété antispasmodique du courant continu est un fait hors de doute; que, d'autre part, l'affection dont il s'agit frappe surtout des individus dont le système nerveux est très excitable, et que la propriété *anélectrotonique* (c'est-à-dire sédative) du courant continu est aussi un fait bien établi, alors on doit admettre, au moins à priori, la possibilité d'un traitement efficace de cette maladie par l'emploi du courant continu, et les essais que l'on peut tenter à cet égard sont parfaitement justifiés. (*Wiener med. Wochenschrift*, décembre 1862, n^{os} 49 et 50.) E. I.

Appareil inamovible à cercles ouatés pour les fractures des membres, par M. Prévault (de Loches).

On sait que le bandage dit *fenêtré*, destiné tout à la fois à maintenir le membre immobile et à se prêter au pansement de la partie lésée, est obtenu, soit en plaçant sur le membre des attelles de carton perforées d'un trou et qu'on recouvre avec les bandes imprégnées de colle, soit en pratiquant des fenêtres dans le bandage plein, à l'aide de forts ciseaux disposés *ad hoc*.

La modification que vient proposer M. Prévault a précisément pour but de rendre l'appareil aussi fenêtré que possible, et cela au moment même de l'application. Il entoure le membre d'une couche d'ouate épaisse de 4 centimètres au moins, puis d'une bande dextrinée ou plâtrée conduite en doloires ou spirales dans toute la longueur du membre; enfin de petites bandes également imprégnées de colle ou de plâtre, conduites circulairement et distantes de 3 centimètres. Cela fait, il place de chaque côté du membre une attelle en carton enduite de colle, après avoir été ramollie par l'eau, et les assujettit toutes deux par quelques tours de bande. Il suffit alors d'enlever, dans les intervalles des cercles, d'abord les portions correspondantes de la bande en spirale, puis les parties correspondantes de la couche d'ouate, pour obtenir un appareil en quelque sorte grillé qui permet d'inspecter tout le membre, de l'inspecter même au niveau des cercles, en soulevant la ouate avec une spatule.

L'auteur ajoute qu'il a retiré de notables avantages de ce pansement. L'*appareil à cercles ouatés* n'a pas été, que je sache, mis en pratique par d'autres chirurgiens; mais il est ingénieusement conçu, et, s'il reste solide après les grands retranchements que lui ont fait subir le canif et les ciseaux, il doit, en effet, remplir parfaitement les conditions essentielles du bandage fenêtré. (*Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire.*)

Permanganate de potasse pour enlever l'odeur cadavérique, par le docteur Pinkus.

M. le docteur Pinkus a proposé récemment l'emploi d'une solution de *permanganate de potasse*, à la dose de quelques cuil-

lerées à café, pour faire disparaître l'odeur qui s'attache aux mains après les autopsies, ou lorsque l'on a fouillé dans des substances animales ayant subi un commencement de putréfaction; odeur très tenace, comme on sait. Pour obtenir ce produit, le docteur Pinkus mêle, dans une cuiller de fer, 2 grammes de potasse caustique et 1 gramme de chlorate de potasse, qu'il fait fondre au moyen d'une lampe à alcool; il ajoute peu à peu au mélange fondu, et en remuant celui-ci, 2 grammes à peu près de manganèse en poudre fine. Quand la masse est devenue pulvérulente, il la chauffe jusqu'au rouge foncé, et dissout le sel acide de manganèse vert dans 4 à 5 onces d'eau. On précipite le manganèse, et on obtient une solution rouge pourpre par l'acide carbonique et quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Au bout de quelques jours on décante la partie liquide, qu'on conserve pour l'usage. (*Journal de médecine de Bruxelles; Répertoire de pharmacie*, décembre 1862.)

Huile de chanvre indien contre les rhumatismes, par M. Grimault.

Pour calmer les douleurs rhumatismales qui résistent souvent à l'action des divers médicaments que l'on emploie, M. Grimault indique l'heureux emploi, chez certains malades, d'onctions faites sur la partie douloureuse avec une cuillerée à bouche d'huile de chanvre indien. On recouvre après la partie d'une feuille de ouate de coton, et on enveloppe le tout d'un morceau de taffetas gommé. Pour obtenir l'huile, on fait infuser au bain-marie et pendant cinq à six heures une partie de sommités de chanvre indien du Bengale dans deux d'huile de chènevis. Quand l'huile a pris une teinte vert foncé, par suite de la dissolution de la résine du *Cannabis*, on exprime à la presse, et l'on obtient ainsi un liquide visqueux que l'on conserve pour l'usage. La proportion de principes actifs contenue dans les sommités de la plante est plus considérable que celle renfermée dans le bas de la tige et les feuilles inférieures : aussi est-il important de rejeter ces dernières pour ne prendre que les parties les plus voisines des inflorescences. (*Bulletin de thérapeutique; France médicale*, novembre 1862.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Quelques considérations sur la fièvre typhoïde dans les campagnes, par P. Marin, officier de santé de la Faculté de médecine de Paris, de la Faculté de Montpellier et du jury médical de la Drôme. Brochure in-8 de 31 p. Paris, Victor Masson et fils.

Ce que nous voulons signaler surtout, en annonçant cette brochure, c'est la pensée utile à laquelle elle répond, et que M. Marin, d'ailleurs, a positivement en vue : la pensée de contrôler la nosographie classique, le plus souvent tracée d'après la pratique des grands hôpitaux, par les observations de la pratique des campagnes. Ce qui est vrai des climats, donnant des formes morbides variables dans une même espèce de maladie, — ici, par exemple, la fièvre jaune caractérisée et là le simple ictère hémorrhagique — est vrai également de localités plus ou moins rapprochées par la distance, mais souvent très différentes par l'ensemble des conditions hygiéniques ou même par la disposition des organismes.

M. Marin a voulu concourir à cette œuvre vraiment clinique; et, pour montrer dans sa brochure un exemple des enseignements qui en peuvent sortir, il suffira de citer deux faits dont nous ne saurions garantir l'exactitude, puisqu'ils sont pris hors de notre théâtre d'observation, mais que l'auteur affirme positivement : c'est que, dans la localité où il exerce, à Mollans (Drôme), les taches rosées lenticulaires ne se montrent que « chez le plus petit nombre » des individus atteints de fièvre typhoïde, et que la diarrhée ne se prononce d'ordinaire que dans le cours de la pyrexie confirmée. De telles propositions, et plusieurs autres du même genre, méritent certainement de stimuler la curiosité des observateurs.

VI

VARIÉTÉS.

Liberté de l'exercice de la médecine.

A M. LE DOCTEUR BERTRAND.

Monsieur et très honoré confrère,

Le soin que vous avez eu, dans la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'écrire, de mentionner vos quarante années de pratique, ne me permet point d'abuser du ton que vous avez pris, non plus que des exemples singuliers que vous avez choisis en preuve de la nécessité de protéger le diplôme, c'est-à-dire de garantir aux docteurs en médecine français le privilège exclusif de traiter et même de guérir leurs concitoyens. De plus, il ne convient pas que j'usurpe, dans les colonnes de ce recueil, une place que réclament d'autres travaux plus importants. Enfin les nombreux témoignages de sympathie que j'ai reçus à l'occasion de ma lettre à M. Dechambre me consolent amplement de l'insuffisance de mes arguments; je n'ai pu vous convertir à une idée qui n'est point mienne, et j'en suis d'autant moins surpris que, malgré tout le talent dont vous avez fait preuve, malgré vos sages et judicieux conseils, je ne me suis point converti à vos idées.

Permettez cependant, monsieur, non que je tente un dernier effort en ce sens, mais que je vous représente ma pensée sous son vrai jour; entraîné par une chaleureuse conviction, il m'a semblé que vous m'aviez jugé fort hostile aux intérêts du corps médical, tandis qu'au contraire c'est en m'appuyant sur ces intérêts mêmes que j'ai soutenu la thèse, non de la liberté *absolue* (ce mot n'est pas de moi) (1), mais simplement de la liberté de l'exercice de la médecine.

En effet, qu'est-ce que je réclame?

Ou la protection sérieuse, effective et efficace du privilége attaché au diplôme;

Ou la liberté et la responsabilité, c'est-à-dire le triomphe de la vraie science, du vrai mérite, de la vraie valeur.

Or, il se trouve qu'avec les lois actuelles, et avec les dispositions des autorités, la protection, loin d'être efficace, est tout à fait illusoire; le corps médical lui-même a montré sa parfaite indifférence à l'égard d'une pétition de M. Linas insérée dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, tendant à la révision des lois répressives de l'exercice illégal de la médecine. Cette pétition, qui fournissait une belle occasion aux partisans de la protection, est tombée dans l'oubli, bien qu'ayant été communiquée au Sénat, à l'Académie, à la presse médicale et aux Sociétés d'arrondissement.

Mais quoi, monsieur, votre lettre ne prouve-t-elle pas assez que la répression actuelle est insignifiante? Et à qui donc ai-je l'honneur de m'adresser pour qu'il me faille établir à nouveau que l'amende de 15 francs n'a empêché personne d'exercer la médecine, pas plus que les admonestations des magistrats n'empêchaient nos infirmes de retourner chez le rebouteur? Cherchez donc à obtenir mieux, épuisez les pénalités, et vous verrez si vous réussirez à vous opposer au fléau!

D'ailleurs, ce qui est impossible, c'est, à une époque où tout tend vers l'individualisme légal, de reconstituer la corporation légale. Qu'au sein de la liberté cette corporation s'organise solidement par l'association, voilà ce qui est de droit, et voilà ce que l'avenir nous réserve. Comptons sur nous-mêmes, monsieur, — nous sommes assez forts pour cela, — et non sur de vaines restrictions aux droits naturels.

Je m'arrête, monsieur, et je me réserve de répondre plus amplement, en temps et lieu opportuns, à votre très honorée lettre; je laisse à d'autres le soin de vous éclairer sur ma personne, sur l'âge véritable des « illusions généreuses », sur ma position d'amateur, et sur « le prisme de l'idéal » à travers lequel je vois les choses.

Agréez, etc. E. Dally.

Les Chinois ne sont pas dégoutés. — « La viande de chien passe, en Europe, pour la plus mauvaise de toutes les viandes; on la dit immangeable. Les Chinois en ont jugé autrement : ils engraissent les chiens qui commencent à vieillir et les mangent; les étaux des bouchers sont garnis de viande de chien, comme des autres viandes. Les fermiers ont même formé une espèce de chiens propres à l'engraissement, qu'ils appellent

(1) Ce mot, qui se trouve au titre, est de la *Rédaction*, qui le croit juste en tant que signifiant : liberté d'exercice laissée à tout le monde. (*La Rédaction.*)

chiens de boucherie; c'est une variété de chien-loup, à oreilles droites, qui se distingue des autres en ce qu'elle a la langue, le palais et tout l'intérieur de la gueule de couleur noire.

» Nous avons en France, en ce moment, un de ces chiens, dont voici l'histoire : un de nos vaisseaux de l'expédition de Cochinchine avait acheté, comme approvisionnement pour un retour en France, un lot d'animaux gras ; dans ce lot se trouvait ce chien de boucherie ; nos matelots l'ayant aperçu le délivrèrent, et ils l'ont ramené dans un de nos ports, où il continue d'être leur protégé.

» On dit que, dans certains restaurants de nos grandes villes, on a parfois servi du chat pour du lapin ; les Chinois n'ont pas de ces mystères ; ils tiennent ce mets pour excellent, et l'on voit chez leurs marchands de comestibles des chats énormes suspendus avec leur tête et leur queue. Dans toutes les fermes, on trouve de ces animaux attachés à de petites chaînes pour être engraissés avec des restes de riz qui seraient perdus ; ce sont de gros chats qui ressemblent à ceux de nos comptoirs et de nos salons ; le repos qu'on leur impose facilite leur engraissement.

» Le rat est encore un animal qui tient une large place dans la nourriture des Chinois ; on le mange comme les viandes qui précèdent, soit frais, soit salé ; ceux qu'on sale sont principalement destinés pour les jonques ; et les fermiers, voyant que ce produit faisait fortune, ont même imaginé une manière assez ingénieuse de tirer parti de la fécondité de cet animal : ils ont des *ratiers* (passez-moi le mot) comme nous avons des *colombiers ;* pour établir ces loges à rats, ils garnissent des recoins que les rats affectionnent de bouteilles à cou assez large pour que l'on puisse y introduire la main ; l'animal prend ces bouteilles, maçonnées dans le mur, pour des crevasses, y fait son nid, y élève ses petits, et le fermier va de temps en temps y faire la recette des jeunes rats, comme nous faisons, dans nos colombiers, celle des jeunes pigeons. »

(L'abbé Le Noir.)

— La spécialité des maladies mentales vient de perdre un de ses représentants les plus distingués dans la personne de M. le docteur Aubanel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille. Les Annales médico-psychologiques ont publié dans le temps ses intéressantes recherches sur *les fausses membranes de l'arachnoïde et sur le mode de leur formation.* Le même recueil contient un grand nombre de rapports médico-légaux de ce médecin regretté, qu'une mort prématurée, quoique prévue depuis longtemps, a enlevé à ses nombreux amis. Ses deux enfants chéris l'avaient précédé dans la tombe. Les qualités les plus éminentes du cœur et de l'esprit rehaussaient, chez M. Aubanel, l'amour de la science et son dévouement sans bornes pour les aliénés. L'asile de Saint-Pierre de Marseille lui doit sa réputation si méritée.

— Voici les sujets de thèses qui viennent d'être tirés au sort par les candidats à l'agrégation :

MM. Bucquoy, *Des concrétions sanguines ;* — Fournier, *De l'urémie ;* — Jaccoud, *L'humorisme ancien comparé à l'humorisme moderne ;* — Luys, *Des maladies héréditaires ;* — Peter, *Des maladies virulentes ;* — Racle, *De la glycosurie ;* — Reynaud, *Des hypérémies sans phlegmasies ;* — Vidal, *Des convulsions par action réflexe.*

— M. le docteur Chapotin de Saint-Laurent, médecin de l'hôpital Cochin, a malheureusement succombé, il y a quelques jours, aux suites d'une infection purulente.

— Un concours pour l'agrégation, section de chirurgie, s'ouvrira à Strasbourg le 2 février. Les concurrents sont MM. Feltz et Sarrazin.

— Deux concours ouverts devant la Faculté de médecine de la même ville pour cinq places d'internes et dix places d'externes à l'hôpital civil se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Schmidt, Bablon, Kien, Pirotain et Laurens. — *Externes :* MM. Apné, Rist, Raimond, Gross, Joubin, Lœderich, Bœckel, Barthélemy, Madamet, Badal.

— Les élèves de l'École de santé militaire de Strasbourg ont offert, comme l'année dernière, une véritable fête de réception à leurs camarades de la nouvelle promotion, et ont hautement témoigné, par l'échange des idées les plus élevées, des sentiments les plus généreux, de leur excellent esprit. L'état-major de l'École avait répondu à l'invitation de MM. les élèves.

— L'École de médecine de Rouen a décerné les prix de médecine pour 1862 à MM. Dubreuil, Ballay, Paul Pivain, Vy (d'Elbeuf), Pivain (de Caudebec), Bellencontre (de Bernay), Caron et Delabost.

Une mention honorable a été décernée par l'École à M. Blocberger.

— Dans sa séance du 31 janvier, l'École impériale des beaux-arts a nommé M. Huguier, chirurgien de l'hôpital Beaujon, professeur d'anatomie à ladite École, en remplacement de M. Robert, décédé.

— M. le docteur Morel-Lavallée vient d'être nommé chevalier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare.

— Le conseil de l'École de médecine et de pharmacie d'Alger a décidé, dans une de ses dernières séances, qu'un prix d'anatomie pratique et un prix de pharmacie pratique seraient décernés, à la fin de chaque année scolaire, aux élèves qui se seraient le plus distingués pendant l'année, tant par leur assiduité aux dissections et aux manipulations, que par leur supériorité dans les préparations spéciales qui seront proposées comme sujets de concours, le nombre et le mérite des dons qu'ils auront faits au musée de l'École.

— Un décret impérial du 11 août 1855 a autorisé l'ouverture du boulevard Saint-Germain. Aujourd'hui cette voie publique est exécutée dans la partie située entre le quai Saint-Bernard et la rue Hautefeuille. Elle doit, en se poursuivant à l'ouest, isoler bientôt les bâtiments de l'École de médecine, et lui abandonner des terrains nécessaires au complément de ses différents services. Si nous sommes exactement renseigné, voici les différents emplacements qui seraient ajoutés au périmètre actuel de l'École. 1° Pour son enseignement, sa bibliothèque et ses services intérieurs, le terrain compris entre la rue des Écoles, la rue Hautefeuille, le boulevard Saint-Germain et la rue Larrey ; 2° Pour ses musées et ses services d'anatomie, l'emplacement limité par les rues des Écoles, Racine, Monsieur-le-Prince et Antoine-Dubois.

(*Gazette des hôpitaux.*)

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Camille Bertrand, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, âgé de vingt-sept ans seulement. — Celle de M. Golfin, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Montpellier.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Histoire naturelle des diptères des environs de Paris, œuvre posthume du docteur *Robineau Desvoidy*, publiée par les soins de sa famille, sous la direction de M. *H. Monceaux.* 2 forts vol. in-8, ensemble de XVI-2064 pages. Paris, Victor Masson et fils. 30 fr.

La vigne en Sologne : son influence sur le pays et sur la population, par le docteur *Ed. Burdel* (de Vierzon). Brochure in-8 de 20 pages. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr.

Mémoires de la Société de chirurgie de Paris. Tome V, fascicule 5 (fin du volume). Paris, Victor Masson et fils.

Annuaire pharmaceutique, ou exposé analytique des travaux de pharmacie, physique, chimie, histoire naturelle médicale, toxicologie et pharmacie légale, publiés pendant l'année 1862, par le docteur *O. Réveil.* In-18 jésus d'environ 300 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 1 fr. 50

Cours d'hygiène, par le docteur *Louis Fleury.* 12e livraison, traitant de l'hygiène navale, de l'hygiène militaire, des fonctions cérébrales, des facultés intellectuelles, de l'hygiène des gens de lettres, des facultés morales et affectives. Paris, P. Asselin. 2 fr.

De la glycérine : de ses applications a la chirurgie et a la médecine, par le docteur *Demarquay.* In-8. Paris, P. Asselin. 4 fr. 50

Guide médical des mères de famille, ou aperçu théorique et pratique des causes, des symptômes, de la marche et de la gravité des maladies les plus fréquentes des enfants, par le docteur *Adet de Roseville.* Grand in-18. Paris, P. Asselin. Broché. 3 fr. 50

Les exanthèmes du rhumatisme, par le docteur *Ferrand.* In-4. Paris, P. Asselin. 2 fr.

Quelques considérations sur la vaccine (la période d'incubation n'existe pas dans cette maladie), par le docteur *Montanier.* In-8. Paris, P. Asselin. 1 fr.

Traité d'anatomie descriptive, par le professeur *Cruveilhier*, avec la collaboration des docteurs *Marc Sée* et *Cruveilhier fils.* 4e édition. Paris, P. Asselin. 7 fr. 50

La 2e partie du tome 1er contient la *Myologie*, avec 157 figures tirées en noir et en couleur.

Traité des désinfectants sous le rapport de l'hygiène publique ; leur application a la désinfection de l'air, a l'assainissement des habitations, des hôpitaux, des étables, a la désinfection des plaies, etc., par *A. Chevallier.* In-8. Paris, P. Asselin. 3 fr. 50

Études pratiques sur les maladies nerveuses et mentales accompagnées de tableaux statistiques, suivies du rapport de M. le sénateur préfet de la Seine, sur les aliénés traités dans les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, et des considérations générales sur l'ensemble du service des aliénés du département de la Seine, par le docteur *H. Girard de Cailleux.* Paris, J.-B. Baillière. 12 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 13 FÉVRIER 1863. N° 7.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Société de chirurgie : Résultats obtenus en France par l'opération d'Esmarch. Examen des causes d'insuccès et moyens d'y remédier. — II. **Travaux originaux**. Médecine pratique : De la contraction du masséter. — III. **Correspondance**. Sur le climat de l'Égypte. — IV. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — V. **Revue des journaux**. Sur quelques perfectionnements à apporter dans l'établissement des fistules gastriques artificielles. — Maladie kystique du testicule; opération. — VI. **Bibliographie**. Traité d'anatomie descriptive. — VII. **Variétés**. — VIII. **Feuilleton**. Les annonces dans les journaux de médecine.

I

Paris, 12 février 1863.

Société de chirurgie : RÉSULTATS OBTENUS EN FRANCE PAR L'OPÉRATION D'ESMARCH. EXAMEN DES CAUSES D'INSUCCÈS ET MOYENS D'Y REMÉDIER.

Dès les premiers mois de l'année 1860, je m'efforçai de vulgariser en France une opération nouvelle, simple, ingénieuse, destinée à combattre une lésion commune, grave et des plus rebelles. Mon mémoire inséré dans les *Archives générales de médecine*, t. Ier, 1860, avait pour titre : *De la création d'une fausse articulation par section ou résection partielle de l'os maxillaire inférieur, comme moyen de remédier à l'ankylose vraie ou fausse de la mâchoire inférieure.* Il renfermait d'abord la traduction littérale du remarquable travail de M. Esmarch, de Kiel, puis les fragments épars publiés sur le même sujet en France et à l'étranger.

Après avoir examiné scrupuleusement les faits et discuté la théorie; après avoir pris même le soin de demander directement à MM. Esmarch et Rizzoli, des nouvelles ultérieures de leurs opérés, j'avais jugé très favorablement la méthode en question, qui me semblait capable de procurer la guérison radicale des adhérences génо-maxillaires. A plusieurs reprises, je parlai dans le même sens à la Société de chirurgie, et je finis par convaincre la plupart de mes collègues, à ce point que, l'occasion se présentant, ils n'hésitèrent point à adopter l'innovation qui, à ma connaissance et depuis 1860, compte déjà à Paris quatre applications.

Je savais, à la vérité que, dans deux cas, le résultat heureux obtenu tout d'abord ne s'était pas maintenu au degré désirable; mais j'en accusais, pour l'un, une certaine négligence dans le traitement consécutif; pour l'autre, une infraction aux principes de la méthode et des accidents dont elle n'était pas responsable; toujours est-il que ma confiance n'était pas encore ébranlée. Mais M. Boinet ayant présenté, dans la séance du 4 février, la première opérée chez laquelle l'insuccès est notoire, une enquête s'est ouverte, et il résulte

FEUILLETON.

Les annonces dans les journaux de médecine.

Après avoir provoqué le sentiment public à l'endroit des annonces médico-pharmaceutiques dans les journaux de médecine, et plus spécialement dans une feuille officiellement ou officieusement reconnue comme organe de l'Association générale des médecins de France; après avoir indirectement suscité une discussion sur ce sujet entre cette même feuille et un important recueil des départements, nous pourrions paraître manquer à nos antécédents, et mériter à la fois le reproche des deux opinions rivales, si nous restions (comme il nous conviendrait assez) spectateur silencieux de la controverse. Qu'on veuille donc bien nous permettre quelques observations, dont une partie d'ailleurs aura pour but, et, nous l'espérons, pour effet de dissiper certains nuages dont la situation est restée enveloppée.

Dans la GAZETTE MÉDICALE DE LYON, M. Diday, rédacteur en chef, avait fait cette déclaration de principes : « L'insertion des annonces est, de la part des journaux de médecine, un acte blâmable qui ne comporte ni justification ni excuse. Celui qui se le permet, se fait volontairement et sciemment complice des mensonges éhontés de la réclame, et devient moralement responsable soit des malheurs accidentels, soit de l'abaissement du sens moral, qui en sont la conséquence. » Puis, M. Diday ajoutait : « *J'adresse avec peine ces graves paroles au secrétaire général de l'Association des médecins de France; mais il faut qu'il les entende, parce qu'il est temps qu'il y réponde.* »

M. Latour a répondu : « Il n'est pas exact de dire que le journal que je dirige, et dont je suis moralement responsable, insère des annonces. Chaque numéro de l'UNION MÉDICALE se compose d'une feuille grand in-8 de 16 pages, caractère compact, entièrement, exclusivement remplies de matières scientifiques, pratiques, professionnelles, etc. Cette feuille a une couverture non paginée, non adhérente au journal, et sur

des renseignements fournis par MM. Marjolin, Deguise fils et Bauchet, que nous ne sommes pas en possession d'un moyen aussi sûr que j'avais pu l'espérer.

Donnons d'abord une analyse succincte des observations :

A. En mai 1860, M. Huguier opéra à l'asile Mathilde, avec le concours de MM. Boinet, Naudin et de moi-même, une jeune enfant atteinte d'adhérences cicatricielles géno-maxillaires unilatérales, compliquées d'une vaste perte de substance de la joue droite. L'état de cette pauvre fille était des plus lamentables : impossibilité de parler et de manger, d'où amaigrissement et affaiblissement considérable, douleurs atroces dues à l'évolution des dents de la seconde dentition, qui pénétraient de force dans les mâchoires, déviant et poussant devant elles les tronçons déracinés des dents de lait; fétidité de la bouche encombrée de tartre, de séquestres et de débris alimentaires, etc. La section simple fut pratiquée sans trop de peine au-devant des adhérences, et tout aussitôt la bouche put s'ouvrir assez largement. On arracha quelques dents déviées, puis quelques couronnes atrophiées et rugueuses de la première dentition, et les douleurs cessèrent comme par enchantement; on se proposait de procéder plus tard à la restauration génale. On mit l'enfant à un régime réparateur qui fit bientôt récupérer les forces et la santé, puis on prescrivit comme traitement consécutif des mouvements répétés destinés à établir la pseudarthrose.

Délivrée de ses douleurs cruelles, capable de se nourrir convenablement, l'enfant, soustraite à une surveillance chirurgicale continue, oublia sans doute nos recommandations : toujours est-il que peu à peu les mouvements de la portion mobilisée diminuèrent et avec eux l'ouverture buccale; de sorte qu'aujourd'hui et même depuis quelques mois tout est revenu à l'état antérieur, si ce n'est que les douleurs n'ont pas reparu et qu'un léger glissement des bouts sectionnés l'un sur l'autre laisse une voie étroite ouverte au fond de la perforation génale et permettant l'introduction dans la bouche de parcelles alimentaires. Ce qu'il importe de constater, c'est la *réunion osseuse* de la division que nous avions pratiquée.

Tout est à recommencer; l'enfant, aujourd'hui plus raisonnable, demande avec instance une nouvelle tentative.

B. Il y a une année environ, un cas analogue s'offrit à M. Marjolin. Même perte de substance à la joue, même immobilité de la mâchoire inférieure, même abolition de la mastication, même langage incompréhensible chez une fillette de sept à huit ans. La perforation génale était partout circonscrite par un tissu inodulaire mince, collé aux os, dur, inextensible. M. Marjolin voulut bien me convier à l'opération : la section fut faite avec légère perte de substance vers le bord inférieur de l'os. La scie à chaîne fut employée et manœuvrée avec beaucoup de peine, comme on peut croire. Pour ménager plus de longueur à la portion qu'on mobilisait, la section de l'os fut pratiquée à même les adhérences et non au-devant d'elles, ce qui me paraissait une circonstance défavorable; le tissu cicatriciel extérieur avait été partiellement divisé; il se sphacéla dans une certaine étendue par suite d'une inflammation qui envahit une partie de la région.

Cette complication fâcheuse empêcha longtemps les manœuvres mécaniques nécessaires à la constitution de la pseudarthrose, et ainsi se trouvèrent singulièrement amoindris les bénéfices primitivement obtenus par la diérèse osseuse. Lorsque nous revîmes, plusieurs mois après, la petite opérée, les deux pièces n'avaient l'une sur l'autre qu'une mobilité restreinte, et les choses tendaient à reprendre leur état antérieur. Le tissu cicatriciel extérieur avait sa part dans la récidive, mais les bouts osseux, de leur côté, étaient serrés l'un contre l'autre, réunis probablement par des liens très courts fort disposés sans doute à l'ossification.

C. L'automne dernier, M. Bauchet présenta à la Société de chirurgie une jeune fille affectée de fausse ankylose par adhérences géno-maxillaires et de perte de substance de la joue. Les lésions, sauf leur étendue beaucoup moins grande, étaient tout à fait comparables à celles qu'on avait observées dans les deux cas précédents. Pour ma part, je ne croyais pas le cas assez grave pour nécessiter la section de la mâchoire; mais M. Bauchet invoqua des motifs non sans valeur pour insister sur cette opération, qu'il pratiqua dans les derniers jours de septembre. Peu confiant dans la simple division de l'os, il en reséqua un segment de 1 centimètre 1/2 environ. Le résultat immédiat fut des plus satisfaisants; mais au bout d'une semaine surgirent des accidents tout à fait imprévus et des plus malencontreux. La section avait été faite à gauche; or, sur la branche droite de la mâchoire existait une dent cariée qui devint le point de départ d'un phlegmon sous-périostique très violent et très étendu. Toutes les dents en furent ébranlées; le pus fusa au loin, et des incisions durent être faites dans la fosse temporale, dans la région massétérine, etc. Un séquestre de la branche montante fut la suite de ces dégâts. Pendant la durée de l'inflammation, les mâchoires, comme on le comprend sans peine, restèrent fortement serrées l'une contre l'autre, et tout mouvement passif fut interdit.

L'orage est aujourd'hui calmé : les dents sont raffermies, et l'os maxillaire peut être ébranlé sans douleur. Le résultat de la résection ne paraît pas entièrement perdu. Suivant M. Bauchet, il existe entre les bouts osseux un certain degré de mobilité, ce dont je ne suis pas convaincu. Comme le foyer de la résection n'a que faiblement participé à l'inflammation accidentelle, comme il a médiocrement suppuré, M. Bauchet garde quelque espoir de conserver ce qui existe actuellement, sinon de rétablir même la mobilité primitivement obtenue. L'avenir nous éclairera sur ce point, mais il est

---

laquelle sont insérées des annonces. C'est moi, mon cher confrère, je suis bien aise de vous l'apprendre, qui ai conseillé et fait adopter cette combinaison par l'administration du journal. C'est moi qui ai banni les annonces du corps du journal. Vous avez donc eu tort de dire que je couvre d'annonces deux ou trois pages du journal; c'est une grave erreur. Je donne à mes souscripteurs, trois fois par semaine, 16 grandes pages d'impression, dont pas une seule ligne n'est consacrée à l'annonce industrielle. Le reste ne tombe pas sous ma juridiction... Vous le prenez de bien haut, mon cher confrère. De quel droit me parlez-vous ainsi? Je vous conteste celui de faire intervenir, et surtout d'interpeller le secrétaire de l'Association générale. Il n'est pas votre justiciable. Je suis ce que j'étais, j'étais ce que je suis quand le vote unanime et par acclamation de l'assemblée générale — je rougis d'être obligé de vous le rappeler — me porta au poste que j'occupe. Je dirigeais alors comme aujourd'hui l'Union médicale, et ce journal était alors ce qu'il est aujourd'hui. Bien des attaques ou directes ou par insinuation ont été dirigées contre moi sur ce même sujet. J'ai toujours dédaigné d'y répondre, parce que je crois que c'est sottise et vanité de croire intéresser le public à des récriminations personnelles. Vous auriez dû vous informer avant d'écrire ces tristes et dénonciatrices paroles. Vous auriez appris que l'Union médicale n'est malheureusement pas ma propriété, et que, si je me reconnais responsable de sa rédaction scientifique, philosophique et littéraire, mon action ne s'étendant pas au delà, ma responsabilité s'éteint là. Mieux informé, vous aurez, j'en suis sûr, quelque regret de votre attaque, à laquelle je crois superflu de répondre plus explicitement. Mais je peux vous dire mon sentiment sur votre critique de l'annonce. Vous frappez à faux, mon cher confrère; ce n'est pas dans nos journaux que l'annonce est dangereuse, et puis, en l'incriminant ainsi en masse, vous n'êtes ni équitable ni pratique. C'est par des exagérations de ce genre qu'on compromet les meilleures causes. Vous semblez ne pas connaître le premier mot des conditions

à craindre que la pseudarthrose ne se maintienne pas. Ce fait, intéressant d'ailleurs, ne peut, jusqu'à nouvel ordre, être invoqué ni pour ni contre la méthode; ce n'est peut-être pas un revers complet, mais à coup sûr ce n'est point un succès.

D. Enfin M. Deguise fils nous a fait connaître un quatrième cas. Gangrène de la bouche chez une fille de six à sept ans, survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Au dixième jour, chute de l'eschare, dénudation complète de l'os maxillaire supérieur, qui, plus tard, est éliminé en totalité. Le travail de réparation s'effectue lentement; la perte de substance de la joue se rétrécit, mais en même temps la mâchoire inférieure perd sa mobilité, et la mastication devient impossible.

Trois mois après, le 22 avril 1862, l'opération d'Esmarch est pratiquée. L'orifice accidentel étant encore assez large et la cavité buccale étant agrandie par la perte du maxillaire, on peut manœuvrer assez aisément la scie à chaîne et retrancher au-devant du masséter 1 centimètre 1/2 environ de la mâchoire inférieure. Comme résultat immédiat, possibilité d'abaisser complétement la mâchoire, qui retrouve de la sorte la liberté de ses mouvements. Dès le premier jour, on donne des aliments assez solides pour nécessiter l'exercice de la mastication. Suites de l'opération fort simples; cependant, dès la première semaine du mois de mai, les mouvements d'élévation et d'abaissement semblaient s'exécuter moins bien. Vers le 15, ils ont diminué de moitié, malgré la précaution prise d'introduire souvent dans la journée, entre les arcades dentaires, un levier en bois pour augmenter leur écartement. Ce dernier moyen, sur lequel on comptait beaucoup pour favoriser l'établissement d'une fausse articulation, n'a pas empêché la réunion de s'effectuer dans la partie reséquée.

Au bout de trois mois environ, les choses se trouvaient exactement dans le même état qu'avant l'opération.

Voici donc quatre faits malheureux qui prouvent, pour la centième fois, que les données théoriques les plus logiques et les succès immédiats les plus brillants, ne sauraient établir à priori la valeur d'une méthode opératoire. L'observation longue et patiente des opérés est la seule base d'un jugement définitif.

Pour ma part, plus j'ai montré d'ardeur à propager l'opération d'Esmarch, plus je me regarde comme obligé à faire connaître ses échecs. Je me propose même d'étendre mon enquête et de m'adresser de nouveau à nos confrères étrangers, pour savoir d'eux si les guérisons obtenues par eux ont été durables, ou s'ils n'auraient pas observé de leur côté des insuccès tardifs.

Sans doute, il serait plus expéditif de déclarer les succès illusoires et d'abandonner la méthode; mais cette justice trop sommaire aurait d'ailleurs le grave inconvénient de nous remettre face à face avec les procédés anciens, section des brides, dilatation forcée ou progressive, autoplastie, séjour indéfini de corps étrangers, etc., qui réussissent quelquefois peut-être, mais si rarement en vérité qu'il n'a pas été possible, jusqu'à ce jour, à un membre de la Société de chirurgie de nous présenter radicalement guéri un seul opéré atteint quelque peu sérieusement. Courir à des insuccès presque certains en répétant des opérations cruelles, laborieuses et stériles, serait folie. Condamner trop vite une innovation, parce qu'elle a échoué quelquefois, serait imprudent; il y a mieux à faire, c'est de chercher attentivement les causes des revers et les conditions de la réussite, en s'aidant de toutes les notions fournies par la physiologie pathologique et la médecine opératoire. C'est ce que nous allons tâcher de faire.

Donnons d'abord des bases à l'argumentation : il est avéré que la section du maxillaire donne un résultat immédiat excellent. Les mâchoires s'écartent assez pour assurer l'exercice convenable des fonctions buccales. La persistance de cet effet pendant un temps notable n'est pas moins certaine, et l'établissement au moins temporaire d'une pseudarthrose ne saurait être contesté. D'autre part, la cause la plus menaçante des insuccès consécutifs réside évidemment dans la solidification des liens fibreux qui entrent dans la composition de la pseudarthrose, ou, en d'autres termes, dans la *guérison spontanée* de la fausse articulation, guérison qui serait considérée comme heureuse s'il s'agissait d'une fracture ou d'une résection partielle ordinaire, mais qui vient ici déjouer d'une façon malencontreuse la prévision chirurgicale. Si ces prémisses sont vraies, l'indication à remplir est fort claire : il faut s'opposer à cette guérison spontanée, ou, ce qui serait plus sûr encore, créer la pseudarthrose de telle manière qu'elle n'ait aucune tendance à se consolider par ossification.

La précision et la netteté avec lesquelles un problème de pratique est posé n'implique nullement la facilité de la solution. En thérapeutique, trop souvent on fait ce que l'on peut, et non ce que l'on veut. Or, si dans l'état actuel de la science, nous possédons de nombreux moyens pour guérir les fausses articulations, nous n'avons pas encore de préceptes explicites lorsqu'il s'agit au contraire de réaliser artificiellement cette difformité. La question est toute neuve encore, et c'est par les résections qu'elle sera élucidée. En effet, les chirurgiens qui pratiquent ces utiles opérations ne se résignent plus à accepter d'avance les résultats très variables qu'elles four-

---

d'existence de la presse médicale à Paris. Ces conditions, cherchez qui les a faites, cherchez qui les subit, cherchez qui a dépensé un capital de près de 100 000 francs pour lutter contre elles, et votre critique, alors judicieuse et éclairée, prendra l'autorité que l'injustice et l'erreur lui enlèvent aujourd'hui. » (*Union médicale*, n° 9.)

Nous laisserons là le côté légal de la question, débattu entre MM. Diday et Latour, pour nous en tenir au côté moral, qui nous touche davantage. Et d'abord, constatons bien le sens et la portée de nos remarques. Il ne s'agit aucunement de mettre en suspicion la considération des rédacteurs ou propriétaires des journaux de médecine qui croient pouvoir insérer, n'importe à quelle place, sous forme d'annonce ou sous forme de réclame, des notes destinées à vanter tel ou tel remède, tel ou tel mode de traitement. L'intention mesure ici la valeur morale de l'acte. Il est des gens très respectables, très probes, qui trouvent dans les mœurs de la société moderne ou dans des principes de droit social un motif légitime à l'industrie des annonces médicales; c'est l'affaire de leur conscience; mais, par une juste réciprocité, nous revendiquons le droit de trouver cette manière de voir mauvaise, détestable, préjudiciable à la dignité professionnelle; d'y signaler un encouragement donné au charlatanisme dans un lieu où il ne devrait rencontrer que réprobation; de voir avec peine le rôle étrange, inique, faux, contradictoire, de ce journalisme qui se dresse de toute sa hauteur contre les charlatans, qui organise contre eux des associations, qui les poursuit devant les tribunaux, qui leur demande des dommages-intérêts, portant lui-même au cou la marque de ses marchés d'argent avec ces spéculateurs du mensonge et de la cupidité.

Ce droit reconnu, n'y a-t-il pas lieu d'en user plus particulièrement envers le journal qui représente les intérêts moraux de l'association des médecins? « De quel droit me parlez-vous ainsi, dit M. Latour? » Eh! de quel droit interpelle-t-il lui-même, de temps à autre, de quel droit interpellons-nous tous, le confrère que nous avons jugé manquer aux devoirs profes-

missent quand le travail réparateur est laissé à la seule bienveillance de la nature. Ici une mobilité exagérée qui fait du membre reséqué une sorte de fléau sans solidité; là une rigidité presque aussi funeste, qui abolit tout espoir de mouvements. Ils s'attachent, suivant les cas et les régions, à reproduire, plus ou moins fidèlement, les conditions normales de la partie reséquée, cherchant surtout la mobilité pour les pseudarthroses du membre supérieur, la solidité pour celles du membre inférieur, etc. Mais si le but est tracé, les moyens ne sont pas encore nettement formulés; on tâtonne, on observe, et il est clair qu'en outre des règles générales il en faudra poser de particulières pour chaque articulation prise isolément. Cherchons donc de notre côté.

Mais prenons les choses d'un peu loin. La formation d'une pseudarthrose maxillaire appartient à la chirurgie réparatrice. C'est une anaplastie indirecte, palliative, corrigeant une difformité permanente inattaquable de front par une autre difformité qu'il s'agit de rendre également permanente. Voilà le but; quant au moyen, la lésion est une difformité par synthèse; l'opération doit être une diérèse, c'est-à-dire la séparation de parties continues.

Or, pour tracer logiquement et à priori le plan d'une opération anaplastique, il suffit d'étudier les procédés que la nature emploie pour produire une difformité semblable à celle qu'on veut réaliser par l'art et dans un but thérapeutique. C'est ainsi, par exemple, que pour créer un anus artificiel permanent, il faut connaître et reproduire les conditions anatomiques qui président à l'établissement d'un anus contre nature incurable spontanément, d'où, pour en revenir à notre sujet, nous devons choisir entre les diverses variétés anatomiques de la pseudarthrose, celle qui est le plus sûrement permanente, et nous efforcer de faire naître cette variété.

Les pseudarthroses se présentent sous trois formes principales (1) :

1° Les extrémités osseuses sont directement réunies par un cal fibreux plus ou moins long, plus ou moins épais; c'est la *pseudo-synarthrose*;

2° Les extrémités osseuses restent libres et mobiles l'une sur l'autre, mais sont réunies par une sorte de cal fibreux périphérique, qui représente la capsule ligamenteuse des articulations ordinaires; c'est la *pseudo-diarthrose*.

3° Les extrémités osseuses se cicatrisent isolément au sein des parties molles; elles sont désunies, indépendantes l'une de l'autre et très mobiles par conséquent; elles adhèrent lâchement entre elles et aux parties molles voisines par des liens fibreux, faibles et incomplets; c'est la *pseudarthrose libre et flottante*.

Les chirurgiens qui ont publié des succès à la suite de la section de la mâchoire, se sont contentés de dire que la pseudarthrose était bien établie, mais sans indiquer précisément sous quelle forme. Seul, M. Rizzoli donne quelques renseignements; dans sa première observation il est dit que les deux bouts isolés se recouvrirent d'une cicatrice analogue à la muqueuse buccale, et restèrent toutefois en rapport au moyen d'un tissu extensible, ne ressemblant pas au tissu inodulaire, mais bien à un tissu muqueux physiologique. Tout ceci n'est pas fort clair. Dans la deuxième observation on note que les deux fragments, écartés l'un de l'autre, sont recouverts d'un tissu cicatriciel ayant les caractères d'une membrane muqueuse. Deux fortes brides, l'une antérieure, l'autre postérieure, mettent les bouts osseux en communication pour former une pseudarthrose très mobile; pas d'autres détails. De leur côté, MM. Wilms et Dittl, parlent seulement d'un cal fibreux, d'un tissu fibreux intermédiaire.

De ces notes, beaucoup trop concises, on devrait déduire qu'après la section de la mâchoire, on peut observer les trois formes principales de pseudarthroses, que le succès peut être durable avec la première venue de ces formes, et contradictoirement, conclure ou qu'il n'y a pas lieu de se préoccuper de la variété qui prendra naissance ou qu'on peut à volonté produire celle qu'on voudra. Mais ceci nous rejetterait dans l'incertitude et ne nous apprendrait point à prévenir les récidives par malheur trop avérées.

En l'absence de données précises, il nous faut donc raisonner encore.

Si nous considérons l'indépendance absolue des fragments comme la condition la plus précieuse, il est évident que nous devons tout faire pour obtenir la troisième forme, c'est-à-dire la pseudarthrose flottante, ou au moins la pseudo-diarthrose ou deuxième forme. Mais la moindre réflexion suffit pour montrer que les dispositions anatomiques de la cavité buccale diffèrent trop de celles qu'on observe au centre des membres, pour que les pseudarthroses qui résultent de

(1) J'adopte ici la classification donnée par mon excellent ami le docteur Denucé (de Bordeaux), et j'utilise largement les idées générales qu'il a consignées dans un travail récemment paru dans le tome V des *Mémoires de la Société de chirurgie*, travail remarquable comme tout ce qui émane de la plume de ce chirurgien distingué.

---

sionnels? Du droit que nous puisons dans la solidarité qui est la vie de la corporation. Et quand, au lieu de cette corporation dont les liens sont trop lâches pour retenir efficacement toutes les convoitises, nous avons formé une association distincte, plus compacte, plus cohérente, plus étroitement solidaire en un mot que la grande agglomération, et qui imposé des garanties préalables d'honorabilité, il nous serait interdit de regarder à la conduite professionnelle de celui qui porte la parole en notre nom; bien plus, qui nous catéchise parfois et nous prêche morale! C'est une concession que ne sauraient faire les moins difficiles. Médecin, nous nous sentons moins de droits, en pareille matière, contre un confrère quelconque, que, membre de l'Association, contre un de ses dignitaires. Le fauteuil d'un secrétaire général n'est pas une niche, et M. Latour n'est pas... ce qu'on y met souvent.

Quoi qu'il en soit, M. Latour a répondu, et, nous le déclarons, si quelque chose pouvait nous affermir dans notre haine des annonces médicales, ce serait l'inanité de cette défense, où l'excuse des circonstances atténuantes et de l'irresponsabilité personnelle tiennent une si grande place. Pas d'autres arguments que ceux-ci, dont le bon sens public aurait fait justice tout seul quand même on n'aurait pas pris la peine de les réfuter cent fois. L'annonce n'est pas dangereuse, s'adressant aux médecins; elle est d'ailleurs séparée du corps du journal. Traduction : autrefois un industriel qui voulait annoncer un remède dans les journaux politiques leur envoyait une note qui signifiait : « J'offre au public une pommade contre le cancer ou une poudre contre l'épilepsie »; et, pour donner quelque couleur d'autorité à ses promesses, il la mettait faussement sous le patronage d'une société savante ou de l'Académie de médecine elle-même. Maintenant, il porte d'abord la note à l'Union médicale, par exemple, puis la passe au Siècle ou au Constitutionnel avec ce petit en-tête : « On lit dans l'Union médicale »; ou bien : « L'Union médicale apprécie l'utilité de ce remède dans les termes suivants ». Et voilà, pour l'industriel, le grand, le vrai bénéfice de l'annonce dans les

la section du maxillaire, ressemblent à celles qui naissent entre les fragments des autres pièces du squelette.

Cette section, en effet, donne invariablement naissance à un espace plus ou moins large qui communique librement avec la cavité de la bouche. Les parties molles qui entourent l'os ne sont pas susceptibles de s'interposer entre les bouts séparés. Les productions fibreuses, développées à la périphérie des fragments et servant à les relier l'un à l'autre, ne pourront jamais former une capsule complète; ils pourraient exister vers le bord inférieur de la mâchoire, mais manqueraient toujours au niveau du bord supérieur recouvert par la gencive; donc, les deux dernières formes de pseudarthroses, et surtout la seconde, ne sont point réalisables à la mâchoire inférieure. Voyons donc en réalité ce qu'on peut obtenir.

Aussitôt après la section, la plaie est constituée de la manière suivante : d'abord, en regard l'une de l'autre, les deux surfaces de section, d'autant plus étendues que l'os est plus épais et plus large; à la périphérie, une plaie en forme de gouttière ouverte en haut, d'autant plus large d'avant en arrière que l'écartement, entre les bouts osseux, est plus considérable (que cet écartement résulte d'une perte de substance par résection ou d'une abduction artificielle par corps étranger ou appareil diducteur), d'autant plus large de haut en bas, que la partie recouverte de gencive sera plus restreinte.

La période de cicatrisation venue, les deux régions interosseuse et péri-osseuse de la plaie seront le siége d'un travail agissant en commun pour rapprocher les bouts séparés et les consolider, ce qui est important à noter, puisque c'est contre cette tendance qu'il faut lutter.

Région interosseuse. — Les surfaces de section se recouvrent de bourgeons charnus; si ceux-ci sont abondants, s'ils peuvent arriver au contact et se souder, ils produiront inévitablement un cal fibreux intermédiaire, variable en épaisseur, en longueur, en solidité; et qui, subissant l'atrophie inodulaire, rapprochera de plus en plus les surfaces osseuses; si plus tard l'ossification s'empare de ce cal fibreux, la récidive est assurée.

Région péri-osseuse. — Même production de bourgeons charnus se continuant avec ceux qui tapissent les surfaces de section, se confondant par conséquent avec le cal fibreux, et formant autour des bouts osseux une demi-virole inodulaire, qui tend, par sa rétraction plus ou moins énergique, à les réunir et à les mettre en contact intime; rien ne peut empêcher la formation de cette demi-capsule cicatricielle.

En résumé, c'est donc à une pseudarthrose de la première espèce qu'on aura le plus souvent affaire, et tous les efforts devront tendre à ne laisser produire qu'un cal fibreux mince, long, extensible, non susceptible d'ossification, et permettant la mobilité des fragments. Cependant on peut concevoir la possibilité d'une autre disposition qui préviendrait efficacement la récidive. Supposons qu'au lieu de pouvoir se mettre au contact et se souder, les bourgeons charnus restent à distance pendant un temps suffisant, ils s'atrophieraient sur place, se recouvriraient d'épiderme et formeraient à chaque moignon osseux un tégument muqueux qui, n'étant pas susceptible d'adhésion, les maintiendrait pour toujours isolés. La cavité de la pseudarthrose formerait un diverticulum de la grande cavité buccale ; les os ne seraient maintenus en contact que par la cicatrice de la périphérie. En admettant qu'au fond de la plaie il se produise un cal fibreux d'une certaine épaisseur, la fausse articulation maxillaire figurerait une sorte d'amphiarthrose, à surface moitié continue, moitié contiguë; plus cette dernière l'emporterait, plus l'indépendance des fragments, et par conséquent le succès seraient complets. Malheureusement, la possibilité d'amener les choses à ce point est encore fort problématique; occupons-nous seulement des moyens de faire naître un cal fibreux dans les qualités requises plus haut.

Trois moyens s'offrent à nous; ce sont naturellement les trois causes principales qui président à la formation des pseudarthroses accidentelles.

Interposition des parties molles. — Ce moyen paraît, au premier abord, d'une application difficile; cependant l'anaplastie est en possession de nombreux procédés de diérèse, pour assurer l'isolement des parties dont on veut empêcher la réunion; en y réfléchissant, on pourrait sans doute utiliser certaines de ces ressources, soit créer une commissure au fond de la plaie, au niveau du bord inférieur du maxillaire, soit coiffer l'un des bouts osseux avec un lambeau muqueux ou cutané, en ayant soin de tourner vers le bout opposé la surface recouverte d'épithélium. Je ne reculerais pas devant l'idée d'établir temporairement une ouverture allant de la cavité buccale jusqu'à la peau, et qu'on fermerait plus tard quand les moignons osseux seraient bien isolément cicatrisés. On pourrait encore, comme M. Trélat y a songé, se servir d'un lambeau périostique qu'on appliquerait sur une

---

journaux de médecine. A qui fera-t-on croire, et les rédacteurs ou propriétaires de ces journaux peuvent-ils croire eux-mêmes, que c'est pour le corps médical, pour faire appel à sa compétence, qu'ils accueillent journellement ce ramas de sottises qu'on ne débiterait pas au moindre infirmier : ces *bonbons* qui guérissent « *avec certitude* de succès *toutes* les affections d'estomac qui rendent les digestions difficiles ou impossibles » (*Union médicale*); ce sirop amer, « bien supérieur à tous les calmants préconisés du système nerveux » (*ibidem*); ce biscuit purgatif « qui a la propriété *bien constatée* de n'irriter *jamais*, et d'être supporté par *tous* les estomacs » (*ibidem*); ces pilules qui « agissent *toujours* et calment *toutes* les névralgies les plus rebelles *en moins d'une heure* » (*ibidem*), etc., etc., etc. Mais si tout cela ne devait pas sortir du cabinet du médecin, la presse médicale serait la plus détestable et la plus injurieuse des bouffonneries! Que venez-vous dire, après cela, que toutes ces belles inventions sont reléguées à la fin du numéro? Oui, ainsi que l'a dit un peu crûment notre ami Diday, comme les latrines au fond de l'appartement. Mais les sentines, publiques ou privées, sont une nécessité; ce qu'on y relègue se reconnaît aisément, et l'on ne risque guère de le prendre pour autre chose, tandis que vos annonces, quand elles ont passé, avec votre recommandation, dans la presse extra-scientifique, apparaissent au public comme des oracles de la science, — ce qui ne laisse pas que de nous faire honneur. Ah! vous reculez les annonces jusqu'au delà de votre signature? Et pourquoi, si elles s'adressent aux médecins? Ou vous leur parlez sérieusement thérapeutique, et alors il faut endosser la responsabilité du texte; ou vous voulez rire, et alors vous vous moquez d'eux.

M. Latour a bien peu pesé les termes de sa défense. « C'est moi, dit-il, qui ai banni les annonces du corps du journal » en faisant adopter par l'administration de l'UNION MÉDICALE la combinaison qui a placé les annonces sur la couverture, (toutefois en inscrivant sur cette couverture même, ainsi que le remarque encore M. Diday, le titre entier de ce journal des intérêts moraux et professionnels). Mais soit : l'*annonce* à

des surfaces de section en tournant vers la cavité de la pseudarthrose la face externe de cette membrane qui, comme on le sait, ne produit pas de lymphe ossifiable. En théorie, ces moyens sont admissibles, resterait seulement à les transporter dans la pratique.

Mobilisation des fragments. — Presque tous les chirurgiens recommandent de faire mouvoir, le plus souvent possible, les deux pièces séparées du maxillaire, dans le but d'établir la pseudarthrose, ou du moins de la rendre lâche et extensible. Ils étayent sans doute ce précepte sur l'influence que la mobilité des fragments exerce comme cause de non-consolidation des fractures, mais ils n'ont peut-être pas suffisamment tenu compte de l'action curative de ces mêmes mouvements; de temps immémorial, on a guéri des pseudarthroses en frottant les fragments l'un contre l'autre, et l'usage du membre, véritable friction naturelle, a procuré plus d'une consolidation inespérée. La pseudarthrose maxillaire établie, qui sait si les mouvements réitérés de mastication ne prédisposent pas le cal fibreux à l'ossification? A la vérité, on peut répliquer que l'immobilité et la coaptation exacte sont encore plus favorables à l'ossification. Quoi qu'il en soit, la chose vaut, je crois, la peine qu'on y songe.

Écartement des fragments. — C'est le moyen qui, d'un commun accord, assure le mieux la formation d'un cal fibreux; celui-ci devrait être d'autant plus faible, d'autant plus lâche, d'autant plus efficace, par conséquent, qu'une distance plus grande séparerait les surfaces de section; de là le conseil de faire, non pas la section, mais bien la résection de la mâchoire; ceux-ci en enlèvent un centimètre, d'autres davantage. Or, il y a plusieurs objections sérieuses à faire à cette pratique : 1° Elle n'est pas indispensable, puisque M. Rizzoli s'en est passé sans avoir à s'en repentir; 2° la suppression d'un segment de la mâchoire a l'inconvénient d'amener une déviation inévitable dans la portion mobilisée; 3° la résection, à moins d'être excessive, n'amène qu'un écartement illusoire, car la pression continue, exercée primitivement par les lèvres et les joues consécutivement par l'inodule que l'opération fait naître; la pression, dis-je, affrontera bientôt les bouts osseux; 4° ce qui est grave, comme toutes les démonstrations à posteriori, MM. Marjolin, Deguise et Bauchet ont retranché un segment de l'os, ce qui n'a servi à rien.

L'insuffisance de la résection étant manifeste, nos collègues de la Société ont dit que la perte de substance n'avait pas été assez grande. Si 2 centimètres sont trop peu, a dit M. Chassaignac, prenez-en 3, prenez-en 4. A quoi M. Boinet, renchérissant, a répondu en proposant jusqu'à l'ablation de la moitié correspondante de la mâchoire, ce qui nous semble bien radical, car, à l'extrême, on pourrait se contenter d'extirper la portion répondant aux adhérences géno-maxillaires, ce qui serait encore fort sérieux en présence de la difformité qui suit les résections pathologiques un peu étendues.

En somme, la résection n'a pas d'autre but que d'obtenir l'écartement permanent ou du moins prolongé. Si elle n'y parvient pas, et si le même effet peut être acquis par d'autres moyens, c'est à ceux-ci qu'il faut s'en tenir. Or, il y a dix manières pour une de tenir les surfaces à distance, il ne faudra que de la persévérance. Je me contenterai d'énumérer les expédients : interposition de corps étrangers, appareils de gutta-percha construit suivant les principes donnés par M. Morel-Lavallée. Ce chirurgien nous disait qu'il se faisait fort de maintenir tant que l'on voudrait, et au degré que l'on voudrait l'écartement demandé. Appareils mécaniques que la prothèse dentaire, si perfectionnée, saurait bien approprier au but spécial, etc.

Si j'ajoute enfin qu'il est possible d'amoindrir l'épaisseur et la force du cal fibreux en modifiant la coupe de l'os, en taillant par exemple les deux bouts en biseau aux dépens de la face externe ou en reséquant un fragment en forme de V, comme cela a été fait récemment en Angleterre, j'aurai montré que la chirurgie n'est pas désarmée contre l'éventualité de la récidive, et qu'elle triomphera certainement des difficultés du problème.

Les insuccès constatés en France ne seront donc pas sans utilité; ils exerceront l'esprit ingénieux des chirurgiens et assureront ainsi l'avenir de la méthode. Lorsque j'ai écrit mon mémoire, ces difficultés n'étaient ni signalées, ni prévues; je n'avais donc point songé à les examiner; mais, aujourd'hui, il en est autrement, c'est pourquoi j'ai cru nécessaire d'aborder de front l'obstacle et d'indiquer de quelle façon on pourra le surmonter, ce qu'expliquent les longs développements qui précèdent.

A. VERNEUIL.

---

tué la *réclame* dans l'UNION; nous en félicitons M. Latour, dont la parole nous suffit. Mais pourquoi faut-il que cette ère vertueuse date seulement de deux ou trois années, c'est-à-dire du jour où l'UNION a accepté le traité avec un courtier d'annonces, que nous avons cru devoir refuser, pour notre part, et dont nous avons entretenu nos lecteurs? Jusque-là, *pendant treize ans*, qu'avait donc fait l'UNION? Nous sommes charmé qu'elle le dise elle-même; elle avait *adouci* de son mieux ces « conditions d'existence de la presse médicale » qu'elle reproche à M. Diday de ne pas connaître. A cet égard, nous pouvons le dire sans vanterie, tous les éclaircissements que l'UNION ou d'autres feuilles jugeraient à propos de fournir sur ce sujet ne nous seraient pas d'une grande utilité. Nous aussi, dans l'enfance de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, nous avons eu l'honneur de recevoir la plupart des industriels qui ont affaire avec les journaux de médecine, et nous ne les avons guère éconduits sans nous bien renseigner préalablement sur ce petit commerce, sur ses habitudes, sur son étendue, sur les parties du domaine de la presse où il fleurit de préférence. Nous savons au plus juste le cours de la place : combien de numéros tirés à part aux frais du preneur; quelle somme pour un article sur certaines pilules; combien d'actions gratuites pour un feuilleton sur une eau minérale exploitée en société. Quelquefois même, — une confidence en vaut une autre, — nous avons poussé l'obligeance jusqu'à indiquer à l'industriel la porte à laquelle il pouvait aller frapper à coup sûr au sortir de notre cabinet, et nous savons pertinemment que, en général, notre conseil a été bon. Qu'on n'oublie pas qu'il s'agissait ici, non plus d'annonces sur la couverture, mais d'articles bel et bien signés des rédacteurs, quelquefois même du rédacteur en chef, et devant lesquels, par conséquent, la responsabilité de celui-ci ne *s'éteignait* nullement.

N'insistons pas. La réclame était pire que l'annonce parce qu'elle pouvait tromper à la fois le public et le corps médical; si l'annonce l'a tuée, elle a rendu un vrai service, à peu près comme ces animaux malfaisants dont la fonction est d'en dé-

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine pratique.

De la contracture du masseter, par le docteur Germain, médecin adjoint des hospices de Château-Thierry.

Il est une affection légère de la bouche qui, probablement à cause de sa rareté et du peu de gravité qu'elle présente, n'a pas, que je sache, encore été décrite.

Je donne à cette affection le nom de contracture, pour ne pas préjuger la nature du mal. La contracture du muscle est le fait principal et dominant. Quelle est la cause de la contraction? Est-ce l'inflammation de la masse musculaire, ou bien se produit-elle par effet réflexe? C'est là une question qui présente quelque difficulté.

Je ne sais si cette affection naît quelquefois spontanément; la chose, sinon probable, n'est pas impossible ; mais je ne l'ai pas vue survenir sans une cause immédiate. Dans les cas que j'ai rencontrés, et qui m'ont suggéré ce travail, la dernière dent molaire était le point de départ et la cause du mal, et, pour bien faire comprendre la manière dont il se produit, il sera bon de rappeler ici quelques notions anatomiques.

Les insertions inférieures du muscle masséter se font soit directement, soit par l'intermédiaire d'une aponévrose d'attache. Celles antérieures peuvent se faire quelquefois jusqu'en avant de l'angle de la mâchoire. De son côté, la dernière grosse molaire à la mâchoire inférieure est implantée tout près de ce même angle, et, par conséquent, tout près aussi des insertions antérieures du muscle masséter.

Plus ces insertions musculaires se feront en avant de l'angle, plus elles se rapprocheront de la grosse molaire et plus l'individu chez lequel se rencontreront ces dispositions anatomiques sera exposé à l'affection que nous allons décrire.

Après avoir pendant quelque temps éprouvé certains accidents au fond de la bouche, accidents dont la cause lui est connue et dont il s'inquiète peu, le malade ressent un jour une gêne d'une nature particulière, et qui ne ressemble plus à ce qu'il éprouvait précédemment.

Les mouvements de la mâchoire sont un peu difficiles, moins étendus; il y a comme de la roideur. Le muscle masséter est le siége d'une douleur sourde et diffuse, que le malade cherche à soulager en couvrant la joue et le pavillon de l'oreille avec la main. Les dents se serrent instinctivement, et cette contraction permanente engendre une fatigue douloureuse qui envahit le crotaphyte lui-même, si bien que le côté tout entier de la tête est endolori.

Cet état dure toute la journée. Le malade a mangé avec difficulté, tant à cause des accidents locaux qu'à cause de la douleur générale et de la gêne de la mastication. Vers le soir les accidents se sont un peu aggravés, les mouvements de la mâchoire sont plus difficiles; parler même devient une chose pénible; mais comme la douleur n'est pas très vive, le malade se couche sans inquiétude, cherche la chaleur qui doit le soulager en enfonçant le côté malade de la tête dans l'oreiller, et ne tarde pas à s'endormir. Quand il se réveille, il constate que la douleur n'a pas augmenté, mais il est tout étonné de ne plus pouvoir ouvrir la bouche. Toute tentative faite dans ce but cause des douleurs intolérables et sans résultats; la mâchoire inférieure est immobilisée par une force qui paraît insurmontable. Les arcades dentaires ne sont pas cependant serrées, comme dans le tétanos ; elles peuvent encore être séparées et s'éloigner l'une de l'autre de 2 ou 3 millimètres; mais le chevauchement de la mâchoire supérieure au-devant de l'inférieure rend impossible la pénétration d'aucun aliment solide, les liquides seuls pénètrent facilement et permettent d'alimenter le malade.

Ces accidents, bien qu'étant toujours produits par la dernière molaire, peuvent l'être de deux manières, qui impriment à la maladie une physionomie et surtout une durée bien différentes.

Dans le premier cas, le malade a une mauvaise dentitre, dont il lui arrive fréquemment de souffrir. La dernière molaire est cariée, et à sa base survient un abcès gingival. Le malade, habitué à ces accidents, y fait peu d'attention d'abord, mais bientôt la gencive se tuméfie, s'enflamme, et les accidents que nous avons décrits ne tardent pas à survenir. C'est à ce moment que le médecin est appelé. Jusqu'alors, la douleur étant peu vive, le malade, habitué aux maux de dents, avait pris patience, mais, effrayé de l'immobilité de la mâchoire, il songe enfin à réclamer les secours de l'art.

Dans le second cas, les accidents se produisent d'une manière toute différente. Il arrive, lorsque les attaches du muscle masséter se font jusqu'en avant de l'angle de la mâchoire, qu'au moment de l'évolution de la dent de sagesse, celle-ci est obligée de se frayer un chemin à travers les attaches musculaires et aponévrotiques.

Quand la dent de sagesse doit ainsi traverser des tissus autres que ceux qui constituent la gencive, elle sort à travers des tissus fibreux et musculaires. Aussi n'est-il pas étonnant qu'elle se comporte au milieu d'eux bien différemment de ce qui arrive à l'état normal. Quand la dent sort en pleine gencive, celle-ci s'attache à elle et n'est nullement irritée de son contact. Dans le cas qui nous occupe, au contraire, la dent est, par rapport à ces tissus musculaires et fibreux, un corps étranger dont la présence produit une inflammation d'abord aiguë, ensuite chronique. Les bords des tissus traversés s'enflamment, suppurent; il y a là comme une plaie ulcéreuse. La contracture n'attend pas tous ces accidents pour se produire, elle ap-

---

truire d'autres qui ne valent pas mieux. Il nous sera permis seulement d'appeler l'attention sur cette théorie de la nécessité, en vertu de laquelle la presse médicale croit pouvoir marcher au rebours de la dignité jusqu'au point où le commandent ses besoins : jusqu'à l'annonce seulement, si cela suffit; jusqu'à la réclame, s'il le faut. Le triste argument que celui-là! Quand vous l'avez invoqué à votre profit, de quel front oseriez-vous flétrir, rejeter des sociétés savantes, de votre association même, ce malheureux praticien qui demande son pain aux affiches du carrefour? C'est lui qui pourrait se couvrir de ses « conditions d'existence », s'il y avait jamais des excuses à la forfaiture, et si la mendicité, l'hôpital, la mort, ne valaient pas mieux que la honte! La misère, invincible obstacle à la clientèle; les inexorables besoins de chaque jour; une famille en détresse; la révolte du malheur contre la société, contre vos propres institutions de secours; quelles tentations terribles pour ce pauvre confrère qui ne s'est pas créé cette situation autrement que par le choix malheureux d'un état! Les journaux, au contraire, qui les force à naître? A qui la faute s'ils pullulent? Qui a fait leur concurrence, si ce n'est eux-mêmes? Quelle nécessité enfin de les garder?

Bon! réplique M. Latour, l'Association n'y regarde pas de si près que vous; « je suis ce que j'étais, j'étais ce que je suis» quand elle m'a élu par acclamation. Le fait est vrai, mais la conséquence est erronée. Notre collègue se fait une profonde illusion s'il croit que, chez lui, le journaliste ne porte aucun tort au secrétaire général. Sa responsabilité personnelle mise hors de cause autant qu'il le voudra, les annonces actuelles de l'Union, ses réclames d'hier, sont loin de paraître à tous les membres pouvoir s'allier décemment avec sa position à l'égard de l'Association. C'est une question de sentiment : la casuistique n'y peut rien. Nous ne mettons pas en doute l'existence des lettres par lesquelles M. Latour se dit encouragé dans sa polémique avec M. Diday; mais nous pourrions lui en montrer d'autres, dont une toute récente (1), pleine de sévérités auprès

(1) Nous croyons devoir avertir l'auteur de cette lettre que nous craignons de ne pas lire exactement sa signature, ce qui nous empêche de lui répondre.

paraît au début et peut empêcher de reconnaître, si l'on n'en est pas averti, la cause et la nature du mal. Il est impossible pour le médecin de visiter le fond de la bouche. Le malade, bien qu'il cherche à explorer avec sa langue ce qui s'y passe, ne peut y parvenir que bien imparfaitement, et ne donne que des renseignements insuffisants. On comprend combien doit être grand l'embarras du médecin s'il n'a jamais rencontré, s'il n'a jamais entendu parler de ces accidents.

Par suite de la contracture, la plaie ulcéreuse qui occupe la commissure des mâchoires ne peut pas être détergée; la muqueuse enflammée se gonfle, se boursoufle, se plisse et emprisonne en partie les liquides sécrétés qui séjournent et engendrent une odeur insupportable. Ces circonstances favorisent le développement du mal; la fluxion inflammatoire s'étend au loin jusque dans le pharynx; les amygdales se congestionnent, et il survient un besoin de salivation et une difficulté de déglutition qui, pour leur part, contribuent à rendre la position du malade plus pénible.

Dans ce second cas, les phénomènes de douleur et de contracture se produisent exactement de la même manière que dans le premier; mais pour la durée du mal, c'est toute autre chose. Dans le cas d'un abcès gingival, la maladie suit une marche déterminée par celle même de l'abcès. Celui-ci une fois ouvert, l'inflammation disparaît rapidement, et en même temps la contraction diminuant de violence, la mâchoire, en peu de temps, recouvre la plus grande partie de ses mouvements. Mais quand la dent de sagesse est la cause du mal, celui-ci a une durée bien plus longue, puisqu'elle est subordonnée au temps que met la dent à faire son évolution. Heureusement que le développement de ces dents étant ordinairement incomplet, la couronne s'élève moins au-dessus de l'alvéole, cause moins de désordre, et a plus rapidement terminé son mouvement de sortie.

On sait que, même dans ce cas, ce mouvement dure néanmoins assez longtemps; ce n'est que lorsqu'il est terminé, au bout d'un mois ou cinq semaines, que les accidents inflammatoires s'amendant, la contracture diminue et la bouche peut s'ouvrir un peu. Si alors, et c'est loin d'être facile, on peut parvenir à enlever la dent cause de tant de mal, la guérison ne tardera pas à suivre. La mâchoire recouvre des mouvements assez étendus pour rendre la mastication possible, mais non pas l'intégrité complète de ses fonctions; elle restera comme bridée pendant un temps d'autant plus long que la contracture aura persisté plus longtemps, et, au bout de six mois, la bouche ne s'ouvrira peut-être encore qu'incomplétement.

En général, lorsque le médecin connaît cette affection, le diagnostic en est facile. Il est impossible de la confondre avec le tétanos, et la seule difficulté véritable ne peut résider que dans la détermination de la cause. Dans les cas que j'ai rencontrés, la dernière molaire était le point de départ du mal; mais il se pourrait qu'une affection spasmodique chez une jeune fille ou chez une femme chloro-anémique plus ou moins hystérique simulât à s'y méprendre le mal qui nous occupe, et, dans ce cas, l'erreur pourrait être très préjudiciable à la patiente si l'on s'obstinait à appliquer un traitement autre que la médication antispasmodique, qui est seule appelée à réussir dans ce cas; mais toutefois l'erreur ne saurait être de longue durée, car il est impossible que l'immobilité de la mâchoire soit aussi complète et aussi durable.

Il est encore une circonstance où l'erreur est possible : sous l'influence, soit de la diathèse rhumatismale, soit de toute autre, certains muscles de l'économie sont quelquefois pris de contracture violente et durable, et on comprend que le muscle masséter puisse être envahi aussi bien qu'un autre; mais, dans ce cas, les prodromes sont tels que l'erreur est difficile, pour peu que l'on ait affaire à un malade un peu intelligent et qui sache exprimer ce qu'il éprouve.

Je suppose maintenant que l'erreur était impossible. Le diagnostic est parfaitement établi, la contracture dépend de la dernière molaire. Quel est le traitement à conseiller? En vérité, c'est là que commence la difficulté, et elle est telle que nous sommes disposé à recommander l'expectation aidée de quelques moyens propres à soulager le malade et qui auront, en outre, l'avantage de lui faire prendre patience. En général, et à moins de circonstances de tempérament toutes particulières, la médication antiphlogistique générale ne doit pas être employée contre une affection locale et n'entraînant aucune réaction. Ainsi, pas ou peu de douleur, pas de fièvre, sommeil possible et appétit assez conservé pour pouvoir même être une cause d'embarras. D'autre part, une application de sangsues sur la partie malade ne paraît pas devoir être d'une grande utilité, et elle peut être quelquefois formellement contre-indiquée en raison de la constitution du sujet.

Ce qu'il faut faire, c'est le plus tôt possible de percer l'abcès s'il s'en forme un à la base de la dent malade et que l'on puisse l'atteindre; ensuite, et ces pratiques sont applicables aussi dans le cas d'évolution dentaire, il faudra gargariser souvent avec de l'eau de guimauve légèrement opiacée, afin d'empêcher le pus de séjourner dans la bouche et d'amoindrir la douleur. Pendant la nuit, un cataplasme sera utile, surtout si l'inflammation s'étend jusque dans l'arrière-bouche. Si elle a envahi la trompe d'Eustache, un peu de coton dans l'oreille est indispensable, et quelques gouttes d'huile de jusquiame introduites dans le conduit auditif externe peuvent combattre efficacement la douleur. Pendant le jour, un gâteau de ouate devra être maintenu sur la joue, que l'on oindra d'extrait de belladone ou au moins d'une pommade belladonée.

Si la douleur, ordinairement assez obscure, était cependant assez vive pour empêcher le sommeil, comme il pourrait arri-

---

desquelles les nôtres passeraient à ses yeux pour des complaisances. Il « dédaigne », il est vrai, ces sortes de plaintes; mais il ne songe pas assez que ceux dont les instincts sont différents pourraient à leur tour dédaigner les sermons par lesquels on les convie à s'associer, et, de proche en proche, dédaigner l'Association elle-même : c'est, du reste, la conclusion formelle de plusieurs de nos correspondants. Nos actes nous dispensent de dire que nous ne mentionnons cette conclusion que pour déplorer qu'elle ait été rendue possible.

Nous arrêterons-nous maintenant à cette attaque de notre contradicteur : « Quant à l'Union médicale, son succès, voilà son crime. Des journaux qui ont la chlorose seraient bien aises de lui voir prendre les pâles couleurs, etc.? » C'est un parti pris, dans un groupe d'écrivains que nous pourrions désigner, de voir un mauvais sentiment dans toute opposition à leurs idées ou à leurs actes; il s'est fait parmi eux, depuis quelque temps, en prose et en vers, une grande consommation des *traits de l'envie*; l'envie qui est, songez-y bien, l'argument des petits esprits tout autant que la passion des petits cœurs. Dans la circonstance, le passage cité de l'Union est, en deux mots, une méchanceté maladroite. Il est d'une maladresse souveraine de parler de la chlorose des journaux, quand on vient d'avouer que son propre journal a « *dépensé un capital de cent mille francs* », et que ce sacrifice ne l'a pas sauvé de la nécessité de la réclame et des annonces; et, s'il était vrai autant qu'il est faux que la Gazette médicale de Lyon et la Gazette hebdomadaire eussent les pâles couleurs pour ne pas vouloir recourir à la même industrie, il serait cynique de le leur rappeler.

A. Dechambre.

ver surtout lorsqu'un abcès est en voie de formation, il faudrait administrer une potion avec quelques centigrammes de sel de morphine que l'on répéterait autant qu'il serait nécessaire.

L'alimentation offre quelques difficultés. Il ne pourra être introduit que des aliments liquides ou semi-liquides : lait, bouillon, potages au tapioca, bouillie de farine ou de riz. L'ingestion en sera plus ou moins facile, selon que la denture sera plus ou moins complète ; en somme, elle sera toujours possible, puisque nous avons vu que la contracture n'amenait pas la mâchoire dans un état d'immobilité absolue et de contact immédiat, mais qu'il restait un léger mouvement au moyen duquel un écartement de 2 ou 3 millimètres était possible.

Ne pourrait-on pas, en usant du chloroforme, obtenir un relâchement du masséter qui permettrait l'exploration de la bouche et l'ablation de la dent de sagesse? Je ne puis répondre à cette question. Je n'ai pas employé ce moyen, mais on comprend que l'action de cet agent doit dépendre beaucoup de la nature de la contraction : si elle est le résultat d'un effet nerveux réflexe, le chloroforme pourra agir; si, au contraire, le muscle est le siége d'une espèce d'inflammation, l'agent anesthésique n'aura aucun effet. On pourrait l'essayer, avec prudence toutefois, car en cas d'accident, si, par exemple, la langue en tombant dans la gorge rendait l'asphyxie imminente avant que le relâchement des mâchoires se fût produit, il serait impossible de porter secours au patient.

Je ne dirai rien non plus de l'injection d'une solution de sulfate d'atropine dans l'épaisseur du muscle masséter. Avant toutes choses, on devra se rappeler que cette affection finit par arriver, en quelque sorte, spontanément à une heureuse terminaison. En signalant cette marche de la maladie au malade, on l'engagera à prendre patience, et il se résignera d'autant plus facilement que, dans le cas dont la durée est la plus longue, c'est-à-dire lorsque le mal dépend de la dent de sagesse, la douleur est presque nulle, et que, dans le cas d'abcès gingival, si la douleur est un peu plus vive il sera, au bout de quelques jours, complétement guéri.

III

CORRESPONDANCE.

Sur le climat de l'Égypte.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Cher et honoré confrère,

En ma qualité d'ancien médecin sanitaire du gouvernement français au Caire, où j'ai résidé trois ans, j'ai lu avec le plus vif intérêt le livre de mon collègue, le docteur Schnepp, SUR LE CLIMAT DE L'ÉGYPTE, dont une analyse a été faite par M. Dutroulau, dans le nº 5 de votre excellent journal.

Avant d'étudier l'action de ce climat sur l'organisme malade, M. Schnepp a pensé devoir établir avec soin les différentes conditions relatives à la constitution du sol, puis à la météorologie des diverses stations de l'Égypte, qui lui semblent avec raison constituer autant de climats partiels. Cette première partie forme à elle seule la moitié de ce volumineux travail. On ne peut qu'applaudir à tout le zèle apporté par notre confrère à l'élucidation de ces problèmes, pour la solution desquels des documents précis et comparables font le plus souvent défaut. Il a enrichi ce répertoire assez pauvre à l'aide d'observations qui lui sont propres, recueillies surtout à Alexandrie, qui est malheureusement, sous tous les rapports, la moins favorable des stations hibernales de l'Égypte.

Dans la deuxième partie, l'auteur compare les différentes conditions météorologiques de l'Égypte à celles des stations d'hiver les plus renommées ; dans la troisième, il étudie les effets du climat de l'Égypte : il les recherche dans les mouvements de la population, dans les affections dominantes ; et les résultats auxquels il arrive, comparés à ceux des autres stations, l'amènent à cette conclusion, que le séjour de la vallée du Nil ne doit pas être recommandé aux malades atteints de tuberculisation pulmonaire.

J'avoue qu'il m'est impossible, en m'appuyant, soit sur mes observations, soit même sur la plupart des données de M. Schnepp, de trouver ses conclusions fondées.

Que résulte-t-il, en effet, des recherches auxquelles il s'est livré sur le climat du Caire et de la haute Égypte? Je néglige Alexandrie, qui ne peut sérieusement entrer en ligne de compte ; M. Schnepp reconnaît lui-même que, pendant l'hiver, il y existe des pluies abondantes ; cette ville sans abri est d'ailleurs exposée à tous les coups de vents, auxquels sont soumises un certain nombre de villes du littoral de la mer. Mais le Caire ?

Quand je me reporte à mes souvenirs d'il y a quinze ans (décembre 1847), je me rappelle l'impression délicieuse que fit éprouver à mes compagnons et à moi le passage de notre froid et brumeux pays à cette terre couverte d'une végétation splendide, avec un ciel presque constamment pur, un soleil toujours radieux. Je ressens encore, comme si elle datait d'hier, l'impression physique que nous causa cet air si doux, si chaud, cette atmosphère véritablement printanière. Et, lorsqu'en regard de ces frais et récents souvenirs, je vois le tableau presque sombre que pose devant nos yeux M. Schnepp, avec ses savantes tables météorologiques, j'avoue que je me demande si je n'ai pas été pendant bien des années la dupe d'un rêve éblouissant, qui doit céder enfin aux démonstrations de la triste réalité.

Cependant que nous dit M. Schnepp? Ce sont ses chiffres et ses observations que je vais citer. Pour la température d'abord, la moyenne du mois d'hiver est d'environ 15 degrés, la différence entre les moyennes des maxima et des minima pouvant aller à 10 degrés (p. 65); sont-ce là des variations bien grandes? Pour la pression barométrique, « les variations diurnes sont peu considérables » (p. 70), et, en outre, pendant l'hiver, cette pression est généralement élevée. La quantité moyenne d'humidité de l'air (p. 226) est égale à celle d'Hyères et de Nice, stations vantées sous ce rapport. « Sur le Nil, la sérénité du ciel est rarement troublée par des phénomènes électriques » (p. 232). « Les fortes chaleurs du jour sont tempérées par le souffle frais et légèrement humide qui s'élève de la mer ;... il est bien rare que ces vents du nord ne s'apaisent pas pendant la nuit » (p. 137).

Et dans les conclusions tirées des phénomènes météorologiques : « Il ne suffit pas, dit notre savant confrère (p. 235), de connaître la température moyenne d'un lieu,... d'y joindre les notions empruntées aux degrés d'humidité ou de sécheresse de l'air, à la direction et à la force des vents ; *il faut surtout au malade un ciel serein et des jours clairs* qui le disposent à puiser constamment dans l'atmosphère une alimentation réparatrice. »

D'après ces différents passages, à quelles conclusions semble-t-il que l'auteur dût arriver? Voici celle qu'il pose (p. 186) : c'est que le séjour de l'Égypte doit être évité par les phthisiques et même par la plupart des malades qui présentent des dispositions à la tuberculisation. Et pourquoi? C'est « non-seulement à cause des qualités débilitantes de l'air, — qualités sur lesquelles il ne me semble s'être nullement expliqué, — mais à cause des perturbations subites et profondes qu'amènent dans les phénomènes atmosphériques les vents du sud, qui arrivent déjà en février (c'est par une exception bien rare) et qui en chassent les malades bien avant la fin de l'hiver ».

Voici produite la grave objection du fameux *chamsyn*. Il n'est que trop vrai, dans les mois de mars et d'avril, on est exposé pendant quelques jours, parfois deux ou trois jours de suite, aux effets fâcheux de ce vent brûlant, desséchant, qui fait monter en quelques heures le thermomètre de 10 ou 15 degrés, et qui obscurcit l'atmosphère par les nuages de

poussière et le sable qu'il entraîne. Que les voyageurs pourtant se rassurent : cette perturbation de l'atmosphère ne se produit, pour ainsi dire, jamais pendant les quatre premiers mois d'hiver (de novembre à février), et généralement je conseillerais aux malades de quitter l'Égypte au mois de mars, et d'aller s'abriter dans quelqu'une des stations plus septentrionales, Palerme, Hyères ou Venise.

Mais, on le sait, le voyage au Caire entraîne presque forcément celui de la haute Égypte. Quels bons et splendides souvenirs m'ont laissés, comme à chacun, les deux excursions que j'y ai faites! Que nous apprend, à ce sujet, M. Schnepp? L'eau du fleuve sur lequel vous habitez durant plusieurs semaines est à une température presque constante de 16 degrés en hiver, et la chaleur de l'air à l'intérieur de votre conge est toujours supérieure à 15 degrés. Vous avez quelques démêlés avec vos mariniers, pauvres gens quelque peu rapaces, au fond d'une véritable bonhomie ; mais vous voguez librement, sans soucis sérieux, sur ce magnifique fleuve, dans une atmosphère d'une indicible pureté, avec un soleil presque constant. Que si les soirées sont fraîches, si les matinées sont voilées par quelque peu de brouillard, il est facile de se garantir de ces inconvénients, et les jours suivants se passent paisiblement pendant cette longue navigation, qu'interrompt souvent l'admiration pour les merveilles encore debout de l'ancien monde pharaonique.

Revenons au Caire. Le chamsyn, ai-je dit, n'est pas une objection; le voyageur doit s'y soustraire à temps. Les matinées, dites-vous, y sont froides; la température y descend quelquefois à 6 ou 8 degrés au-dessus de zéro. Mais n'est-il pas facile de s'en garantir pendant ces premières heures de la journée? Comment fait-on dans les autres stations hibernales où la chaleur est moindre? Je recommanderai avant tout de choisir un logement exposé au midi. Si le mouvement de nos malades se faisait sérieusement vers l'Égypte, je suis sûr qu'ils trouveraient bientôt au Caire le confortable que de mon temps on n'y rencontrait guère, et auquel il serait si facile d'arriver.

Mais enfin, quelles que soient ces conditions atmosphériques si favorables en apparence, au point de vue qui nous occupe, celui du choix d'un climat d'hiver pour les valétudinaires, pour les malades atteints d'affections de poitrine, il est une question qui doit primer toutes les autres. Que nous apprend l'expérience sur l'action de ce climat?

La mortalité est grande en Égypte, surtout parmi les enfants; il y a longtemps qu'on le sait. Hérodote déjà ne nommait-il pas l'Égypte « cette mangeuse d'hommes »? Les races qui s'y transportent, soit du nord, soit du sud, n'y vivent pas, ou du moins ne s'y perpétuent pas. Les Mamelouks, après quatre siècles de domination, n'y ont pas laissé un descendant, pas plus que les nègres et les Abyssiniens qu'on y a transportés.

Le pauvre peuple fellah, qui vit de privations, qui n'a pas un abri suffisant contre la fraîcheur des nuits, qui se nourrit de quelques végétaux crus, est décimé par la tuberculisation pulmonaire, surtout quand on le soumet à de rudes travaux, et tel est son sort éternel depuis la construction des pyramides jusqu'à l'établissement récent du fameux barrage du Nil.

Les chevaux et les mulets, mal nourris comme le pauvre peuple, écrasés comme lui de fatigue, succombent à la même maladie. De tous ces faits, que pouvez-vous conclure pour l'objet en question?

Pour l'étranger qui se fixe en Égypte, ce climat peut être difficile à supporter; mais s'agit-il pour nos valétudinaires d'y résider et d'y subir l'influence pénible d'un été brûlant, et celle plus fâcheuse de l'atmosphère chaude et humide que produit l'inondation? Non, le malade n'y passera que les quatre ou cinq mois de la saison la plus mauvaise en Europe. Et suivant la juste remarque du docteur Pruner, ce qui constitue le danger pour l'Éthiopien, transplanté pendant l'hiver d'un climat plus chaud dans un autre plus froid, représente précisément le bénéfice pour nous qui sommes dans les conditions inverses.

Que si ces vues théoriques, si rationnelles en apparence, et que des médecins sérieux croient avoir confirmées par les résultats de leur observation, sont fausses, prouvez-le. Où sont vos faits?

M. Schnepp a observé en quatre ans treize phthisiques parmi les Européens établis à Alexandrie depuis un certain nombre d'années; douze sont morts, et le treizième est dans un état assez fâcheux. Mais leur état, quel était-il lorsqu'ils sont arrivés en Égypte? M. Schnepp ne le dit pas. A-t-il fait une statistique de tous les tuberculeux ou d'un grand nombre de tuberculeux qui se soient astreints à venir chaque hiver, pendant plusieurs années, passer quelques mois dans les bonnes stations de l'Égypte? S'ils se sont arrêtés à Alexandrie, comme semblent l'avoir fait les treize qu'il nous cite, je les récuse ; le climat de cette ville pendant l'hiver ne peut être considéré comme favorable.

Pour le Caire, où sont les faits? Le docteur Reil y a traité dix phthisiques, et sept ont succombé, dites-vous, « par suite de tuberculose nettement définie ». Mais dans quel état encore ces malades étaient-ils à leur arrivée en Égypte? Vous ne le dites pas. Pour M. Schnepp lui-même, « ces observations sont beaucoup trop succinctes pour qu'on puisse se former une opinion propre sur le diagnostic porté ».

M. Pruner, ajoutez-vous, ne connaît aucun cas « où des malades venus du dehors avec une *phthisie déclarée* se soient rétablis ». Cette proposition viendrait à l'appui du précepte donné depuis longtemps, et d'après lequel le séjour dans les contrées chaudes doit être évité par les malades atteints d'une tuberculisation avancée. Mais en est-il de même lorsque la maladie est à son début?

Mon honorable collègue ne nous donne nullement la preuve de l'action défavorable, dans ce cas, du climat du Caire; c'est là et sur le Nil, à partir du Caire, que je vois les stations d'Égypte qui peuvent être favorables aux malades.

Se fondant sur des statistiques relatives à l'Algérie, et tendant à démontrer le peu de fréquence de la phthisie, M. Schnepp conseille de préférence le séjour d'Alger ou de Bône. Je ne sais s'il a visité nos possessions d'Afrique. J'ai fait ce voyage pendant l'hiver de 1859. Arrivé à Alger dans les premiers jours de mars, je fus ébloui par le beau soleil et la douce chaleur qui me rappelèrent le Caire. On coupa vite court à mon enthousiasme en m'apprenant que, si je fusse arrivé quelques semaines plus tôt, mon opinion n'eût pas été aussi favorable ; il avait plu et venté des jours entiers presque sans interruption. Pour cette station encore, quelques faits isolés que l'auteur cite ne sont pas concluants. Pour asseoir un jugement sûr, il faudrait une série d'observations prises avec soin et suivies avec persévérance.

En résumé, M. Schnepp me paraît, comme je l'ai dit au début de cette lettre, avoir bien mérité de la science pour le zèle qu'il a déployé dans ses recherches climatologiques; mais, ainsi que le lui disait notre honoré maître à tous deux, M. Rayer, « il faut recueillir des faits avant d'arriver aux interprétations », et si les éléments physiques de la climatologie ont été colligés par notre confrère avec un soin digne d'éloge, je crois que les faits cliniques, ceux qui importent le plus au médecin, font défaut. Espérons qu'un jour M. Schnepp comblera lui-même cette lacune; nul ne me semble être plus que lui en mesure de le faire. Jusque-là je ne crois pas que les médecins puissent accepter les conclusions auxquelles il s'est arrêté.

Agréez, etc. A. Willemin.

Strasbourg, 10 février.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Note sur la ventilation des amphithéâtres*, par M. le général *A. Morin*. — L'auteur s'est assuré par un grand nombre d'observations que, malgré l'opinion émise par M. Péclet dans son TRAITÉ DE LA CHALEUR, il n'est pas convenable pour les amphithéâtres, plus que pour tout autre local occupé d'une manière continue, d'admettre l'air par le plancher, par les marches ou les contre marches. Il faut au contraire, ici comme ailleurs, le faire affluer le plus loin possible des auditeurs, et, comme on peut être obligé souvent le même jour et d'un cours à un autre de faire varier la température dans certaines limites, il est nécessaire d'adopter des dispositions qui permettent de rendre le mélange d'air chaud et d'air froid aussi complet et aussi facile à modifier que possible, avant qu'il arrive aux auditeurs.

De là résulte : 1° la nécessité d'introduire d'abord l'air nouveau dans une capacité que nous avons appelée *chambre de mélange*, à l'aide de laquelle, par l'affluence simultanée d'air chaud et d'air frais en proportion que l'on puisse facilement régler, on se réserve le moyen de n'admettre dans la salle que de l'air à une température convenable; 2° l'obligation non moins impérieuse de placer les orifices d'arrivée de cet air frais le plus loin possible des auditeurs, c'est-à-dire vers le plafond de l'amphithéâtre, si les dispositions locales le permettent, ou au moins à une certaine hauteur.

M. Morin donne la description du système de ventilation et de chauffage qu'il a fait appliquer, d'après ces principes, aux amphithéâtres du Conservatoire des arts et métiers, et qui a fourni les meilleurs résultats.

HYGIÈNE. — *Des eaux publiques : résumé théorico-pratique et conclusion*, par M. *G. Grimaud de Caux*. — On dit communément *les eaux potables*; il faut dire *les eaux publiques*, attendu que, quand il s'agit d'alimenter une population, il n'est pas question d'eau à boire seulement, il s'agit d'eau pour tous les usages de la vie.

En quelque endroit qu'on la prenne, l'eau a toujours la même origine; elle vient du ciel. Qu'elle coule d'une source ou dans un lit, son origine certaine et unique est toujours la pluie.

Les différences se prononcent quand l'eau de pluie, ayant atteint le sol, le traverse pour venir sourdre en un point plus bas que celui sur lequel elle est tombée, et reparaître modifiée dans sa composition première par les éléments variés que le terrain lui a cédés.

Physiquement, l'eau de pluie est le produit de l'évaporation des eaux qui s'étalent à la superficie du sol, évaporation que l'on imite dans les laboratoires lorsqu'on fait de l'eau distillée. Chimiquement, l'eau de pluie comme l'eau distillée se compose de 85 d'oxygène et de 15 d'hydrogène.

Telle est l'eau des chimistes, l'eau de Lavoisier, l'eau dont M. Dumas a fabriqué de toutes pièces plus d'un kilogramme, en dix-neuf opérations réussies et au prix de cinquante expériences de vingt heures chacune. Enfin telle est l'eau des hygiénistes.

Puisque cette eau est le type de toutes les eaux, elle est donc propre à tous les usages, soit économiques, soit industriels, et cela certainement, en toute vérité, sans exception d'aucune sorte.

On dira bien que l'eau distillée n'est pas bonne pour la boisson, qu'elle pèse sur l'estomac. *Oui*, si on la boit au sortir de l'alambic et avant qu'elle ait eu le temps d'absorber de l'air, dont toute bonne eau est excessivement avide. *Non*, si on la soumet à l'aérage, ou bien si on lui communique un principe aromatique, ou un principe alimentaire, ou un principe sucré, amer, acide, etc., ou un tonique quelconque.

Au point de vue de l'alimentation, les matières qui altèrent la composition de l'eau sont de deux sortes seulement. Elles sont minérales ou organiques. Dans une eau potable, la quantité des substances minérales ne doit pas dépasser 60 centigrammes, et celle des substances organiques 1 centigramme. Au-dessus de ces quantités l'eau est médicinale, si l'excès est dans les sels ou dans leurs éléments constituants : on doit la considérer comme un *poison lent*, si l'excès est dans la matière organique.

La limpidité et la température sont des qualités accessoires, transitoires, parfaitement amovibles, et n'intéressant en aucune façon le fond du sujet.

L'action de l'eau sur l'économie ne se déduit pas seulement de celle qui pénètre dans le corps par ingestion. La préparation des aliments, la fabrication du pain, les boissons artificielles, etc., en introduisent des quantités sensibles qu'il n'est pas permis de négliger.

La question des eaux publiques ne se juge pas avec des expériences isolées. Ce n'est pas à ce qu'éprouve tel ou tel individu en particulier qu'il faut s'arrêter; c'est l'action générale sur la population qu'il faut démêler. L'analyse chimique, l'observation judicieuse des maladies particulières au pays et le chiffre de la mortalité sont alors des bases solides et des motifs certains de jugement. (*Comm.* : MM. Chevreul, Morin, Rayer, Combes.)

M. *Bruch* adresse de Bodenheim, près Francfort-sur-le-Mein, un résumé, écrit en français, de ses recherches sur l'*ostéogénie*, et plusieurs ouvrages ou opuscules qu'il a publiés en allemand, et dont quelques-uns se rattachent à la même question.

Voici la principale conclusion que l'auteur tire de ses études : Je regarde comme incontestable que le tissu osseux, dans toutes les classes de vertébrés, se forme par épigénèse, c'est-à-dire par couches successives qui sont osseuses dès leur apparition, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur des cartilages. La prétendue ossification du cartilage ne produit jamais de l'os; ce n'est toujours qu'un cartilage imprégné de substances calcaires, dont les cellules ne changent point de forme et ne se transforment jamais en corpuscules osseux radiaires anastomotiques. (*Comm.* : MM. Serres, Flourens et Cl. Bernard.)

M. *Dorner* envoie un flacon du médicament liquide mentionné dans ses précédentes communications sur le traitement de diverses affections intestinales, un « extrait d'huile de genévrier ».

PATHOLOGIE. — *Mémoire sur les gaz de l'hydropneumothorax de l'homme*, par MM. *Ch. Leconte* et *Demarquay*. — Cette analyse a été pratiquée sur le gaz extrait de la cavité pleurale d'un homme de quarante-huit ans atteint de pneumothorax à la suite d'une opération de thoracentèse.

Les résultats de l'analyse devaient permettre de reconnaître s'il existait réellement une communication directe entre l'atmosphère et la cavité pleurale, ou si le gaz contenu dans la plèvre était rentré accidentellement pendant l'opération, ce qui était peu probable en raison des précautions que nous avions prises; car, dans la première hypothèse, en recueillant plusieurs échantillons de gaz, le dernier devait contenir plus d'oxygène que le premier; dans la seconde hypothèse, les deux échantillons devaient présenter la même composition. Les nombres ci-dessous répondent d'une manière très nette à ces questions :

Composition de 100 volumes de gaz extrait de la plèvre.

	1er échantillon.	2e échantillon.
Oxygène	1,540	5,392
Acide carbonique	10,820	8,823
Azote	87,640	85,785
	100,000	100,000

MM. Leconte et Demarquay se sont assurés, du reste, que le gaz, qui ne possédait pas d'odeur fétide, ne renfermait aucun gaz combustible.

Une seconde analyse, faite quatre jours plus tard, donna les résultats suivants :

Composition de 100 volumes de gaz extrait de la plèvre.

	1er échantillon.	2e échantillon.	3e échantillon.	4e échantillon.
Oxygène	0,49	5,42	9,45	15,37
Acide carbonique.	11,76	9,36	7,96	1,53
Azote	88,35	85,22	82,59	83,10
	100,00	100,00	100,00	100,00

Huit jours après, nouvelle thoracentèse; nouvelle analyse :

	Gaz avant.	Gaz après.
Oxygène	0,91	18,86
Acide carbonique	10,55	1,88
Azote	88,54	79,26
	100,00	100,00

Les analyses qui précèdent offrent de l'intérêt à plus d'un titre, non-seulement parce qu'elles sont les premières qui aient été faites sur les gaz de l'hydropneumothorax chez l'homme vivant, mais parce qu'elles montrent une différence notable entre la composition de ces gaz et celle de l'emphysème. Dans ce dernier, en effet, les gaz contiennent toujours une quantité appréciable d'oxygène (4 à 5 pour 100); dans l'hydropneumothorax les gaz ne contiennent que des traces de ce gaz (jamais 1 pour 100), ce qui est dû, sans doute, au contact de l'air avec le liquide pathologique que contient la cavité pleurale.

L'augmentation de l'oxygène dans les échantillons successivement recueillis démontre qu'il existait une communication directe entre la cavité pleurale et l'atmosphère ; aussi la composition du gaz recueilli se rapprochait-elle de plus en plus de celle de l'air, à mesure que l'on multipliait les échantillons : il est donc facile, à l'aide de l'analyse chimique, de diagnostiquer s'il existe ou non, dans certains cas pathologiques, une communication entre l'air extérieur et la cavité de la plèvre.

Si l'on compare les rapports de l'acide carbonique et de l'oxygène dans nos analyses des gaz de l'emphysème traumatique et de l'hydropneumothorax avec ceux que M. Cl. Bernard a obtenus dans les gaz du sang veineux et du sang artériel, à l'aide de son procédé si rigoureux de l'oxyde de carbone, on obtient les nombres suivants :

	Ac. carbonique.		Oxygène.
Gaz du sang artériel (M. Cl. Bernard)	9,12	:	100
Gaz du sang veineux (M. Cl. Bernard)	25,00	:	100
Gaz de l'emphysème (Leconte et Demarquay.	83,33	:	100
Gaz de l'hydropneumothorax (Leconte et Demarquay	1554,00	:	100

Le dernier nombre a été calculé d'après la moyenne de trois analyses.

La comparaison des nombres qui précèdent montre que l'air éprouve dans les tissus sains une altération bien plus profonde que dans le sang veineux, et à plus forte raison que dans le sang artériel, et enfin que dans la plèvre, ou plutôt qu'au contact du liquide pathologique qu'elle renferme, l'altération est bien plus profonde encore, puisqu'il reste à peine 1 partie d'oxygène pour 15 parties d'acide carbonique.

L'analyse chimique des gaz de l'hydropneumothorax constitue donc un moyen de diagnostic qu'aucun autre ne saurait suppléer, et notre travail vient éclairer un point nouveau des modifications que l'air peut éprouver dans l'organisme des animaux.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

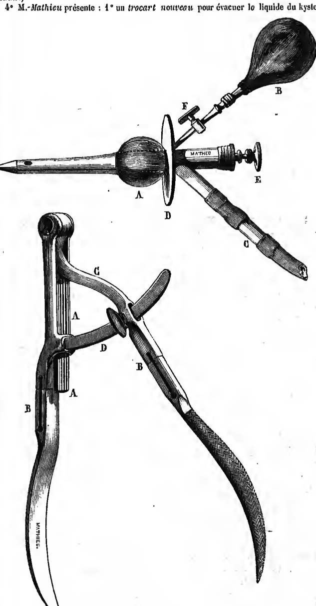
Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Desfosses-Lagravière* (de Boussac), *Serres* (de Dax) et *Cevrey* (de Vesoul). — *b.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans le département du Rhône. (*Commission des épidémies.*)

2° M. le ministre d'État adresse une brochure intitulée : *Quelques considérations sur la fièvre jaune*, par M. le docteur *Maximiano Marquez de Carvalho*. (*Renvoyée à M. Mélier.*)

3° L'Académie reçoit : *a.* Le compte rendu des revaccinations faites à la division des équipages de la flotte du port du Brest en 1862, par M. le docteur *Le Tersec*, médecin de marine. (*Commission de vaccine.*) — *b.* Deux notices relatives aux deux dernières opérations d'ovariotomie pratiquées par M. le docteur *Kœberlé*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. (*Comm.:* M. Nélaton.) — *c.* Une note sur l'emploi thérapeutique et la préparation de la poudre d'écailles d'huîtres, par M. *Bouffard*, pharmacien à Bordeaux. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

4° M. *Mathieu* présente : 1° un *trocart nouveau* pour évacuer le liquide du kyste



de l'ovaire dans l'opération de l'ovariotomie; 2° un *clamp nouveau* pour saisir le pédicule du kyste de l'ovaire dans la même opération.

Le premier de ces instruments a pour but d'empêcher le liquide de s'échapper entre

la canule du trocart et la paroi du kyste, inconvénient qui a été signalé par les opérateurs, et particulièrement par M. le professeur Nélaton lors de la dernière opération qu'a faite tout récemment ce chirurgien à l'hôpital des Cliniques.

« Pour atteindre ce but, dit l'inventeur, j'ai placé sur la canule du trocart une enveloppe de caoutchouc vulcanisé A qui, une fois passée dans le kyste, est insufflée au moyen d'un petit réservoir de gomme de forme sphérique B. Cette partie de la canule une fois insufflée, elle bouche hermétiquement du dedans en dehors le trou fait au kyste par le trocart en appuyant les parois contre la rondelle D, et le liquide ne peut plus s'infiltrer entre la canule du trocart et la paroi du kyste. Le bouton E sert à retirer la pointe du trocart dans la canule à l'instar d'un piston de pompe. Le tube C sert à l'écoulement du liquide au dehors du kyste après la ponction. »

Le second instrument est un *clamp* ou *serre-pédicule* qui est disposé d'une manière telle qu'en se fermant il rétrécit en tous sens le pédicule sans que la partie saisie porte à faux. « Pour cela, j'ai disposé une pièce à coulisse A qui obstrue la mortaise et la branche rectiligne au fur et à mesure que l'on ferme l'instrument. Le plan incliné et bifurqué de la seconde branche C fait glisser la coulisse de telle sorte que le pédicule se trouve toujours saisi entre trois parties pleines formant une espèce de triangle qui va toujours se rétrécissant de tous les côtés.

» Une fois le pédicule bien comprimé, on arrête l'instrument au moyen d'une vis D, et, pour le rendre plus léger et moins embarrassant pour la malade, on enlève les deux manches, qui sont articulés au moyen de deux petits cliquets BB, de manière qu'il n'y a plus que la partie de l'instrument comprimant le pédicule qui reste à demeure. » (*Comm.:* M. Nélaton.)

M. *Velpeau* présente, au nom de M. le docteur *Longo* (de Naples), une note sur différents sujets de médecine et de chirurgie.

M. *Gavarret* dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur *Morin* sur les gaz libres contenus dans le sang et dans l'urine; et un nouveau pharyngoscope, le *pharyngoscope de famille*, imaginé par M. le docteur *Moura-Bourouillou*.

M. *Larrey* offre en hommage une brochure de M. le docteur *Meding* sur la gymnastique suédoise.

M. *le Président* déclare qu'une place est vacante dans la section de médecine vétérinaire.

Lectures.

Épidémiologie. — M. *Jolly*, au nom de la commission des épidémies, lit le rapport général annuel du service des épidémies pour l'année 1861.

Discussion sur les eaux potables.

M. *Chatin*, après quelques généralités sur la composition chimique et les propriétés physiques de l'eau, sur son origine, ses diverses provenances, l'influence qu'elle subit de l'atmosphère et du sol, insiste plus particulièrement sur la présence de l'iode dans les eaux potables. Chemin faisant, l'orateur signale notamment les modifications que les eaux météoriques reçoivent des terrains ou des roches qu'elles traversent, les éléments qu'elles leur empruntent : carbonates calcaires, sels magnésiens, matières organiques, etc., et les éléments dont elles se dépouillent : sels ammoniacaux, substances organiques, oxygène, acide carbonique, etc. Il croit devoir fixer l'attention des hygiénistes sur les nappes souterraines, un peu différentes des eaux de source, et qui, à certains égards, se rapprochent de l'eau de pluie.

M. *le Président* invite l'orateur à se renfermer, autant que possible, dans les limites du débat, à savoir dans la question des eaux potables étudiées au point de vue de l'hygiène et de la salubrité publique.

M. *Chatin* croit que le goître et le crétinisme se rattachent étiologiquement à la constitution des eaux potables. Il rappelle les principales opinions émises et développées sur ce sujet. Le goître et le crétinisme désolent de vastes contrées : une grande partie de la vallée de la Marne, certaines régions du Jura, des Alpes et des Pyrénées. L'orateur retrace à grands traits la géographie de l'endémie goîtreuse, telle qu'il l'a étudiée dans ses voyages en Savoie, en Italie, en Allemagne. Il déclare avoir toujours trouvé une relation directe entre la proportion des goîtreux et la composition chimique des eaux; mais les doctrines sont très diverses et fort contradictoires relativement à l'élément générateur de l'infection goîtreuse : M. Bouchardat attribuait la production du goître au sulfate de chaux, M. Boussingault à l'absence de l'oxygène, M. Grange à la présence de sels magnésiens, pour ne parler que des opinions qui ont eu le plus de notoriété. M. Chatin est convaincu que la principale cause du goître et du crétinisme provient de l'absence de l'iode dans les eaux employées aux usages domestiques.

Les observations de M. Boussingault, bien que destinées à démontrer la nécessité de l'aération de l'eau, viennent à l'appui de la théorie soutenue par l'orateur. Ainsi, dans les Cordillères, il existe des populations très voisines, habitant les mêmes altitudes et buvant les mêmes eaux, et dont les unes sont goîtreuses et les autres ne le sont pas : les premières font usage de sel blanc épuré, purgé de tout principe iodé ; les secondes emploient du sel gris, qui renferme des proportions appréciables d'iode, et qui, de cette manière, suppléent au défaut de l'iode dans les eaux employées en boisson.

Dans le cours de cette discussion, une nouvelle théorie a été émise par M. Bouchardat : c'est celle de l'influence des matières organiques sur la production du goître. M. Chatin s'élève contre cette théorie : les populations du Valais, si désolées par le goître et le crétinisme, font un usage à peu près exclusif de l'eau des glaciers, qui est l'eau la plus pure et la plus exempte de matières organiques qu'on puisse imaginer. D'autre part, il y a des eaux très chargées de matières organiques et qui ne donnent pas de goître : telles sont les eaux des vallées tourbeuses, qu'on peut boire impunément.

M. Chatin, sur l'observation de M. le Président, remet à la séance prochaine la fin de sa dissertation.

Lecture.

Hygiène. — M. *Delpech*, candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale, lit l'analyse d'un mémoire intitulé : De la ladrerie du porc au point de vue de l'hygiène privée et publique.

Voici les conclusions qui terminent et résument ce travail :

La ladrerie du porc est constituée par la présence de cysticerques dans l'épaisseur des tissus de l'animal, et plus spécialement du tissu musculaire. Ces cysticerques ne sont autre chose que des larves ou scolex de *Tænia solium*.

Ingérés dans l'estomac de l'homme avec la viande de porc crue ou mal cuite, ils sont l'origine la plus fréquente, sinon exclusive, du développement de cet entozoaire. Toutefois, les observations de Weïsse (de Saint-Pétersbourg) sur la viande de bœuf crue, celles si curieuses rassemblées par M. Judas dans les rapports des médecins militaires, qui signalent l'endémicité du ténia en Algérie, demandent encore quelques recherches que je poursuis, et laissent quelques doutes sur l'existence d'une autre source du ténia.

Les cysticerques, chauffés à une température un peu prolongée de 100 degrés centigrades, meurent, et la viande qui les contient, bien qu'elle reste encore indigeste, perd cependant ses propriétés malfaisantes.

Ils n'occupent jamais ou presque jamais les masses graisseuses, si ce n'est tout à fait à leur surface et dans l'interstice qui les sépare des autres tissus.

On pourrait donc, sans inconvénient, livrer à la consommation la viande de porc ladre cuite dans des locaux attenant aux abattoirs et sous la surveillance de l'autorité, et laisser sortir sans autre contrôle la graisse fondue dans un fondoir spécial et passée au tamis.

Les cysticerques proviennent, chez le porc, de l'ingestion des œufs isolés du *Tænia solium* ou des proglottis ou cucurbitains renfermant ces œufs, qu'ils trouvent dans les excréments humains.

Toutefois, ils peuvent très probablement être transmis héréditairement par la mère.

La ladrerie résulte donc originairement de la saleté et de l'incurie dans lesquelles les porcs sont élevés.

Il y aurait lieu de répandre la connaissance de ces faits par des circulaires adressées aux populations qui se livrent à l'élevage des porcs, par l'intermédiaire des autorités municipales et des commissions d'hygiène.

Pendant la vie de l'animal, les caractères de la ladrerie sont obscurs et contestés; un seul, la présence des vésicules sublinguales, est concluant lorsqu'il existe.

Il peut manquer en vertu de conditions spéciales ou de fraudes dont profite l'éleveur au préjudice de l'acheteur, et le porc reconnu ladre et saisi, est pour le marchand l'occasion d'une perte importante en raison de son énorme dépréciation.

Toutes ces conditions avaient fait classer autrefois la ladrerie parmi les vices rédhibitoires.

Il y a lieu de l'y faire rentrer et de faire ainsi supporter la perte à l'éleveur, qui est le véritable coupable, et non au marchand ou au charcutier qui a acheté l'animal de bonne foi.

On obtiendra ainsi plus d'honnêteté dans les transactions et une diminution rapide de la ladrerie par les soins plus grands que prendra l'éleveur, désormais forcément intéressé à produire des porcs sains.

La certitude de ce résultat important peut être nettement affirmée lorsque l'on constate la diminution notable qui s'est faite dans la fréquence de la ladrerie depuis que l'élève des animaux domestiques est devenu l'objet d'une attention plus grande et de soins hygiéniques plus éclairés. (*Renvoi à la section d'hygiène et de médecine légale.*)

La séance est levée à cinq heures.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Sur quelques perfectionnements à apporter dans l'établissement des fistules gastriques artificielles, par M. Blondlot.

Il appartient à M. Blondlot, plus qu'à tout autre physiologiste, de proposer des perfectionnements à l'opération de la fistule gastrique artificielle, car c'est à lui qu'est due l'invention de l'opération elle-même (1). Avant lui, on se procurait du suc gastrique pour l'étude des phénomènes de la digestion, soit par le simple vomissement, qui ne pouvait donner du vrai suc gastrique qu'autant que l'estomac contenait des aliments; soit en faisant avaler à des animaux ou en avalant soi-même, comme n'a pas craint de le faire Spallanzani, des sphères et des tubes creux percés de trous et remplis de substances alimentaires, qu'on recueillait encore par le moyen du vomissement ou qu'on allait chercher dans l'estomac des animaux sacrifiés; soit en introduisant dans l'estomac de chiens ou d'oiseaux des morceaux d'éponge sèche, enfermés ou non dans des tubes troués, et qu'on pouvait retirer par la bouche au moyen d'une ficelle, quand on voulait laisser vivre les animaux; soit encore en tuant ceux-ci quelque temps après leur avoir fait ingurgiter des substances irritantes; soit enfin en profitant des rares occasions où une fistule gastrique s'est établie spontanément chez l'homme.

M. Blondlot a eu l'idée d'établir artificiellement une fistule sur des chiens. Pour cela, il incise la région épigastrique, va saisir l'estomac en traversant les parois du grand cul-de-sac avec un fil d'argent recuit, puis l'attire au dehors et y pratique une ouverture dont il fixe les bords par des points de suture aux lèvres de la plaie extérieure. Quand l'estomac a contracté des adhérences avec la paroi abdominale, la communication est maintenue béante par une canule munie d'un double rebord, analogue à ce qu'on appelle un *double bouton*, et permettant de porter directement dans l'estomac des sondes, des sphères, des tubes ou autres instruments d'expériences, tels qu'un thermomètre.

Les modifications proposées aujourd'hui par M. Blondlot sont relatives et à la manière d'établir l'ouverture et à la manière de la maintenir.

La plaie épigastrique, qui est assez grande et qui a la direction de la *ligne blanche*, ne lui sert plus qu'à saisir l'estomac et à le munir d'une anse de fil. Une seconde plaie, plus étroite, est faite dans l'hypochondre gauche, vers le point correspondant au grand cul-de-sac de l'estomac, et, par cette plaie, en introduisant les doigts dans le ventre, on fait sortir les deux extrémités du fil; on tire à soi jusqu'à ce que l'estomac fasse hernie à travers cette petite ouverture; on l'incise et on le fixe aux parois abdominales à l'aide d'une petite cheville de bois autour de laquelle le fil est enroulé. Quant à l'autre plaie, elle est fermée par des points de suture.

Le motif de cette première modification, qui amène la nécessité de deux plaies au lieu d'une, est de placer l'orifice externe ou cutané de la fistule en regard de l'orifice interne ou gastrique, qui est établi, comme nous le disions, dans le grand cul-de-sac, parce que c'est dans cette partie de l'estomac que le contenu doit surtout s'accumuler; et si M. Blondlot ne pratique pas tout d'abord une ouverture, et une ouverture unique, dans l'hypochondre gauche, c'est que, voulant cette ouverture petite pour rendre plus prompte l'adhésion du viscère aux parois abdominales, et permettre ainsi de placer plus tôt la canule, il n'y trouverait pas un passage suffisant pour aller en sécurité saisir et lier l'estomac.

Pour obtenir la permanence de l'ouverture, M. Blondlot ne se sert plus du double bouton, qui a, dit-il, l'inconvénient d'être tantôt trop court et tantôt trop long, suivant que les bords de la plaie s'engorgent ou se dégorgent, suivant que l'animal maigrit ou engraisse. Il remplace cette canule par un obturateur de buis, de corne ou de gutta-percha, ayant la forme d'un champignon. « Cet obturateur présente un élargissement en forme de plaque qui, placé sur l'orifice interne de l'ouverture fistuleuse, fait office de soupape et empêche en même temps l'instrument de s'échapper. D'autre part, sa tige est percée à la partie inférieure de plusieurs trous dirigés en sens inverse les uns des autres, pour qu'ils puissent être rapprochés sans se confondre. Ces trous sont destinés à loger une goupille qui, tant qu'elle est en place, empêche l'obturateur de rentrer dans l'estomac. » Pour placer l'instrument, on fait avaler à l'animal une ficelle, dont un bout reste dans la gueule et l'autre est retiré par la plaie; l'obturateur est attaché au bout supérieur, et on l'amène dans l'estomac en tirant sur le bout inférieur. On en fait alors saillir la tige dans la plaie fistuleuse, et on la fixe au moyen de la goupille. Pour obtenir du suc gastrique, on passe un fil double dans un des trous de la tige, on repousse l'obturateur dans l'estomac, et, quand la liqueur a été recueillie, on abaisse l'instrument au moyen du fil, et on le fixe de nouveau avec la goupille.

Nous ne ferons, sur ces deux modifications proposées il y a déjà trois ans, qu'une seule remarque: c'est que, à l'exception d'une correspondance exacte du siége entre l'orifice interne et l'orifice externe de la fistule, les deux avantages principaux qu'a cherchés M. Blondlot, savoir, l'introduction prompte de l'instrument destiné à tenir la plaie ouverte et le rapport exact de sa longueur avec l'épaisseur des parois abdominales, sont obtenus aujourd'hui par des procédés, non pas mieux appropriés au but, mais suffisants sous ce rapport, et en outre plus simples. La plupart des expérimentateurs, placés, comme l'a dit avec raison l'auteur, entre la difficulté d'introduire l'instrument quand la plaie est revenue sur elle-même, et celle, non moins grande, de l'y placer solidement quand la plaie est récente, ont pris le parti d'engager la canule à double bouton dans l'ouverture dès qu'une boutonnière est faite à l'estomac, mais en l'assujettissant tout de suite par une suture

(1) Il est juste néanmoins de reconnaître, avec M. Milne Edwards, qu'un chirurgien russe, M. Bassow, avait déjà établi des fistules gastriques sur les animaux; mais ce fait était ignoré de notre compatriote.

de la plaie. Et, pour donner à cette canule une longueur toujours convenable, quelques-uns la forment de deux pièces emboîtées, dont l'une se meut dans l'autre au moyen d'un pas de vis, à la manière des lunettes de spectacle.

Quoi qu'il en soit, le nouveau procédé de M. Blondlot pourra offrir, nous le répétons, à qui voudra l'employer, tous les moyens d'une bonne et rigoureuse expérimentation. (*Mémoires de l'Académie de Stanislas.*)

Maladie kystique du testicule; opération, par M. Hugues.

La transformation kystique du testicule, décrite d'abord par A. Cooper, étudiée plus tard par MM. Curling, Gosselin, Trélat, rencontrée plusieurs fois en France et diagnostiquée avant l'opération par MM. Nélaton, Laugier, sans être aussi exceptionnelle qu'on l'avait cru d'abord, est cependant encore une affection qu'on rencontre assez rarement. Mais ce n'est pas seulement à titre de curiosité chirurgicale que nous croyons devoir citer l'observation suivante, elle prend surtout son intérêt dans la difficulté qu'on éprouvait dans ce cas à donner à la tumeur le caractère spécial qui lui convenait.

Curling a fait remarquer avec raison que la transformation kystique du testicule peut présenter deux formes : 1° simple ; 2° compliquée de développement de matière encéphaloïde. C'est à la première espèce seulement qu'on devrait peut-être réserver le nom de maladie kystique, car la seconde n'est autre chose qu'un développement beaucoup plus limité de kystes au milieu de la matière cancéreuse, particularité qui se rencontre ailleurs que dans l'organe sécréteur du sperme.

L'observation présentée à la Société de chirurgie de Dublin par le docteur Hugues est celle d'un homme de vingt-quatre ans, qui, à la suite d'un froissement du testicule droit en août 1861, remarqua un gonflement graduel de la glande qui arriva bientôt à un volume énorme, puisque après l'opération la tumeur pesait 5 livres. En septembre 1862, il se forma une eschare sur un point du scrotum, et par cette ouverture se firent jour des matières fongueuses donnant lieu à un écoulement de matières fétides. Il n'y avait ni douleurs, ni gonflement du cordon, ni engorgement des ganglions inguinaux. Des veines bleuâtres sillonnaient tout le scrotum.

L'opération de la castration fut pratiquée, et, en ouvrant la tumeur, on la trouva constituée par un grand nombre de kystes de volume variable, depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une noisette. Ils contenaient un liquide séreux, jaunâtre, et leurs parois renfermaient çà et là quelques dépôts cartilagineux qui furent constatés à l'examen microscopique.

Quoique cette tumeur ait été regardée par l'opérateur et plusieurs autres chirurgiens comme un exemple de maladie kystique simple, elle nous paraîtrait plutôt devoir être regardée comme un cas de cancer encéphaloïde avec kystes, et c'est surtout dans l'étude des symptômes que nous trouvons des raisons à l'appui d'une opinion que ne contredit pas l'examen microscopique.

Le début de la maladie ne remontait qu'à dix-huit mois, et la tumeur avait acquis dans cet intervalle relativement court un volume énorme. Or, la maladie kystique simple se développe ordinairement avec une lenteur telle qu'il lui faut plusieurs années pour acquérir des dimensions beaucoup moins considérables.

Un poids aussi notable, 5 livres, est assez rare pour de pareilles tumeurs, car la plus pesante, observée par M. Hancock, n'en pesait que 4.

Le développement des veines du scrotum, très marqué chez ce malade, appartient à l'encéphaloïde et non aux kystes simples. L'ouverture spontanée de la tumeur, l'issue de fongosités, sont encore une raison de faire penser à l'existence d'un cancer.

On pourrait invoquer le non-développement des ganglions inguinaux à l'appui de la bénignité de la tumeur; mais, dans les affections carcinomateuses du testicule, ce ne sont pas ces ganglions qui sont envahis par la maladie, mais bien ceux de la région lombaire.

Aussi, en raison de ces diverses particularités, nous pensons qu'on pourrait donner une autre interprétation aux lésions anatomiques constatées à l'examen de la tumeur, et nous craignons pour le malade du docteur Hugues qu'une récidive ne vienne bientôt montrer qu'il s'agit bien ici d'un encéphaloïde, accompagné de kystes développés au sein de la masse morbide. (*Dublin Medical Press*, 1862, p. 625.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie descriptive, par J. Cruveilhier. 4e édition, revue et augmentée par MM. Sée et Cruveilhier fils ; t. I, grand in-8°. Paris, 1862. Asselin.

Le Traité d'anatomie descriptive de M. Cruveilhier a été, pour nous comme pour toute la génération médicale actuelle, le compagnon de nos études, le guide constant dans nos travaux anatomiques, l'autorité la moins contestée et la moins contestable. Mais, il faut bien le dire, si le livre de notre vénéré maître n'avait et ne pouvait avoir de rivaux dans l'exposition de l'anatomie descriptive, les recherches si nombreuses, les découvertes si importantes en anatomie de structure avaient laissé bien des parties en dehors du mouvement scientifique actuel, et avaient fait vieillir prématurément quelques-unes des pages de cet important ouvrage.

M. Cruveilhier a voulu mettre son livre au niveau des connaissances histologiques actuelles, et il a confié ce soin à M. le docteur Sée, le collaborateur de M. J. Béclard, dans la traduction de l'ouvrage de Kölliker, et à M. Cruveilhier fils, aide d'anatomie à la Faculté. Aujourd'hui c'est d'un ouvrage tout nouveau et non d'une nouvelle édition d'un livre déjà ancien que nous avons à rendre compte. L'ostéologie, l'arthrologie, la myologie sont publiées, et nous pouvons, d'après cette première partie, présumer déjà ce que seront les autres.

Depuis plusieurs années, les auteurs français, à l'imitation de ceux de l'Allemagne et de l'Angleterre, ont joint à leurs livres des dessins intercalés dans le texte. Le succès qu'obtiennent ces *illustrations* montre toute leur utilité. M. Cruveilhier, à son tour, est entré avec succès dans cette voie qui métamorphose son ouvrage. 385 figures sont destinées à l'étude des os et des articulations, 157 à celle des muscles, et l'ouvrage entier en contiendra, dit-on, plus de 1500. Mais il eût fallu plusieurs années pour faire les préparations anatomiques, dessiner et faire graver les planches; grâce à la publication faite en Allemagne du Traité d'anatomie de M. Henle, cette difficulté se trouve levée. Avec cette noble générosité du vrai savant, qui met l'intérêt de la science au-dessus de toute autre considération, l'illustre professeur de Gœttingue a mis tous ses dessins à la disposition des auteurs et de l'éditeur; l'obligeance bien connue de M. Victor Masson leur a permis d'ajouter également quelques figures prises dans le Traité d'histologie humaine de Kölliker.

L'addition des planches est le fait capital qui distingue des précédentes la nouvelle édition de l'anatomie de M. Cruveilhier. Bien qu'elle augmente considérablement, à notre avis, la valeur pratique de son ouvrage, notre illustre maître paraît avoir hésité beaucoup à suivre l'exemple qui lui était donné à l'étranger, et les lignes suivantes de son avertissement prouvent qu'il ne s'y est décidé qu'après mûres réflexions.

« Nous n'avions jamais méconnu, dit M. Cruveilhier, tout ce que les figures peuvent ajouter aux clartés des descriptions; mais nous craignions que des facilités trop grandes données aux études de cabinet n'éloignassent les élèves des travaux de l'amphithéâtre, qui seuls forment de vrais anatomistes. » Ses

appréhensions ont dû céder devant cette considération que les élèves qui travaillent en vue seulement de répondre à peu près à l'examen, ne manquent pas d'atlas, et que les véritables travailleurs, ceux qui apprennent pour savoir et non pour oublier, le lendemain de l'épreuve, l'anatomie qu'ils n'ont jamais sue, trouveront dans les figures du nouveau traité un guide qui facilitera leurs dissections en les rendant plus attrayantes.

Les planches de cette nouvelle édition méritent, à plusieurs points de vue, d'arrêter l'attention; dessinées, dit-on, par Henle lui-même, elles sont d'une remarquable exactitude. Demi-schématiques, les figures laissent apercevoir, au travers des muscles supposés transparents, les parties qui les traversent et les os sur lesquels ils prennent leurs insertions. La confusion eût été inévitable avec les procédés anciens d'impression; elle est très heureusement évitée par une application de la chromographie. Imprimées en noir et en rouge, les figures sont d'une admirable clarté, et il y a déjà, dans cette heureuse innovation, de quoi justifier le grand succès qui attend l'ouvrage.

Empruntées, comme nous l'avons dit, au livre de Henle, en cours d'exécution, les figures portent en légende les lettres employées en Allemagne pour désigner les divers muscles; or, la nomenclature anatomique allemande et anglaise n'est pas la même que la nôtre; de là quelquefois une sorte d'incertitude dans la lecture des ouvrages étrangers quand nous rencontrons les noms de *Sartorius*, *ulnaris internus*, *ulnaris externus*, que nous avons un peu oubliés, quoiqu'ils aient été employés par Winslow, Sœmmering, Albinus, et que nous avons remplacés par ceux de couturier, cubital antérieur, cubital postérieur. Que ce soit cette raison ou toute autre qui ait dirigé les auteurs de la nouvelle édition, nous avons été heureux d'y trouver mentionnés, dans le texte, tous les termes employés par les anatomistes étrangers.

Mais ce n'est pas seulement par l'adjonction des planches intercalées dans le texte, c'est encore par les modifications que le texte lui-même a subies que le nouveau traité d'anatomie commande l'attention et mérite des éloges.

MM. Sée et Cruveilhier fils y ont ajouté des notions assez étendues d'histologie; la structure du tissu osseux, l'ossification, la composition des tissus fibreux, cartilagineux, musculaire, élastique, y sont traitées avec tous les détails nécessaires; tout ce que les sciences modernes ont apporté de nouveau dans la connaissance des articulations, dans la physiologie des muscles y a trouvé place, et comme nous l'avons dit, c'est moins une nouvelle édition qu'un nouveau livre que vient de nous donner notre cher et vénéré maître, aidé de collaborateurs, dont l'un, M. Sée, a déjà fait depuis longtemps ses preuves comme anatomiste, et dont l'autre, M. Cruveilher fils, semble déjà destiné à suivre avec éclat la voie que lui a si glorieusement tracée son père.

Léon Le Fort.

VII

VARIÉTÉS.

L'Académie impériale de médecine de Moscou vient d'accorder le titre de membre correspondant à notre confrère le docteur Bayard, auteur d'un livre estimé sur les maladies de l'estomac.

— Le 8 février, à la suite de la distribution des prix de la Société polytechnique et philotechnique, qui a été présidée par M. le ministre de l'instruction publique, M. le docteur Dequevauviller, l'un des professeurs de cette association, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Nous apprenons avec une vive satisfaction que l'administrateur distingué placé à la tête de l'assistance publique, M. A. Husson, vient d'être nommé membre de l'Académie des sciences morales et politiques, en remplacement de M. le baron Baude.

— Par arrêté du 5 février, M. le docteur Maugin fils a été nommé médecin du lycée impérial de Douai, en remplacement de M. Maugin père.

— M. le docteur Bouteiller père, l'un des médecins les plus honorables et les plus distingués de Rouen, vient de mourir dans cette ville.

— Nous rappelons à nos lecteurs que le banquet annuel de l'internat aura lieu le samedi 14 février, au Grand-Hôtel, à sept heures du soir. La liste de souscription sera close le 10 au soir.

— Par décret du 4 février, M. Grellois, médecin principal de deuxième classe, secrétaire du conseil de santé des armées, a été promu à un emploi de médecin principal de première classe, en remplacement de M. Bonneau, retraité.

— M. Dorvault, l'auteur bien connu de l'*Officine* et d'autres travaux de pharmacie, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le concours pour deux places de chirurgien au Bureau central s'est ouvert lundi dernier.

Les juges sont : MM. Danyau, Huguier, Jarjavay, Foucher et Barthez, *titulaires ;* MM. Marjolin et H. Roger, *suppléants.*

Les concurrents sont : MM. Bastien, Duchaussoy, Le Fort, Legendre, Liégeois, Panas, Parmentier, Péan, Rambaud, de Saint-Germain, Séc (Marc), Tarnier, Tillaux.

Le sujet de la composition écrite était : *Des abcès du cou.*

La lecture des compositions commencera aujourd'hui jeudi, à quatre heures.

— Le 20 avril 1863, un concours sera ouvert pour un emploi de chirurgien-adjoint, vacant à l'hôpital civil d'Alger. Les candidats devront se faire inscrire avant le 10 avril, au secrétariat de la mairie d'Alger, et devront produire : 1° leur acte de naissance; 2° leur diplôme de docteur en médecine d'une des facultés de France ; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs ; 4° la justification de leurs titres ou travaux scientifiques et des services publics qu'ils auraient précédemment rendus. Ces documents seront mis sous les yeux du jury d'examen.

Les épreuves du concours consisteront en : 1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie normale et pathologique. Quatre heures seront accordées aux candidats pour cette composition. 2° Un examen clinique de deux malades blessés ou fiévreux, avec dissertation orale consécutive pendant vingt minutes pour chacun des sujets observés. 3° Une épreuve pratique de chirurgie ou d'obstétrique. Une heure pourra être accordée pour cette épreuve.

Les candidats sont prévenus que l'emploi qu'il s'agit de conférer n'est point rétribué. Mais, d'après les errements adoptés par la commission administrative, les médecins et chirurgiens-adjoints sont appelés, directement et sans concours, à remplir les vacances de titulaires. Aux fonctions de médecin ou de chirurgien titulaire est attaché un traitement de quinze cents francs par an.

— Une clause du testament du professeur Riberi (de Turin) était ainsi conçue :

« Je lègue la somme nécessaire en rente de 1849, afin que l'Académie royale de médecine et de chirurgie, que j'ai contribué à former, » puisse décerner tous les trois ans un prix de vingt mille francs pendant » vingt et un ans (sept prix en tout de la même valeur). »

Sont admis au concours du prix mentionné les travaux manuscrits ou publiés pendant les trois années du concours, relatifs à tout ce qu'on peut savoir en médecine et en chirurgie. Ils doivent être envoyés, à cet effet, à l'Académie, qui donnera la préférence à ceux de ces travaux qui marqueront un progrès véritable et important dans la science. — Les travaux imprimés devront être envoyés en double exemplaire. — Les ouvrages imprimés ou en manuscrit pourront être rédigés en langue italienne, ou latine, ou française. — L'auteur d'un travail manuscrit est libre de faire connaître son nom, ou de joindre à son travail un bulletin cacheté suivant les habitudes académiques. — Les concurrents devront envoyer à l'Académie leurs travaux affranchis à l'époque qu'ils voudront, durant les trois années, pourvu que ce soit avant le terme péremptoire fixé du 31 décembre 1864. — Les ouvrages présentés au concours demeureront propriété de l'Académie. S'il s'agit de manuscrits, l'auteur qui se fera connaître au président pourra en faire faire une copie à ses frais. — Les auteurs sont priés d'indiquer dans la lettre d'envoi de leurs ouvrages les parties ou les arguments les plus importants de leurs travaux qu'ils regardent comme susceptibles de fixer l'attention de l'Académie qui doit les juger.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 20 FÉVRIER 1863. N° 8.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêté ministériel. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** — **Travaux originaux.** Chirurgie : Affection singulière et non décrite encore des doigts et des mains. — Commentaires et discussion pour prouver que cette affection se rattache au rhumatisme. — II. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — Société anatomique. — III. **Revue des journaux.** Un cas d'aspermatisme. — Études et expériences sur les pertes séminales. — Thoracentèse; résultats statistiques. — Décollements traumatiques de la peau. — Ciguë contre les engorgements mono-articulaires des scrofuleux. — Formules contre l'eczéma. — Semences de chardon Marie comme antihémorrhagiques. — *Ailante* comme ténifuge. — Mort subite produite par des dents artificielles détachées et logées entre l'épiglotte et la base de la langue. — IV. **Bibliographie.** Manuel de médecine pratique. — V. **Variétés.** — VI. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VII. **Feuilleton.** Lettres historiques sur la médecine chez les Indous.

PARTIE OFFICIELLE.

I

Paris, 19 février 1863.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes vient de décider qu'un concours sera ouvert le 14 mars prochain à la Faculté de médecine de Paris pour quatre places de chef de clinique médicale.

Seront seuls admis à concourir les lauréats des hôpitaux, de l'École pratique, du prix Monthyon et du prix Corvisart.

Les inscriptions et les titres des candidats seront reçus au secrétariat de l'Académie, à la Sorbonne, jusqu'au 13 mars inclusivement.

PARTIE NON OFFICIELLE.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Chirurgie.

AFFECTION SINGULIÈRE ET NON DÉCRITE ENCORE DES DOIGTS ET DES MAINS, par M. le docteur MIRAULT (d'Angers).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION POUR PROUVER QUE CETTE AFFECTION SE RATTACHE AU RHUMATISME, par M. le docteur VERNEUIL (1).

Le 5 avril 1862, un des chirurgiens les plus distingués de province, M. Mirault (d'Angers), me faisait parvenir le moule en plâtre d'une main mutilée, et un doigt récemment amputé, avec prière de faire l'examen anatomo-pathologique de ce dernier.

De plus, il m'adressait l'observation de la malade qui avait fourni les pièces et voulait bien me demander mon avis sur la nature de cette affection, aussi terrible que rare : terrible,

(1) Ce travail a été communiqué à la Société de chirurgie en janvier 1863.

FEUILLETON.

Lettres historiques sur la médecine chez les Indous.

Deuxième lettre. — Voir t. IX, p. 273.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Origine et développement de la médecine indoue.

I.

PÉRIODE VÉDIQUE : RÔLE DES RISHIS CHEZ LES ARIENS. HYMNES CONJURATOIRES.

Monsieur le rédacteur,

L'origine du peuple indou, l'histoire des premières périodes de sa vie ont, dans ces dernières années, occupé tout particulièrement les savants; et si aujourd'hui la science n'est pas encore complétement fixée sur ce sujet, certains points importants sont néanmoins définitivement acquis. C'est ainsi qu'on regarde comme n'étant plus guère contestable qu'à une époque très reculée, approximativement fixée au XVe siècle avant Jésus-Christ, un peuple pasteur, formé de l'agglomération d'un grand nombre de tribus, franchit les frontières nord-ouest de l'Inde pour descendre le long des vallées du Caboul et de l'Indus, d'abord dans le Pendjab, puis dans le bassin du Gange. Ces peuplades, dont l'ensemble est connu historiquement sous le nom d'*Ariens* (*arya*, vénérable), laissaient derrière elles, dans ces contrées qu'elles venaient d'abandonner, d'autres tribus également nombreuses, plus avancées peut-être en civilisation et constituant les *Iraniens*, d'où descendirent plus tard les Mèdes et les Perses, mais dont nous n'aurons pas à nous occuper.

On estime que cette première émigration des Ariens dura environ mille ans, pendant lesquels ils eurent à lutter avec les populations aborigènes, différentes de race. Celles-ci, une fois vaincues, ou bien se retirèrent dans les vallées peu accessibles

car, après quinze ans de souffrances et la perte successive de quatre doigts, rien ne faisait présager la guérison ; rare, puisque notre confrère n'avait, dans sa vaste pratique, jamais rien observé de semblable, puisque les membres de la Société de médecine d'Angers n'avaient pu se prononcer davantage, puisque enfin divers confrères très éminents, parmi lesquels je citerai M. le professeur Denonvilliers, avaient pensé qu'il s'agissait d'une lésion nouvelle sans description jusqu'à ce jour.

S'adresser à ma jeune expérience pour déterminer la nature d'une affection qui avait tenu en échec un si grand nombre de praticiens éclairés constituait de la part de M. Mirault une flatteuse, mais périlleuse provocation, et j'aurais été tenté de décliner un tel honneur si je n'avais voulu donner au moins à notre confrère une preuve de bonne volonté.

C'était à mes connaissances en histologie surtout que l'appel était fait ; malheureusement, comme je le dirai plus loin, le microscope ne me révéla dans les tissus du doigt amputé aucune altération significative, et la dissection simple n'en apprenait guère plus. A défaut de ces puissantes sources de lumières, je recourus à la méthode historique, qui, si elle ne tranche pas directement les questions litigieuses, sert bien souvent de guide : je cherchai donc si mes lectures ne me donneraient pas les éléments d'une interprétation plausible. Après avoir étudié minutieusement le fait, après avoir maintes fois demandé à M. Mirault des renseignements complémentaires qu'il voulut bien me fournir avec la plus grande obligeance, je fis une hypothèse que je soumis à l'appréciation d'un de mes anciens chefs de service, M. Bazin, dont les magnifiques travaux et les vues profondes ont si radicalement changé la face de la dermatologie moderne. M. Bazin se rangea complétement à mon avis. C'est donc avec ces préparations préalables que je vais répondre à la confiance dont M. Mirault a bien voulu m'investir. Si la solution que je propose n'est pas satisfaisante, j'espère que mes efforts ne m'en seront pas moins comptés.

Voici d'abord l'observation, telle qu'elle résulte des notes qui me sont parvenues à diverses époques. Je laisse donc la parole à M. Mirault :

Obs. — Marie Aubry, âgée de trente-huit ans, d'un tempérament sec, a toujours habité la campagne ; sa mère est morte, encore jeune, des suites d'une couche ; son père, actuellement âgé de soixante-seize ans, a été vigoureux dans son temps ; il est aujourd'hui grand, maigre, pâle. Des huit frères et sœurs de la malade, un seul a succombé, probablement à la fièvre typhoïde ; un autre a souffert pendant trois mois de gonflements articulaires au genou et au coude, qui furent considérés comme de nature rhumatismale.

L'enfance de M... a été maladive ; mais elle ne peut rien préciser sur les affections dont elle aurait été atteinte. En 1846, elle a passé toute l'année au lit pour un rhumatisme articulaire, si l'on s'en rapporte aux renseignements qu'elle donne. Au reste, elle occupe dans la maison paternelle une chambre basse, mal close et humide. Vers 1852, elle eut au côté gauche du cou un abcès qui fut ouvert, et qui a laissé une cicatrice f rt apparente, longue de 2 centimètres, parallèle à l'axe du cou.

Les menstrues ont paru à vingt-deux ans (1846) ; elles ont été régulières pendant une année environ ; mais dès le début de la singulière affection des mains, elles ont présenté des retards, toutefois sans interruption complète ni très prolongée.

C'est en 1847 que débuta la curieuse affection qui va nous occuper. L'annulaire de la main droite fut pris le premier. Les douleurs ouvrirent la marche ; elles siégeaient surtout dans les articulations, dont les mouvements étaient difficiles et douloureux ; elles comprenaient cependant tout le doigt, et s'irradiaient même au poignet, à l'avant-bras, au bras jusqu'à l'aisselle, en suivant le trajet des nerfs et des vaisseaux. Quelque temps après survint de la rougeur, puis du gonflement ; le doigt, quoique douloureux au toucher, n'offrait pas les signes d'une inflammation vive. Au bout d'un an, il doubla de volume et changea de forme. Ce ne fut qu'en 1850, trois ans après le commencement du mal, que je fus consulté, et pus constater les particularités suivantes :

Le doigt est beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal, mais son accroissement n'est pas également réparti sur tous les points ; il a pris la forme d'un cône à sommet inférieur, à base supérieure ; la phalange unguéale n'a subi qu'une faible augmentation. Au niveau de la seconde phalange, le volume a presque doublé ; mais les dimensions sont encore exagérées dans les deux tiers inférieurs de la première. Le gonflement cesse d'une manière brusque au niveau d'un sillon circulaire perpendiculaire à l'axe du doigt, sillon qui se confond du côté de la face palmaire avec le pli métacarpo-phalangien, et qui du côté de sa face dorsale se trouve à un travers de doigt au-dessous de l'interligne métacarpo-phalangien. Étroite et profonde, cette rainure figurait un étranglement très serré, tel qu'aurait pu l'occasionner un anneau métallique ou une ligature solide. Son fond était occupé par une ulcération linéaire d'assez mauvais aspect ayant détruit toute l'épaisseur du derme, et reposant par son fond sur les tendons fléchisseurs et lombricaux, qu'on voyait distinctement à nu. A l'apparition de ce dernier symptôme, les douleurs devinrent encore plus intenses ; elles étaient brûlantes, excessives, ne laissaient de repos ni le jour ni la nuit. Les émollients, les narcotiques, les résolutifs, la compression, les bains de toute sorte, les scarifications mêmes ne procurèrent aucun soulagement. Plusieurs mois se passèrent ainsi dans un état de souffrance insupportable. Les mouvements des articulations phalangiennes étaient nuls par suite de l'induration des tissus, et la gêne qu'occasionnait ce doigt nuisait beaucoup à l'usage de la main. D'ailleurs l'état général s'altérait ; c'est pourquoi, n'espérant rien de la thérapeutique ordinaire, je proposai l'amputation, qui fut acceptée. La désarticulation fut pratiquée dans l'articulation métacarpo-phalangienne par la méthode à deux lambeaux latéraux. Ceux-ci étant suffisamment longs, la réunion immédiate fut tentée ; mais elle échoua. Les bords de la plaie s'ulcérèrent, et la cicatrisation ne mit pas moins de dix-huit mois à s'effectuer. Chose remarquable, les douleurs qui se faisaient sentir dans le doigt avant l'opération continuèrent dans la plaie pendant tout le temps de la cicatrisation ; à la vérité, elles étaient moins fortes.

J'ai relaté, sans la scinder, toute l'histoire pathologique de ce premier doigt ; mais il faut dire maintenant qu'à peine était-il affecté depuis six mois, qu'à la même main le doigt voisin, c'est-à-dire le médius, avait été envahi à son tour : même début, même marche continue, mêmes lésions anatomiques. En 1853, environ cinq ans après le début de cette seconde manifestation, M..., vaincue par la douleur, réclama d'elle-

---

que protégeaient les montagnes voisines, où il en reste sans doute encore des débris, ou bien acceptèrent le joug et formèrent dans la suite la caste méprisée des Çoudras. C'est alors que finit la période dite védique et que commença la période brahmanique, pendant laquelle s'établit et brilla, dans toute la splendeur de sa civilisation, de son développement intellectuel, de sa forte organisation politique, cette grande nation indoue sur laquelle il nous reste encore tant à apprendre.

Mais revenons sur nos pas, et, nous rapprochant du sujet qui nous occupe plus spécialement, cherchons à pénétrer dans l'intimité de ce peuple, à l'âme encore si simple, aux mœurs encore si naïves.

Entièrement adonnés à la vie pastorale, avant de quitter les rives du Caboul pour pénétrer dans l'Inde, les Aryas formaient un grand nombre de familles ou de petites tribus se suffisant à peu près chacune à elle-même, et sans un lien politique bien consistant. Le *Rig-Véda*, le plus ancien de leurs livres sacrés, celui précisément qui nous peint cette période si reculée de leur histoire, montre ce peuple pratiquant le culte de la nature sous sa forme la plus simple : la religion consiste en offrandes faites par les *rishis* (sanscrit *rishi*, homme pieux, saint), ou même par les chefs de famille. Les vieillards gardaient dans leur mémoire, pour les transmettre à leurs fils, les hymnes ou chants sacrés dont un grand nombre, échappé aux injures du temps, font revivre aujourd'hui pour nous dans tous ses détails le tableau si intéressant des premiers jours d'un monde frère du nôtre. Sous la direction de chefs librement choisis, chacun s'adonne à la culture des pâturages, au soin des troupeaux, probablement aussi aux dangereux hasards de la guerre contre les tribus voisines.

Mais voici que, sous l'influence de causes puissantes encore peu connues aujourd'hui, sans doute de profondes dissidences religieuses, toute la nation s'ébranle, et, quittant les Iraniens ses voisins, entreprend ce gigantesque mouvement de translation dont nous avons parlé plus haut. Les soucis de l'émigration succèdent à toutes les autres préoccupations ; les dangers

même une nouvelle mutilation. Une consultation eut lieu avec MM. Burnet et Farges; aucun moyen ne paraissant pouvoir remplacer l'amputation, celle-ci fut pratiquée par le même procédé, et présenta les mêmes suites. La plaie mit deux ans à se cicatriser; il y eut alors une rémission apparente. Mais en 1856, alors que depuis une année environ la main droite était guérie, le médius de la main gauche fut pris à son tour, et toujours d'une manière identique. Convaincu de l'inutilité des moyens locaux, je m'adressai aux modificateurs généraux : tisanes amères et dépuratives, iodure de potassium, préparations arsenicales et même mercurielles (quoiqu'on ne pût soupçonner d'antécédents syphilitiques), purgatifs répétés, sulfureux *intus* et *extra*, bains locaux avec la décoction de feuilles de noyer, tout resta sans effet.

Ce fut alors que je présentai M... à la Société de médecine d'Angers, en me demandant s'il ne s'agissait pas d'un cas d'éléphantiasis des Arabes. Mon diagnostic ne fut pas appuyé; mais personne n'en proposa un autre, et ne donna de nouveaux conseils thérapeutiques. A quelque temps de là, M. le professeur Denonvilliers, malgré un examen attentif, ne se prononça ni sur la nature, ni sur le traitement de ce mal; il fallut donc revenir encore à l'instrument tranchant, et désarticuler le médius gauche.

L'année suivante ce fut le tour de l'annulaire de la même main. Les symptômes, quoique fort analogues, n'y acquirent cependant pas autant de gravité : le doigt prit moins de volume; le sillon, creusé à sa racine, resta plus évasé, moins profond, et ne s'ulcéra pas; à son niveau, toutefois, la peau, très amincie, semblait collée aux tendons. J'essayai cette fois un traitement local énergique : quatre scarifications profondes et étendues furent pratiquées parallèlement à l'axe. Les plaies consécutives offrirent un mauvais aspect, et restèrent six mois à se cicatriser; mais l'effet parut avantageux, car non-seulement l'amputation ne devint pas nécessaire, mais les douleurs diminuèrent peu à peu, et la tuméfaction disparut à ce point que ce doigt peut être aujourd'hui considéré comme guéri relativement (1); je dis relativement, parce qu'il reste difforme, fléchi d'une manière permanente, que ses articulations sont presque ankylosées, que les mouvements volontaires y sont abolis, et que l'on provoque encore une douleur assez vive quand on essaye le redressement.

En 1859, l'affection retourna à la main droite et sévit sur l'indicateur; elle suivit ses phases avec tant d'opiniâtreté qu'il fallut amputer le 3 avril 1862. Je puis donner quelques détails sur cette opération : le jet de sang fourni par les collatérales a paru un peu plus petit qu'à l'état ordinaire; l'externe seule a dû être liée. En raison de l'ulcération du sillon, il ne restait de téguments que bien juste ce qu'il fallait pour tailler des lambeaux; cependant la réunion fut possible à l'aide de trois points de suture, en laissant néanmoins en avant un peu d'écartement des bords, pour permettre l'écoulement des fluides. Deux fils furent enlevés au bout de six jours, le troisième après sept jours révolus. Aucun de ces fils n'avait sensiblement entamé la peau, malgré la tension assez considérable des bords. Au dixième jour, la plaie était entièrement fermée; mais ce résultat ne fut pas de longue durée. En effet, le 19 du même mois, la cicatrice et les téguments qui recouvrent la tête du métacarpien étaient rouges et tuméfiés; la plaie s'était rouverte en avant, ses bords commençaient à s'ulcérer; les douleurs, qui avaient disparu pendant dix jours, revinrent ainsi vives. Le 4 mai, la région de la plaie présentait une ulcération superficielle d'assez mauvais aspect, et la malheureuse, en proie à la douleur, avait perdu le repos. Après s'être étendue à toute la surface du moignon formé par la tête du deuxième métacarpien, l'ulcération resta stationnaire pendant les mois de juin, juillet et août.

(1) Ceci a été écrit en avril. La suite de l'observation prouvera le contraire.

En septembre, elle se cicatrisa peu à peu, mais non complétement, car aujourd'hui, 18 octobre (1), elle offre encore quelques millimètres d'étendue. Sa surface est couverte d'une sorte de couche pseudo-membraneuse qui se continue à son pourtour avec un épiderme mou, rudimentaire, friable, peu adhérent, qui recouvre le moignon collectif des trois doigts que cette main a perdus. Le pourtour de ce moignon est le siége d'une rougeur érysipélateuse violacée et blafarde qui s'est progressivement étendue à toute la face dorsale de la main. L'épiderme y est soulevé presque partout par un fluide séro-purulent, ce qui donne à cette région une ressemblance frappante avec certains vésicatoires volants avant l'ablation de l'épiderme soulevé. Le siége de la dernière amputation est toujours chaud et en proie à des douleurs vives, brûlantes, lancinantes, avec exacerbations nocturnes qui empêchent le sommeil. Un renseignement complémentaire aidera peut-être à éclairer la question de nature. Outre l'affection des mains, j'ai observé successivement chez M... deux ulcères siégeant à la face antérieure des avant-bras : l'un, du côté droit, occupait la partie moyenne du membre, et mesurait environ 10 à 12 centimètres de diamètre; l'autre avait envahi la moitié inférieure de l'avant-bras gauche et la portion attenante de la main (2). Tous deux ont débuté par un soulèvement de l'épiderme simulant une brûlure ou un large vésicatoire volant, avec rougeur diffuse à toute la circonférence. Sous l'épiderme se voyait une couche épaisse de matière concrète qui m'a paru fibro-albumineuse. Après la destruction de l'épiderme restait une surface d'un rouge obscur, un peu violacée, puis une ulcération, à bords très minces, irréguliers, non décollés, saignant facilement lorsque l'on renouvelait les pansements, fournissant enfin une suppuration jaunâtre et mal liée. Accompagnés d'une inflammation périphérique assez vive, ils étaient le siége de douleurs continues, violentes tout à fait comparables à celles des doigts; à deux ou trois reprises, ils semblèrent en voie de réparation, et se recouvrirent d'une mince couche cicatricielle; mais, sous l'influence d'une recrudescence soudaine, cet épiderme rudimentaire, qui attestait la tendance à la guérison, était soulevé par du fluide, puis par la couche de substance plastique dont il a été question plus haut.

L'un et l'autre de ces ulcères ont duré trois ans : le premier, de 1850 à 1853; le second, né en 1858, vient à peine de se fermer. Ils ont laissé à leur suite une cicatrice superficielle qui à droite est inégale, chagrinée et même un peu bridée, à gauche, au contraire, lisse, luisante, peu solide. Dans aucun moment de leur durée, ces plaies n'ont pris les caractères des ulcères scrofuleux, ni de tout autre ulcère diathésique; elles se sont montrées réfractaires à vingt remèdes différents, y compris la cautérisation actuelle et potentielle, cette dernière surtout variée de toute manière.

Elles ont guéri, en quelque sorte, spontanément, sous une influence inconnue; leur caractère dominant était, sans contredit, cette douleur insupportable qui, là comme aux doigts, faisait le supplice de l'infortunée M...

A différentes époques que je ne puis préciser, les ganglions axillaires et épitrochléens, à droite comme à gauche, ont été douloureux et engorgés. Aujourd'hui ils ne sont ni volumineux, ni sensibles au toucher; de

(1) Pour comprendre ces dates, il faut se rappeler que l'observation se compose de plusieurs communications de M. Mirault.
(2) D'où il ressort que ces ulcères ne furent ni symétriques ni simultanés.

---

inévitables auxquels on est chaque jour exposé font recourir plus souvent à la protection des dieux et surtout d'Indra, ce Jupiter oriental (le culte de Brahma et de la trinité indienne n'est pas encore en vigueur). Le chef de famille, qui jusqu'ici était le prêtre de sa maison, n'a pas toujours assez de loisirs pour offrir lui-même le sacrifice aussi souvent que sa conscience le lui prescrirait; alors les poëtes, les *rishis*, qui, mieux que les autres, connaissent les chants religieux et les rites sacrés, deviennent des personnages plus importants de jour en jour: « La terre étrangère donne un saint attrait à ce » qui vient de la patrie, et c'est pour cela que ces familles de » chantres devinrent des familles de prêtres, dont l'influence » se concentra de plus en plus à mesure que le peuple s'éloi- » gnait de son sol natal, qu'il avait à soutenir plus de guerres » au dehors et que, par conséquent, il oubliait davantage ses » anciennes institutions. » (Weber, *Histoire de la littérature indienne*, traduction Sadous. Paris, Durand, 1859, p. 74.) — Nous voyons déjà poindre ici l'origine de cette puissante caste des brahmanes dont l'autorité sans rivale domine toute l'histoire du peuple indou.

Le brahmane, en effet, va personnifier désormais un pouvoir théocratique d'un absolutisme radical, absorbant la vie intellectuelle de l'État tout entier, dictant des lois remplies des priviléges qu'il se réserve. De là aux rites secrets, aux initiations mystérieuses, aux prétentions charlatanesques à une inspiration directe, il n'y a qu'un pas, qu'il ne tarda pas longtemps à franchir.

En quoi avait consisté l'art de guérir durant les dix ou douze siècles que nous venons de parcourir? Disons d'abord que, parmi les documents littéraires qui datent de cette époque (sinon pour la rédaction, du moins pour la composition), c'est-à-dire les *védas*, il ne se trouve aucun traité spécial relatif à la guérison des maladies. Il est, d'ailleurs, prouvé qu'on recourait déjà à l'usage des médicaments; mais on accordait surtout sa confiance aux invocations, aux hymnes conjuratoires. Les brahmanes, agissant aisément sur l'imagination de

même les douleurs de la main se sont étendues parfois à toute l'extrémité thoracique, mais actuellement cette irradiation n'existe plus.

Au moment où j'écris (18 octobre), quatre doigts manquent : trois à la main droite, un à la main gauche. La plaie de la dernière amputation (index droit) n'est point cicatrisée ; l'annulaire gauche, autrefois fortement menacé, est à présent presque guéri ; il est pourtant plus douloureux encore que ses voisins, qui tous ont été le siége de douleurs articulaires ; tous même sont plus ou moins rétractés ; ils ne peuvent s'étendre volontairement, ni passivement, car la mobilité de leurs articles est réduite à peu de chose, si ce n'est à l'index, qu'on peut allonger presque complétement sans grand effort.

Quoique ces doigts n'offrent pas de trace d'inflammation externe, la pression y est douloureuse, et bien plus encore les manœuvres de redressement.

A la main droite, les deux seuls doigts restant (pouce et auriculaire) ne sont pas malades ; le petit doigt seul est un peu fléchi.

Après chaque amputation je me suis borné à l'examen de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et des tendons ; les articulations étaient très roides, mais non complétement ankylosées. Je n'ai point cherché quel pouvait être l'état des vaisseaux et des nerfs.

C'est pourquoi, le 5 avril, M. Mirault m'adressait le dernier doigt amputé, en me priant d'en faire avec soin l'anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Conformément à ce désir, j'ai disséqué avec le plus grand soin le doigt amputé, et consacré plusieurs heures à l'examen histologique des tissus affectés. Un mot d'abord sur la configuration extérieure dont le moule en plâtre reproduit l'image fidèle. La forme du doigt est très bizarre et toute spéciale ; jamais, en effet, les inflammations aiguës ou chroniques n'amènent dans l'appendice digital de semblables déformations ; l'extrémité terminale n'a pas éprouvé de trop grands changements, mais à partir de la dernière articulation phalangienne l'augmentation de volume devient très sensible, et se continue toujours croissant jusqu'à la base.

Celle-ci, quoique légèrement arrondie et émoussée à sa circonférence, se termine brusquement pour atteindre le sillon circulaire, qui coupe perpendiculairement le doigt au niveau du pli palmaire métacarpo-phalangien. Dans ses quatre cinquièmes inférieurs, le doigt, qu'on me passe cette comparaison vulgaire, ressemble tout à fait à une carotte ou à un navet à sommet tronqué ; au contraire, au-dessus du sillon, et vue du côté de la face dorsale, la racine de l'indicateur offre des dimensions tout à fait normales.

Les plis correspondant aux articulations inter-phalangiennes sont peu visibles, un sillon très superficiel en indique à peine la place. L'enveloppe tégumentaire générale est tendue, peu mobile, sans rides, ni plicature, adhérente aux couches sous-jacentes, et comme fusionnée avec elles. Après l'avoir débarrassé, par le grattage, d'un revêtement épidermique assez épais, on lui retrouve tous ses caractères anatomiques, c'est-à-dire les orifices sudoripares, les sillons et les plates-bandes papillaires un peu élargis. Du reste, ni ulcérations, ni cicatrices, ni taches vasculaires, ni noyaux circonscrits d'induration, ni veinosités, ni bosselures ramollies.

La consistance commune à la peau et aux parties qu'elle recouvre est homogène, dure, rénitente ; elle rappelle la sensation que donne au toucher l'œdème dur, l'inflammation chronique, ou, pour parler plus rigoureusement, cette induration élastique de la peau du scrotum atteinte d'éléphantiasis. Cette similitude, jointe à la tuméfaction et à l'indolence au toucher, frappèrent sans doute M. Mirault quand il pensa à rapprocher de cette affection la lésion qu'il observait.

Après avoir divisé les parties molles longitudinalement sur le milieu des faces dorsale et palmaire, et jusqu'aux parties osseuses et tendineuses, je constate que la peau elle-même n'a pas beaucoup augmenté d'épaisseur, mais qu'elle semble fusionnée avec le tissu cellulaire sous-cutané, de façon à n'en être isolable que par une dissection tout à fait artificielle. Même fusion de cette couche celluleuse avec les parties profondes. Rien n'est plus facile à l'état normal que la décortication du doigt, quelques coups de scalpel divisant les adhérences profondes du derme permettent de mettre à nu les tendons et les gaînes. Ici il n'en est plus de même. Les bourses synoviales, sous-cutanées, dorsales et palmaires sont effacées, et lorsqu'après une dissection assez laborieuse on est arrivé à découvrir les tendons et leurs anneaux fibreux, on trouve qu'ils ont perdu l'aspect brillant et nacré qui les caractérise. Du reste, ils ne sont pas seulement agglutinés à l'enveloppe celluleuse extérieure qui les recouvre, ils sont partout dépolis et adhérents : ainsi les deux fléchisseurs sont soudés entre eux et avec leurs coulisses fibreuses. L'extenseur, de son côté, ne glisse plus sur la face dorsale des phalanges. Les synoviales profondes ont donc disparu, et avec elles la mobilité des cordes tendineuses.

Les articulations n'offrent plus que des mouvements très rudimentaires ; les ligaments périphériques sont rigides, inextensibles ; enfin des brides cellulo-fibreuses courtes et fortes, étendues d'une surface articulaire à l'autre concourent à établir une fausse ankylose. Les synoviales articulaires n'existent plus qu'à l'état de vestiges. Les cartilages sont conservés, mais ils sont dépolis et hérissés des débris fibreux qu'il a fallu rompre pour examiner l'intérieur des jointures. Hors cela, nul épanchement, nulle suppuration, nulle déformation des surfaces diarthrodiales. Le périoste n'est point épaissi ; les os, dépouillés de leur enveloppe, semblent tout à fait sains. J'ai examiné très scrupuleusement les nerfs et les vaisseaux sans pouvoir y rien trouver d'anormal ; les parois vasculaires étaient saines. Quant à juger par la dissection d'une augmentation ou d'une diminution légères dans le calibre de canaux vasculaires aussi petits, il n'y fallait point songer. Peut-être les nerfs étaient-ils un peu plus volumineux que de coutume, aussi bien que les *corpuscules* dits de *Pacini*, mais en tout cas cela était peu frappant. L'examen microscopique n'a rien révélé de saillant dans le névrilème, le périnèvre, les faisceaux nerveux, ni les tubes primitifs. Le nerf collatéral externe, à une petite distance du point où il avait été coupé, était légèrement injecté ; mais il ne faut pas oublier qu'en cet endroit il occupait le fond du sillon ulcéré de la base du doigt, ce qui explique peut-être cette particularité.

Pour donner aux lambeaux d'amputation le plus de longueur possible, le bistouri a précisément dû passer dans le sillon : aussi n'a-t-il pas été possible d'étudier anatomiquement la structure de l'anneau cutané constricteur, dont l'épaisseur avait été d'ailleurs singulièrement diminuée par l'ulcération. Immédiatement au-dessous, la peau prenait sans transition notable les caractères que nous avons assignés au segment digital tout entier. J'en omets l'histologie, qui ne m'a rien offert de saillant.

Il ne reste plus qu'à faire connaître la cause anatomique de la tuméfaction du doigt ; elle réside entièrement dans la couche celluleuse sous-cutanée, qui s'est indurée et accrue, surtout du côté palmaire, jusqu'à tripler ou quadrupler d'épaisseur. Ces changements sont évidents à première vue ; mais j'éprouve un véritable embarras à caractériser les lésions élémentaires auxquelles on a affaire. Au-dessous de la peau, légèrement épaissie, on retrouve les lobules adipeux et les tractus fibreux qui les séparent : les premiers ne sont un peu plus volumineux peut-être qu'à

---

ce peuple mystique, enthousiaste, faisaient accepter comme très naturelle la facilité de leurs relations avec les puissances divines et, jusqu'à un certain point, leur influence décisive sur les intentions des divinités, car, comme nous l'avons dit ailleurs, « la puissance passe de la divinité dans la formule, qui finit par acquérir un pouvoir magique. Un dieu invoqué selon les règles, *conceptis verbis*, ne peut guère ne pas céder. » Plus tard, nous verrons les Indous, comme d'ailleurs les Grecs d'Homère, adresser des injonctions menaçantes aux dieux qui n'exauceront pas leurs prières.

Les *Védas*, et surtout le quatrième, l'*Atharvavéda*, renferment un certain nombre d'hymnes qui ont pour but la guérison des maladies, la préservation des maléfices, l'éloignement des fléaux épidémiques ou même la résurrection des morts, comme le prouve un hymne du *Rigvéda*, dont voici le début :

« Ton âme, qui est allée au loin dans la contrée de Yama » (dieu de la mort), nous la rappelons pour qu'elle revienne » ici dans ta maison, à la vie.

. . . .

» Ton âme, qui est allée visiter au loin la terre aux quatre » parties, nous la rappelons pour qu'elle revienne ici dans ta » maison, à la vie.

» Ton âme, qui est allée au loin dans l'Océan et ses flots » écumeux, nous la rappelons, etc. » (*Rigvéda*, section VIII, hymne 13.)

L'hymne suivant, bien que nous le tirions de l'*Ayurvéda* de Suçruta, ouvrage exclusivement médical, semble néanmoins avoir été composé dans les premiers temps de foi naïve, dont il respire la douceur et la simplicité. Il est destiné à hâter un accouchement :

« Que l'ambroisie, la lune, le soleil et les chevaux d'Indra » daignent venir protéger ta demeure, ô toi qui souffres sur ce » lit de travail ! Que cette ambroisie, sortie des eaux pro» fondes, te débarrasse sans danger de ton enfant ! Que le dieu

l'état normal et comme œdémateux ; les seconds sont épaissis, opaques, grisâtres, criant sous le scalpel, et semblent infiltrés d'une sérosité tenace qui s'écoule difficilement sous la pression. Tous ces éléments anatomiques sont fusionnés, adhérents ensemble, inélastiques ; sur leur coupe on retrouve l'aspect des tissus chroniquement enflammés au voisinage des vieux ulcères de la jambe : c'est une sorte d'infiltration plastique à demi organisée, moitié phlegmasie et moitié œdème.

Au microscope, outre les vésicules graisseuses très inégales et d'abondantes gouttelettes huileuses libres, on ne reconnaît guère qu'un tissu fibroïde à faisceaux confus empâtés de matière amorphe, qui, traité par l'acide acétique, devient transparent, et montre de nombreux noyaux fibro-plastiques.

En résumé, il ressort des détails précédents qu'un travail inflammatoire a sévi autrefois sur l'ensemble du doigt, et qu'il y a laissé des traces évidentes non-seulement dans la couche celluleuse sous-cutanée, mais encore dans les synoviales tendineuses et les articulations. Mais, en dehors de ces lésions, qu'on peut d'ailleurs rapporter à l'arthrite digitale, l'anatomie pathologique n'indique pas la nature de l'affection dans son ensemble. Cependant les résultats négatifs eux-mêmes ne sont pas sans importance, car ils nous permettent de dire sinon ce qu'est la maladie, au moins ce qu'elle n'est pas; ainsi, la supposition de l'éléphantiasis n'est pas plus confirmée par l'examen anatomique que par les détails cliniques. Il ne s'agit pas davantage de cancer, de tubercule, de fibrome, d'altérations osseuses, etc.

Il faut également renoncer à expliquer par une altération locale des nerfs les douleurs dont cette affection fut toujours accompagnée; tout au plus pourrait-on croire que les cordons sensitifs, entourés et comprimés par des tissus indurés, ont pu en souffrir ; mais cette explication toute mécanique serait insuffisante, car les douleurs précédèrent toujours le gonflement; elles se montrèrent dans les doigts, qui ne subirent aucun changement de volume; elles sévirent enfin dans des points où n'existaient ni induration ni compression, c'est-à-dire dans les ulcères de l'avant-bras et dans les moignons des diverses amputations.

Néanmoins, il ne faut pas aller trop loin et méconnaître absolument le rôle qu'a pu jouer dans la production des douleurs l'anneau fibreux rétracté qui occupait la racine de certains doigts. En effet, les souffrances augmentèrent aussitôt et chaque fois que l'étranglement susdit se montra. Cette recrudescence n'a, d'ailleurs, pas lieu d'étonner quand on songe que les nerfs collatéraux à ce niveau étaient fortement serrés contre le squelette osséo-fibreux sans être protégés par les parties molles, et qu'ils étaient même à nu au fond de la plaie quand les sillons s'ulcéraient. Pour prouver ce que j'avance, rappelons que les douleurs furent moins violentes au doigt annulaire gauche, dont le sillon plus large, moins serré, ne s'ulcéra pas, et qu'elles cessèrent peu à peu à ce même doigt lorsqu'on y eut pratiqué quatre longues et profondes scarifications.

Pour tirer tout le parti possible d'une anatomie pathologique peu significative en elle-même, il me reste à faire une remarque : la déformation singulière des doigts qu'il a fallu amputer doit être rapprochée d'une autre particularité qui a moins vivement frappé M. Mirault : je fais allusion à ce même sillon rétracté siégeant à la base des doigts ; or, d'après les détails de l'observation, la tuméfaction fusiforme s'arrêtait brusquement au-dessous de l'étranglement; elle n'a, de plus, jamais envahi les doigts qui n'ont pas présenté la rétraction annulaire susdite.

En présence de deux phénomènes coïncidents, il y a toujours à se demander si l'un ne domine pas l'autre et ne joue pas le rôle de cause. Or, il est évident que la formation du sillon a chaque fois précédé la tuméfaction fusiforme; d'autre part, l'altération anatomique de la couche sous-cutanée participait, comme je l'ai dit, des caractères de l'inflammation et de l'œdème chronique; d'où l'on est autorisé à conclure que, loin de constituer un élément fondamental dans l'affection, la déformation digitale n'est que la résultante bizarre de l'inflammation non équivoque et de la gêne circulatoire veineuse ou lymphatique inévitablement causée par la constriction cutanée circonscrite.

Plus tard, j'utiliserai la précédente argumentation.

Tel a été le résultat de mes recherches anatomiques. La dissection aussi minutieuse des doigts précédemment extirpés aurait-elle été plus fructueuse ? Il est permis d'en douter. Pour chacun de ces appendices, les symptômes ont été si semblables qu'on peut, sans se compromettre, conclure à l'identité des lésions.

J'en pourrais rester là, sûr d'avoir intéressé le lecteur en communiquant un des faits les plus curieux qui aient été, à coup sûr, publiés depuis longtemps. Certes, je n'ai pas la prétention d'avoir tout lu, et je n'oserais pas avancer que rien de semblable n'a jamais été observé ni décrit; mais je dirai seulement que, dans des recherches assez étendues, je n'ai vu nulle part un cas pareil ni même comparable. Il y a donc lieu de remercier notre confrère au nom de la science pour avoir sauvé de l'oubli une telle observation.

Mais M. Mirault demande plus : il désire qu'après avoir tranché le point de priorité, on élucide la question de nature. Il nous faut donc résolûment aborder le problème sans nous effrayer des difficultés qu'il présente et du peu d'attrait qu'offrent, aux yeux du plus grand nombre, des recherches de ce genre.

Forget (de Strasbourg), de regrettable mémoire, disait : « Un des événements les plus importants dans l'évolution des » sciences médicales, c'est sans contredit la découverte d'une

---

» du feu, le dieu des tempêtes, le soleil et Indra, et avec lui » tous les dieux qui ont en leur pouvoir le sel et l'eau, » viennent te soulager ! Le bœuf s'est délivré du lien qui le » retenait, le rayon a quitté le soleil et est devenu libre ; toi » aussi, jeune enfant, délivre-toi sans hésiter et sors, sors sans » crainte. » (*Ayurvéda*, Chikitsitasthana, ch. 15, édition de Calcutta, 1836, t. II, p. 62.)

Nous avons dit plus haut que le quatrième *véda*, l'*Atharva-véda*, renferme en plus grand nombre que les trois autres des hymnes incantatoires. Cela tient sans doute à ce qu'il est plus moderne et reflète des préoccupations moins exclusivement pieuses, où du moins d'une piété moins désintéressée. Ce qui tend à la confirmation de cette opinion, c'est, entre autres raisons, le ton arrogant de quelques-uns de ces hymnes, où l'on reconnaît bien plutôt le trafic éhonté d'un pouvoir imaginaire que la confiance aveugle de la foi simple et sans détours. L'exemple suivant servira à montrer comment au prêtre succède l'exorciste :

« Je te sauve et te fais vivre par ce breuvage, te délivrant » de la maladie inconnue qui te dévore, de la phthisie qui te » consume. Quand l'accès de fièvre viendra te prendre et te » saisir, qu'Indra et Agni te préservent et t'en défendent. »

« Si la vie du malade a disparu, si elle est anéantie ou si » elle n'est que dans le voisinage de la mort, je le retire du » sein même du néant, sans la moindre atteinte, et je lui » assure encore cent automnes. »

Ceci est un document positif, démontrant que, pendant la période védique, les brahmanes mêlaient à leurs prières des pratiques médicales plus ou moins rationnelles, et l'usage des médicaments, préparant ainsi cette sérieuse doctrine dont nous parlerons plus tard et qui repose nécessairement sur une longue observation. Il ne faut pas oublier non plus que les sacrifices d'animaux, fréquents dans la religion védique, avaient appris, jusqu'à un certain point, aux brahmanes l'anatomie grossière, ainsi que le prouvent les listes assez exactes d'organes insérées dans divers hymnes.

» nouvelle maladie (1). » Je le concède ; mais, outre qu'il faut y regarder à deux fois avant d'ajouter un nouveau rameau à l'arbre nosologique, je crois qu'il n'est pas sans mérite, une affection nouvelle étant donnée (je dis affection et non maladie), de lui assigner sa véritable place d'après ses analogies et ses différences.

Ce fait fût-il incontestablement sans précédents, il faudrait encore examiner s'il constitue une entité morbide ou s'il ne serait pas simplement une lésion rare, insolite, déviation des types connus, ou enfin la traduction encore inédite d'une diathèse, d'une maladie constitutionnelle. Pour saisir plus aisément l'ensemble du long récit qui précède, résumons-en rapidement les particularités dominantes :

Il s'agit d'une jeune femme, à enfance souffreteuse, qui subit en 1846 une attaque longue et tenace de rhumatisme articulaire généralisé. Elle y est prédisposée à deux titres différents : un de ses frères souffre du même mal, puis elle habite une chambre de campagne, froide, basse et humide. La maladie générale cède enfin ; mais, dès l'année suivante, un doigt se prend, isolément à la vérité ; des douleurs violentes s'y fixent, localisées d'abord dans les articulations, puis répandues dans tout le petit membre. A mesure que la douleur s'enracine, les phénomènes anatomiques se dessinent : roideur, semi-ankylose, immobilité, rougeur, tuméfaction, apparition d'un sillon à la racine, déformation singulière.

En 1848, six mois après, le doigt voisin se prend de la même manière.

En 1850, un ulcère à forme et à marche spéciales se montre à l'avant-bras. On avait, sur ces entrefaites, amputé le premier doigt malade. Or, la plaie de l'amputation et l'ulcération développée spontanément offrent des caractères presque identiques : même couleur, même dépôt pseudo-membraneux au centre, même état de la circonférence, mêmes douleurs atroces, même résistance à tous les agents thérapeutiques, même ténacité, même délai interminable pour arriver à une guérison qui survient à son heure. Pour obtenir la cicatrisation de plaies qui ne mesurent que quelques centimètres, il faut attendre non pas des semaines ni des mois, mais bien des années.

Tant que durent ces plaies, tant que persistent ces douleurs, les autres doigts restent indemnes ; enfin les premières manifestations s'usent, en quelque sorte, d'elles-mêmes par la puissance du temps. Mais la rémission n'est malheureusement pas longue : elle dure à peine une année. Le membre droit seul jusqu'alors avait été compromis. L'affection se déclare à la main gauche ; elle envahit en 1856 le médius, qu'il faut sacrifier ; en 1857, l'annulaire, que par hasard on put conserver ; enfin, en 1858, la face antérieure de l'avant-bras, sous forme d'ulcère cutané.

(1) *Revue médico-chirurgicale*, t. II, p. 16, 1847.

Sans quitter son nouveau champ de ravages, la maladie, se généralisant de plus en plus, retourne à la main droite en 1859, pour y déterminer la perte de l'indicateur, qu'on est forcé d'amputer en 1862. Au jour actuel, la plaie de l'opération offre encore le spécimen de la maladie tout entière : rougeur diffuse, ulcérations des bords, douleurs intenses, etc.

L'observation, commencée depuis quinze ans environ, s'arrête ici, mais non la maladie. Rien n'indique encore la fin de cette longue torture ; quatre doigts ont été sacrifiés, un cinquième a failli tomber sous le couteau ; il en reste cinq. Deux seulement sont à peu près sains, trois autres sont rétractés, semi-ankylosés, douloureux. Qui sait s'ils ne se gonfleront pas plus tard, s'ils ne s'ulcéreront pas à leur base, si l'on ne devra pas les désarticuler à leur tour et s'il ne faudra pas encore quinze ans d'horribles souffrances pour faire cesser le combat, faute de combattants !

Voici où l'on en est après avoir épuisé la presque totalité des topiques et des modificateurs locaux et généraux, et sans avoir eu même la satisfaction de calmer les douleurs d'une manière permanente par l'*ultima ratio*, c'est-à-dire par le bistouri.

Devant une semblable évolution morbide, en présence d'altérations et de symptômes aussi variés, quoique très évidemment solidaires, portant à la fois sur les deux mains et les deux avant-bras, enfin compte tenu des résultats fournis par l'anatomie pathologique, il est clair qu'il ne s'agit ni d'une lésion primitivement locale ayant envahi par la suite la totalité du doigt, ni même d'une affection simple localisée dans un même système organique.

Les douleurs sont atroces, continues et tenaces ; cependant ce n'est pas plus une névralgie qu'une ostéite. Les articulations, les gaînes synoviales sont malades, et ce n'est point une arthrite simple ; ce n'est pas davantage une dermatose pure, quoique le tégument soit depuis longtemps atteint aux avant-bras, sur la face dorsale des métacarpes, à la racine de plusieurs doigts, etc.

Certainement, toutes ces lésions, tous ces troubles fonctionnels coexistent, mais c'est à titre d'association réciproque. Ils ne constituent pas une réunion fortuite d'affections hétérogènes, mais un groupe symptomatique appartenant à une maladie générale, constitutionnelle, jouant sans cesse le rôle de cause permanente, revêtant, à la vérité, la forme fixe et concentrant sa puissante activité sur une région circonscrite du corps.

Il est banal de dire que le traitement des affections liées à une maladie constitutionnelle repose entièrement sur la connaissance étiologique, ou, en d'autres termes, qu'en dehors de notion précise sur la nature des maladies on ne réussit que par l'effet du hasard, et cependant, si mon hypothèse est juste en ce qui touche la malade de M. Mirault, la démonstra-

---

Les Indous védiques ne brûlaient pas leurs morts ; un hymne très curieux que nous allons citer en entier prouve qu'ils les enfouissaient. Ce fut donc plus tard que put commencer, avec l'habitude de brûler les morts, cette odieuse pratique qui condamnait la veuve à périr sur le bûcher du mari. Voici le document dont nous parlons :

« Levez-vous, entourez celui que le temps a frappé, et, suivant votre âge, faites des efforts pour le soutenir. Que Tvachtri, distingué par sa noble lignée, soit touché de votre piété et vous accorde une longue vie.

» Laissez approcher avec leur beurre onctueux ces femmes vertueuses qui possèdent encore leur époux. Exemptes de larmes et de maux, couvertes de parures, qu'elles se lèvent devant le foyer.

» Et toi, femme, va dans le lieu où est encore la vie pour toi. Retrouve dans les enfants qu'il te laisse celui qui n'est plus. Tu as été la digne épouse du maître à qui tu avais donné ta main.

» Je prends cet arc dans la main du trépassé, pour notre force, notre gloire, notre prospérité. O toi, voilà ce que tu es devenu ! Et nous, en ces lieux, puissions-nous être des hommes de cœur et triompher de nos superbes ennemis !

» Va trouver la terre, cette mère large et bonne qui s'étend au loin. Toujours jeune, qu'elle soit douce comme un tapis pour celui qui a honoré les dieux par ses présents. Qu'elle te protége contre Nirriti (divinité du mal).

» O terre, soulève-toi. Ne blesse point ses ossements. Sois pour lui prévenante et douce. O terre, couvre-le, comme une mère ses enfants du pan de sa robe.

» Que la terre se soulève pour toi. Que sa poussière t'enveloppe mollement. Que dans ces maisons chaque jour coule le Ghrita ; qu'elles te présentent un asile.

» J'amasse la terre autour de toi ; je forme ce tertre pour que tes restes ne soient point blessés. Que les Pitris gardent

tion peut conduire à un résultat pratique immédiat; elle peut dicter une thérapeutique capable, sans moyens violents, de mettre un terme à des souffrances qui ont déjà duré trop longtemps pour la malheureuse patiente et pour l'honneur de l'art.

J'ai dit que Marie Aubry était sous le coup d'une maladie constitutionnelle d'un vice général : *totius substantiæ*, comme auraient dit les anciens, c'est-à-dire d'une de ces maladies qui, seules, ont le privilége d'attaquer simultanément ou successivement plusieurs systèmes organiques en tout ou en partie, et d'y provoquer des lésions souvent fort différentes : l'ulcération ou l'hypertrophie, l'inflammation ici adhésive, là suppurative, etc.

A ce point de vue, la multiplicité et la dissemblance des lésions que nous avons décrites, la pluralité des systèmes envahis, loin de constituer une objection et de créer un embarras, confirment l'à priori et éclairent le problème. Une seule chose reste à faire, c'est de chercher à laquelle des maladies constitutionnelles, peu nombreuses, du reste, se rapportent les symptômes anatomiques et physiologiques précités.

D'abord, quels sont ces symptômes? J'ai eu soin d'éliminer déjà le plus important à première vue, le plus insignifiant en réalité, c'est-à-dire la tuméfaction conoïde des doigts, car, en somme, il ne consiste que dans un gonflement sans caractère spécial, lésion trop vulgaire pour désigner clairement une maladie générale quelconque. Restent donc :

1° Les altérations articulaires et tendineuses, entraînant comme conséquences naturelles la fausse ankylose et l'abolition des mouvements;

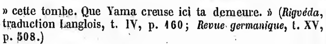
2° Le rétrécissement annulaire de la racine des doigts;

3° Les ulcérations rebelles antibrachiales et métacarpiennes, ces dernières influençant les suites des amputations;

4° Les douleurs opiniâtres.

Maintenant, pour aller droit au but et hâter l'élimination, je dirai que ces symptômes, tels qu'ils se sont montrés, n'appartenant ni à la syphilis ni à la scrofule, dont la malade n'a d'ailleurs jamais été entachée, *se rapportent, au contraire, fort nettement, suivant moi, à cet état morbide général autrefois dénommé vice rhumatismal et désigné par quelques modernes sous le nom d'arthritisme.*

(*La suite à un prochain numéro.*)



III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

PHYSIOLOGIE. — *Note sur l'infection purulente*, par M. *Flourens*. — Je fis, dit M. Flourens, au moyen d'un trépan, une ouverture sur le crâne d'un chien, d'ailleurs parfaitement sain; et j'introduisis par cette ouverture, entre le crâne et la dure-mère, deux ou trois gouttes à peine de pus pris sur un autre chien. Au bout de quelques heures, l'animal tomba dans un abattement profond; il se tenait constamment couché, il ne pouvait supporter sa tête, évidemment elle lui pesait, il l'appuyait par terre; mis debout, il se tenait quelques instants sur ses jambes et se recouchait; il n'avait ni paralysies ni convulsions; il ne se plaignait ni ne gémissait : c'était un *coma* profond, mais *coma vigil*, avec les yeux ouverts et voyants, et sans respiration bruyante. Un flux perpétuel de pus s'écoulait par l'ouverture du crâne. Je n'ai guère vu de chien ainsi opéré survivre plus de deux ou trois jours à l'opération. Après la mort on a trouvé une quantité énorme de pus dans le crâne, autour du cerveau, dans les ventricules; la dure-mère en était gorgée; elle était gorgée de pus et de sang : la véritable cause de la mort de l'animal avait été une *méningite*. On n'a trouvé d'ailleurs de pus que dans le crâne. On n'en a trouvé dans aucun viscère ni de la poitrine ni de l'abdomen; on n'en a point trouvé dans les veines. Ainsi, deux ou trois gouttes à peine de pus, pris sur un chien et porté sur la dure-mère d'un autre chien, ont produit une *méningite*.

M. Flourens ajoute qu'il s'est assuré que, dans la méningite, la dure-mère, enflammée, devient le siége d'une exquise sensibilité.

PATHOLOGIE COMPARÉE. — *Méningite comateuse sans paralysie; note de* M. *Serres*. — Un gibbon est mort il y a quelques jours à la ménagerie, à la suite d'un coma, sans paralysie, qui a duré quatre ou cinq jours.

A l'autopsie, le cerveau enlevé avec grand soin nous a offert une méningite granuleuse, et de plus un ver vésiculaire enkysté, qui paraît avoir été le point de départ de la méningite comateuse ou apoplectique (apoplexie méningée).

THÉRAPEUTIQUE. — *Du copahu et du styrax comme spécifiques du croup et de la diphthérite*, par M. *Tridan*. — Au milieu d'une épidémie très meurtrière de diphthérite qui a enlevé deux à trois cents personnes dans le canton de Chaillant, arrondissement de Laval (Mayenne), l'idée me vint d'employer un puissant modificateur de la membrane muqueuse qui pût changer sa vitalité, et je fis choix du copahu et du styrax.

» cette tombe. Que Yama creuse ici ta demeure. » (*Rigvéda*, traduction Langlois, t. IV, p. 160; *Revue germanique*, t. XV, p. 508.)

II.

PÉRIODE BRAHMANIQUE : LES BRAHMANES ET L'AYURVÉDA. CASTE DES VAIDYAS.

Les vagues renseignements qui précèdent résument tout ce que nous savons et sans doute à peu près tout ce que nous saurons de l'histoire médicale indoue pendant la période védique; mais voici venir le moment où l'art formera un corps de doctrines, où les productions scientifiques et l'enseignement public répandront dans la caste privilégiée, et même plus tard dans les autres castes, les connaissances réservées jusque-là à quelques adeptes. Ces nouveaux développements de l'art de guérir seront surtout favorisés, comme ceux de tous les éléments civilisateurs, par la pacification du pays, la prise de possession définitive des contrées nouvellement envahies, la défaite et la soumission partielle des populations aborigènes. Nous touchons à l'heure où la nation brahmanique, sous l'influence incessante et irrésistible de la caste des prêtres, arrive au milieu des douceurs de la paix, des avantages d'une industrie largement développée, des charmes et du bien-être de la vie agricole, qui a succédé à la vie pastorale, à une régularisation presque parfaite des éléments sociaux.

Néanmoins, longtemps encore, la vie intellectuelle des Indous sera concentrée dans la caste sacerdotale, et c'est chez elle que nous trouverons toujours les plus célèbres représentants de l'art médical. Le prêtre, qui savait invoquer la divinité selon les rites pour éloigner ou guérir les maladies, sera aussi en possession de tous les secrets de la science. Mais si, lorsqu'il ne s'agissait que d'invocations, chaque prêtre pouvait, par cela seul qu'il était prêtre, intervenir auprès du dieu, son rôle deviendra plus difficile quand il s'agira de connaissances acquises, de résultats de la tradition, de données scientifiques. Nous verrons alors se dessiner des individualités, des *célébrités*,

A partir du premier jour de leur emploi, j'ai guéri cinq cas de croup et quarante d'angine diphthéritique, depuis cinq mois et demi environ. Je n'ai perdu qu'un seul malade. Le plus souvent, c'est dans les vingt-quatre heures que survient l'amélioration; la guérison a ordinairement lieu dans le délai de quatre à six jours.

J'emploie le copahu sous forme de sirop (formule du docteur Puche) ou à l'état solidifié. C'est également le sirop de styrax du Codex dont je me sers. Pour les adultes, je prescris une cuillerée à bouche toutes les deux heures, alternant avec le sirop de styrax pris également toutes les deux heures. Pour les enfants de quatre à six ans, ce sont des cuillerées à café prises de la même manière. Dans les cas graves, le malade prend 5 grammes de copahu en lavement, deux lavements par jour. Le copahu est généralement toléré tant que la maladie n'est pas dominée... (*Comm.* : MM. Andral, Bernard.)

Physiologie. — M. *Saurel*, qui avait adressé, à l'occasion d'une communication de M. *Delbruck* sur *la respiration durant le sommeil*, une première note relative aux modifications qu'apporte cet état à quelques-unes des fonctions de l'économie animale, présente aujourd'hui, sur le même sujet, un travail plus développé ayant pour titre : Modifications de la transpiration cutanée durant le sommeil; la sueur auxiliaire de la respiration. (*Comm.* précédemment nommés : MM. Payen, Longet.)

Chirurgie. — M. *Gaugain* adresse de Bordeaux une note concernant l'emploi d'un topique destiné à hâter la cicatrisation des plaies et à prévenir quelques-uns des accidents auxquels elles peuvent donner lieu, particulièrement à la résorption purulente. Ce topique consiste en une poudre d'écailles d'huîtres dont on saupoudre les plaies à nu, de manière à les recouvrir d'une couche de poudre ayant uniformément de 4 à 5 millimètres d'épaisseur. Si l'absorption purulente a déjà commencé, M. Gaugain recommande de déposer d'abord sur la plaie une mince couche de sel commun finement pulvérisé, et de recouvrir celle-ci d'une seconde couche plus épaisse de poudre d'écailles d'huîtres.

— M. *L. Beltz* adresse au concours pour le prix des arts insalubres un exemplaire de la Dissertation inaugurale, dans laquelle il a traité des causes de la mortalité des tailleurs de pierres et des moyens de la prévenir. (*Réservé pour la commission des arts insalubres.*)

— M. *Bonacorsi*, en adressant un opuscule écrit en italien sur la couenne du caillot sanguin et un autre sur une variété étiologique de l'érysipèle, exprime le désir que l'Académie veuille bien s'en faire rendre compte. (*Renvoi à M. J. Cloquet pour un rapport verbal.*)

Nominations. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant de la section d'économie rurale, en remplacement de feu M. *Vilmorin*.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 50, M. Ch. Martins obtient 44 suffrages; M. de Vibraye 6.

M. *Ch. Martins*, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre d'État transmet l'ampliation d'un décret en date du 11 février courant, et par lequel est approuvée l'élection de M. *Berthelot*, en remplacement de M. Ferrus, décédé.

M. *Berthelot*, sur l'invitation de M. le président, prend séance.

Le même ministre adresse l'ampliation d'un autre décret en date du 11 février courant, et par lequel l'Académie est autorisée à accepter le legs à elle fait par feu M. le docteur *Ernest Godard* d'une rente annuelle de 1000 francs, ayant pour objet la fondation d'un prix annuel d'égale somme, lequel portera la dénomination de *prix Ernest Godard*.

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Un rapport de M. le docteur *Willemin* sur le service médical des eaux minérales de Vichy (Allier) pendant l'année 1862. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Un rapport de M. le docteur *Mialet* sur une épidémie de suette miliaire dans l'arrondissement de Gourdon (Lot) en 1862. — *c.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans les départements de l'Aube, de la Moselle, du Finistère, des Vosges, de la Vienne, de l'Allier et de la Haute-Savoie. (*Commission des épidémies.*)

3° L'Académie reçoit : *a.* Une note sur une épidémie de goître aigu observée à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand pendant l'été de 1862, par M. le docteur *Dourif*. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Une lettre relative à un appareil dilatateur de l'utérus, destiné à provoquer l'accouchement prématuré artificiel, par M. le docteur *Daudé* (de Marvejols). (*Comm.:* M. Devilliers.) — *c.* Un mémoire de M. le docteur *Legros* (d'Aubusson), intitulé : *De l'hémorrhagie pendant la trachéotomie; procédé pour éviter la lésion du corps thyroïde.* (*Comm.:* MM. Malgaigne, Barth, Gosselin.) — *d.* Un mémoire de M. le docteur *Achard* (de Saint-Marcellin) sur le traitement hygiénique de la fièvre typhoïde, de la suette miliaire, du typhus et de toutes les maladies miasmatiques. (*Comm.:* MM. Poiseuille et Regnault.) — *e.* Une lettre de M. le docteur *Cazaintre* (de Limoux), qui sollicite le titre de membre correspondant.

Lecture.

Chirurgie. — M. *Ségalas* donne lecture d'un rapport sur un *uréthrotome à rotation*, soumis à l'examen de l'Académie par M. le docteur *Beyran*.

M. le rapporteur, après avoir donné la description de cet

---

comme nous dirions aujourd'hui (1). C'est donc d'après les ouvrages dogmatiques et les documents historiques, respectés par le temps et transmis jusqu'à nous, que nous allons établir dans la suite de ce travail ce que furent le développement, la physionomie, les procédés, les progrès, les erreurs, etc., de la médecine pendant cette seconde période, que nous nommerons brahmanique.

Comme il fallait, autant que possible, conserver à la caste inspirée tout son prestige, à la doctrine son caractère de révélation, on admit et on fit admettre que la science médicale, même dans ses procédés les plus matériels, était d'origine divine. La médecine fut donc considérée comme un véda accessoire, un *upavéda*, qui reçut le nom d'*ayurvéda*, c'est-à-dire *science de ce qui a rapport à la vie* (de *ayus*, durée de la vie, et *véda*, science). Tous les ouvrages relatifs à la médecine furent attribués aux divinités réputées instruites dans l'art de guérir. Nous ne pouvons mieux faire, pour donner une idée de ce fait singulier, que d'analyser le début de l'*Ayurvéda* de Suçruta, ouvrage très important, encore classique aujourd'hui, et auquel nous reviendrons souvent.

Le dieu de la médecine, Dhanwantari, était aussi, dit la tradition, le médecin des dieux, et il exerçait son art dans l'Olympe indien avec un succès nécessairement complet. D'ailleurs, un médecin, au lit d'un malade qu'il sait immortel, doit, ce nous semble, porter son pronostic avec une certaine assurance. Dhanwantari, voyant, d'une part, combien la pauvre humanité est exposée sans cesse aux maladies, aux accidents, aux infirmités, et combien est grande, d'autre part, l'ignorance des hommes pour tout ce qui regarde la médecine et l'hygiène, descendit un jour sur la terre. Il s'établit à Kaçi (Benarès), où il pratiqua l'art de guérir et se fit admirer par les cures merveilleuses qu'il opérait. Les sages lettrés (*rishis*) résolurent de lui adresser une députation chargée d'implorer

(1) Ce que nous disons ici de la médecine pourrait évidemment s'appliquer aussi à tous les arts et à toutes les sciences : la littérature, la philosophie, le droit, etc.

instrument et indiqué le procédé de son application, propose le renvoi du nouvel uréthrotome et de la note qui l'accompagne à la commission du prix d'Argenteuil. (*Adopté.*)

Discussion sur les eaux potables.

M. *Chatin* analyse sommairement la première partie de sa dissertation, qu'il a exposée dans la dernière séance; il revient sur les transformations que l'eau pluviale subit en traversant le sol; l'eau notamment emprunte au sol des oxydes ou des sels de fer qui jouent un rôle hygiénique de première importance.

L'orateur est d'avis que les eaux pluviales sont le type des eaux potables; les eaux de source sont bonnes ou mauvaises suivant les terrains qu'elles traversent et les matières salines qu'elles dissolvent. Sous ce rapport, l'analyse chimique peut fournir de précieuses indications qu'un hygiéniste ne doit jamais dédaigner. Les eaux de rivières participent aux qualités des eaux de pluie et des eaux de source; elles ont l'immense inconvénient de subir les influences atmosphériques et de se charger, chemin faisant, de toutes sortes d'impuretés. Les eaux des nappes souterraines sont très variables, suivant les couches du sol qu'elles occupent ou qu'elles traversent. Il faut donc, pour se fixer sur leur nature, non-seulement en faire l'analyse chimique, mais encore prendre en très haute considération la constitution géologique des roches que lavent ces eaux.

M. Chatin, revenant sur l'étiologie du goître et du crétinisme, s'élève encore une fois contre la théorie des matières organiques, dont M. Bouchardat s'est fait le promoteur devant l'Académie; puis il examine l'influence des causes générales, telles que l'alimentation, le régime, les habitations, la direction des vallées et des vents, etc. La commission de Sardaigne a attribué à ces causes une très haute importance, une importance trop considérable au gré de l'orateur. Le goître et le crétinisme se développent très souvent en dépit des meilleures conditions de nourriture, de domicile, etc. Dans certaines contrées, affreusement mal partagées sous ce rapport, on ne rencontre pas trace de goître ni de crétinisme. Voilà donc deux raisons péremptoires qui doivent infirmer singulièrement les conclusions de la commission de Sardaigne en ce qui concerne l'action des causes dites générales. Cette influence doit conséquemment être reléguée au second rang.

L'orateur est convaincu que le goître se rattache principalement à l'absence ou à l'insuffisance de principes iodés dans l'eau employée pour la boisson. Il invoque en faveur de cette opinion les arguments suivants : le goître se développe dans les populations condamnées à boire des eaux dépourvues d'iode, telles que les eaux de certains puits, les eaux de la plupart des grandes vallées alpestres; le goître n'existe pas dans les contrées arrosées par des eaux convenablement iodées; pour amender les symptômes de la dégénérescence thyroïdienne ou pour guérir cette lésion, il suffit de faire boire des eaux iodées aux individus qui en sont affligés; enfin tous les médecins envoient les goîtreux aux stations minérales riches en iodures, et c'est à cette particularité que les eaux de Challes doivent leur juste réputation. Il faut conclure de ces arguments que l'absence d'iode joue un rôle prédominant dans la production et le développement de l'affection goîtreuse.

M. *Boudet* résume en quelques mots la querelle récente des partisans des eaux de rivière et des prôneurs des eaux de source.

La question, discutée d'abord en dehors de cette enceinte, est entrée dernièrement dans ce qu'on pourrait nommer sa phase académique. Deux opinions extrêmes se sont tout d'abord trouvées en présence, l'une soutenue par M. Jolly, l'autre par M. Robinet : le premier plaidant en faveur des eaux de rivière, le second prenant fait et cause pour les eaux de source; l'un attribuant une influence très grande à la présence ou à l'absence des gaz et des matières salines, l'autre faisant bon marché des propriétés chimiques de l'eau et prenant en plus grande considération les qualités physiques, à savoir la température et la limpidité. Puis est venu M. Bouchardat, qui a fait devant l'Académie deux belles leçons d'hygiène sur les eaux potables, et qui a émis çà et là des doctrines nouvelles qui demandent à recevoir la sanction de l'expérience et du temps.

M. Boudet définit l'eau potable, en indique les caractères essentiels, et résume ses opinions à ce sujet dans les conclusions suivantes :

1° Une eau potable de bonne qualité doit remplir la triple condition d'être agréable à boire, propre à la préparation des aliments et au savonnage;

2° La qualité des eaux potables, quelle que soit leur origine, qu'elles aient été puisées dans une source ou dans une rivière, dépend essentiellement de leur composition chimique et de leur état physique;

3° Les caractères des eaux potables de bonne qualité sont les suivants : elles doivent être claires et limpides, sans odeur ni saveur; elles ne doivent incruster ni les conduits qu'elles parcourent ni les vases qui les contiennent; leur degré hydrotimétrique ne doit pas dépasser 25 degrés; elles doivent être convenablement aérées, c'est-à-dire tenir en dissolution 20 à 22 centimètres cubes d'azote, 9 à 10 centimètres cubes d'oxygène, 20 ou 25 centimètres cubes d'acide carbonique par litre; elles ne doivent contenir que des traces de matières organiques et à peine 1 centigramme de nitrates, 10 à 15 centièmes de milligramme d'ammoniaque.

Toute eau qui contient des matières organiques altérées ou en voie de décomposition doit être rejetée des usages domestiques.

---

de lui la communication de ses précieuses connaissances. Dans ce but, huit d'entre eux allèrent le trouver dans sa retraite, au milieu des forêts, et lui demandèrent de leur exposer une doctrine médicale qui leur apprît la nature, les causes et la guérison des maladies, tant dans le but de conserver la santé dans cette vie que pour augmenter les chances de bonheur pour l'âme dans l'autre vie. Dhanwantari leur répondit qu'il était tout disposé à accéder à leurs désirs. Tous l'écoutèrent attentivement; l'un d'eux, Sucruta, *sténographia* les leçons du maître. A l'aide de ses *notes*, il composa l'ouvrage qui nous est parvenu sous son nom. « L'*Ayurvéda*, dit d'abord le céleste » professeur, fut composé par Brahma lui-même, avant la » création de l'homme, en cent mille distiques et mille cha» pitres; mais, en considération de la brièveté de la vie et de » la pauvreté de l'intelligence humaine, il réduisit l'ouvrage » à huit parties dont le développement va suivre (1). »

On peut conclure de là, tout en laissant de côté la partie légendaire de ce récit, qu'à une certaine époque, que nous chercherons à préciser plus loin, la pratique de la médecine fut concentrée entre les mains d'une fraction de la caste brahmanique, tout particulièrement consacrée à l'étude des *canons* médicaux (*shastras*). Les documents qui sont parvenus jusqu'à nous, établissent que la base des études médicales était un corps de doctrines régulier, étendu, complété par une philosophie médicale, des sciences accessoires, etc., le tout portant le nom générique de *Ayurvéda.* Alors commença la période brillante de la médecine indoue, car si le médecin, dans l'Indoustan, ne put jamais soustraire la pratique de son art aux niaiseries de la superstition, du moins, pendant toute l'époque à laquelle nous faisons allusion, sut-il contre-balancer, par des études théoriques et pratiques longues et sérieuses, l'influence

(1) Les textes relatifs au droit, autre branche de la science sacrée, avaient une origine non moins céleste : ainsi, on trouve dans la préface du code de Narada que les lois de Brahma étaient d'abord écrites en cent mille distiques (*slokas*), que, sur l'ordre de Manou, Narada réduisit à douze mille distiques, lesquels Soumali, à son tour, ramena à quatre mille vers.

4° L'eau de la Seine au pont d'Ivry peut être considérée comme un excellent type d'eau potable;

5° L'eau de la Dhuis prise à sa source n'est pas assez aérée et contient trop de carbonate de chaux pour constituer une eau potable de très bonne qualité; mais si, en lui faisant parcourir un long trajet dans des aqueducs largement aérés, on parvenait à lui donner l'air qui lui manque et à réduire la proportion de bicarbonate de chaux qu'elle contient naturellement au-dessous du point de stabilité de ce sel, c'est-à-dire à l'équivalent de 17 degrés hydrotimétriques, il y a lieu de penser qu'alors elle pourrait offrir les conditions d'une eau potable à peu près égale en qualité à l'eau de la Seine et très supérieure aux eaux d'Arcueil et du canal de l'Ourcq.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 20 FÉVRIER 1863.

Discussion sur le secret du médecin dans la question du mariage.

M. *Rigaud*. Statistique triennale (1861, 1862 et 1863) des mort-nés dans le 3ᵉ arrondissement.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. BÉHIER.

La séance est remplie entièrement par la lecture d'un rapport volumineux de M. *Hillairet* sur la question de la pellagre. L'impossibilité de saisir au vol un document de cette importance nous engage à n'en parler que quand il sera imprimé.

Dr E. ISAMBERT.

Société anatomique.

SYPHILIS VISCÉRALE CHEZ UN FŒTUS DE SEPT MOIS ET DEMI, par M. MARTINEAU, interne des hôpitaux.

OBS. — Morlaise (Céline), âgée de seize ans et demi, entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Hélène, service de M. Fremy, le 20 novembre 1862.

Cette jeune fille n'a présenté aucune maladie grave dans son enfance. Née de parents bien portants, elle a été réglée à l'âge de dix ans. Les règles se sont établies sans occasionner de douleurs, et depuis elles sont revenues tous les mois sans présenter de phénomènes morbides bien tranchés; elles durent ordinairement huit jours.

Au commencement du mois de mars de cette année, cette jeune fille fit pour la première fois la connaissance d'un homme avec lequel elle eut des rapports sexuels. C'était peu de temps après l'époque menstruelle; depuis, les règles ne sont plus revenues, et en même temps surviennent d'autres phénomènes, tels que vomissements, douleurs, gonflement des seins, qui font supposer à cette femme qu'elle est enceinte.

Au bout de trois mois, l'homme avec lequel elle avait vécu jusqu'alors, voyant qu'elle était réellement enceinte, l'abandonne. Pendant tout le temps qu'elle est restée avec lui, elle n'a pas été malade.

Vers la fin du mois de juin, se trouvant sans ressources, elle fit la connaissance d'un autre individu avec lequel elle eut des rapports sexuels. Au bout d'un mois, vers le 20 juillet, elle s'aperçut qu'elle portait sur les parties génitales externes de petits boutons s'accompagnant de vives démangeaisons et d'un écoulement jaunâtre abondant. Elle ne fit aucun traitement, elle se borna seulement à des soins de propreté. Au bout d'un mois et demi, elle vit apparaître sur son corps de petites taches d'un rouge sombre qui ne lui occasionnaient aucune démangeaison; en même temps elle éprouva un léger mal de gorge. En présence de ces nouveaux phénomènes, elle se décide à entrer à l'hôpital Beaujon, où elle est admise dans le service de M. Gubler le 24 septembre 1862.

A son entrée, on constate sur tout le corps une éruption abondante de taches rouges cuivrées, en un mot on constate une roséole spécifique; en même temps il existe une légère rougeur du voile du palais; les ganglions occipitaux sont légèrement tuméfiés. Du côté des organes génitaux, on trouve sur les grandes lèvres plusieurs plaques muqueuses légèrement excoriées.

Cette femme est soumise au traitement par le protoiodure de mercure.

Le 20 novembre, elle commence à ressentir des douleurs dans les reins, douleurs se montrant sous forme de coliques; ces douleurs, d'abord intermittentes, deviennent de plus en plus continues : aussi, prévoyant que cette femme allait bientôt accoucher, on la fait passer dans le service de M. Fremy, salle Sainte-Hélène. Le soir même, à huit heures, elle accouche d'une petite fille Cette enfant est chétive, présente tous les caractères d'une constitution cachectique; on ne trouve sur la surface du corps aucune éruption, aucun caractère rappelant la syphilis. Au bout de trois jours, elle succombe sans avoir présenté de nouveaux phénomènes.

A l'*autopsie*, mon collègue et ami Cornil a trouvé les altérations qu'il a consignées dans la note qu'il m'a remise à ce sujet. (Voy. ci-après.)

Cette observation m'a paru intéressante à un double point de vue.

En effet, nous voyons une jeune fille de seize ans et demi, chez laquelle, pendant son enfance, on ne peut constater aucune maladie constitutionnelle. Elle devient enceinte vers le mois d'avril; au bout de trois mois, l'individu avec lequel elle était restée jusqu'alors l'abandonne : aussi, se trouvant sans ressources, elle est obligée de vivre avec un autre homme. Au bout d'un mois et demi de cohabitation avec celui-ci, étant, par conséquent, enceinte de quatre mois et demi, elle présente tous les symptômes de la vérole : d'abord, accidents primitifs, puis, au bout d'un mois, accidents secondaires, pour lesquels elle vient à Beaujon. On la soumet au traitement mercuriel, et, vers le 20 novembre, deux mois après son entrée à l'hôpital, elle accouche avant terme d'un enfant chétif, cachectique, ne présentant sur son corps aucune éruption pouvant rappeler la syphilis. Cet enfant succombe au bout de trois

---

désastreuse que tendaient à exercer sur son esprit les croyances ridicules patronées par la caste à laquelle il appartenait.

Les connaissances médicales faisant partie de la science sacrée, l'étude de l'art de guérir comptait au nombre des priviléges réservés à la classe cléricale; mais il faut dire à la louange des brahmanes que, probablement même d'assez bonne heure, ils abandonnèrent cette privauté : c'est ainsi que déjà, dans l'*Ayurvéda* de Suçruta, nous trouvons (*Sutrasthana*, ch. 2) que le médecin pourra accepter comme disciple un homme de la classe des *kchattryas* (guerriers) ou de celle des *vaiçyas* (laboureurs), ou même de la classe servile (*loc. cit.*), en exigeant de lui des conditions de moralité sévères et un certain nombre d'avantages physiques méticuleusement décrits. Il y eut donc, à côté des médecins prêtres, des médecins laïques; ceux-ci, de leur côté, formèrent dans la suite une classe déterminée dont l'origine remonte à une légende que nous allons rapporter :

« On lit dans les *Puranas* qu'une jeune femme de la classe » des *vaiçyas*, nommée *Ambâ*, servait en qualité de domestique » chez Galaba l'anachorète; celui-ci, qui était très content » d'elle, l'avertit un jour, en lui donnant sa bénédiction, » qu'elle aurait un fils, lequel serait beau et vénéré. Elle raconta le fait à ses parents, qui demandèrent au sage comment cela se pourrait faire, leur fille n'étant pas mariée; ils » firent remarquer que la naissance d'un enfant jetterait du » déshonneur sur la famille. Le sage répondit qu'il en serait » ainsi; que l'enfant se nommerait Virabhadra (très heureux); » qu'il serait très respecté, et que sa profession serait celle de » médecin. Cet enfant fut le premier des *vaidyas*, le chef de la » caste médicale.

» Ses quatorze fils étudièrent près des sages les livres sacrés » et devinrent des *pandits* pleins d'érudition et des médecins » fort habiles. C'est d'eux que descendent les médecins indous » qui forment actuellement la caste des *vaidyas*. Ils ont libre » accès à l'étude des *shastras*, ou commentaires des livres » saints. Les brahmanes étudient les sciences médicales pour

jours, n'ayant voulu prendre aucune nourriture. A l'autopsie, M. Cornil constate dans les poumons des productions pathologiques qu'il considère comme des produits syphilitiques.

Cette observation nous montre donc, en même temps qu'elle vient s'ajouter aux faits nombreux qui existent dans la science, que la mère donne la vérole à l'enfant, et elle prouve d'autant mieux cette proposition que, dans notre observation, la mère, étant déjà enceinte de quatre mois et demi lorsqu'elle a contracté la vérole, l'a transmise malgré cela à son fœtus.

Examen microscopique par M. Cornil.

Nous n'avons trouvé d'altérations anatomiques appréciables que dans les poumons et le foie.

Le poumon gauche était à peu près sain, si ce n'est une légère congestion à son bord postérieur. Le poumon droit, dans tout son lobe inférieur et au bord inférieur de son lobe supérieur, paraissait, au premier abord, hépatisé, tandis que la presque totalité du lobe supérieur avait une couleur rosée et une consistance molle. Le bord inférieur de ce lobe et la totalité du lobe inférieur étaient distendus, fermes au toucher et de coloration rouge foncé; mais, en regardant de plus près, nous vîmes bientôt que nous n'avions pas affaire à une hépatisation ordinaire. En écartant, en effet, les deux lobes, nous aperçûmes sur la face supérieuae du lobe inférieur deux petits îlots très régulièrement arrondis, de 3 millimètres de diamètre, et qui se distinguaient nettement sur le fond brun par la couleur jaune clair qui leur était propre. Ils ne faisaient pas de saillie; le trou qui les entourait était très congestionné et gorgé de sang.

Au bord tranchant inférieur et à l'extrémité antérieure du lobe supérieur, on trouvait aussi une petite surface arrondie de la grosseur d'une tête d'épingle et de couleur jaune. De pareilles lésions éveillèrent de suite en notre esprit l'idée de gommes syphilitiques; mais, comme elles ressemblaient aussi, quoique de loin, aux infarctus et abcès métastatiques qui succèdent aux embolies, nous ouvrîmes avec soin toutes les branches de l'artère pulmonaire, et nous devons dire, dès à présent, que nous ne trouvâmes aucune coagulation fibrineuse ancienne ni adhérente. Sur le reste de la surface du lobe inférieur, on voyait aussi d'autres surfaces dont les plus larges atteignaient de 6 à 8 millimètres, et se distinguaient par leur couleur jaunâtre.

Sur une coupe du poumon, les parties malades tranchaient également par leur aspect blanc jaunâtre; elles formaient des îlots dont les plus volumineux étaient ulcérés à leur centre et communiquaient avec l'extrémité des bronches; leur portion périphérique était plus dure et formait dans ceux qui étaient ramollis à leur portion centrale une sorte de coque fibreuse épaisse. Le parenchyme pulmonaire voisin était gorgé de sang.

Après avoir fait durcir la pièce dans l'acide chromique, nous l'avons étudiée au microscope sur des coupes minces et assez larges pour montrer sur la même préparation les produits de nouvelle formation et le tissu pulmonaire voisin. Voici ce que nous avons trouvé :

Dans les plus petits îlots, les cloisons fibreuses qui séparent les alvéoles étaient épaissies et offraient une prolifération abondante des noyaux de tissu cellulaire, provenant évidemment des corpuscules de ce tissu qui existent à l'état normal dans les cloisons. Ces noyaux (cytoblastions de M. Robin) étaient assez volumineux, pressés les uns contre les autres avec ou sans nucléole. La lumière des alvéoles était rétrécie par cet épaississement des cloisons, et leur cavité était vide. A peine pouvait-on distinguer une mince couche épithéliale interrompue par places, et normale dans l'intérieur de ces alvéoles. Les vaisseaux sanguins qui rampent dans les cloisons difficiles à reconnaître, étouffés qu'ils étaient par la multiplication des éléments de tissu cellulaire, ne contenaient pas de sang. Dans les points malades qui touchaient à la plèvre, cette membrane était épaissie également par la prolifération de ses éléments et se continuait sans démarcation tranchée avec les cloisons épaissies.

Le tissu pulmonaire voisin de ces productions morbides nouvelles était tout différent : là les cloisons interalvéolaires avaient leur gracilité normale, tandis que l'intérieur des alvéoles était rempli en totalité ou en partie par des globules rouges du sang.

Dans les îlots un peu plus volumineux, les cavités alvéolaires étaient effacées complétement en certains points par la formation de plus en plus abondante des noyaux de tissu conjonctif. Lorsque ces cavités étaient conservées, elles étaient extrêmement resserrées et à peine reconnaissables.

Enfin, dans les portions centrales ulcérées se trouvaient ces mêmes noyaux libres, avec formation dans leur intérieur de granulations brillantes données comme la caractéristique des globules de pus.

En résumé, les parties jaunes présentaient une hyperplasie des éléments du tissu cellulaire qui forme les cloisons, hyperplasie qui avait rétréci et effacé les cavités alvéolaires, et s'était terminée elle-même par suppuration. Le tissu pulmonaire avoisinant offrait seulement une réplétion sanguine des vaisseaux et des apoplexies intra-alvéolaires.

Le foie était un peu plus dur que le foie normal du fœtus. Sur sa surface, aussi bien que sur une coupe, on distinguait de petits points blancs jaunâtres sur un fond rouge, comme de la semoule. Ces points étaient la partie centrale des lobules.

A l'examen microscopique, la partie périphérique des lobules et le pourtour des cellules du foie étaient très riches en tissu cellulaire en voie de développement (tissu embryoplastique de

---

» leur propre avantage, les *kchattryas* pour le bénéfice de leur » santé, et les *vaidyas* pour en tirer des moyens d'existence. » Les médecins des deux premières classes se feraient un » grand scrupule d'accepter une récompense pécuniaire pour » des soins donnés aux malades. » (Wise, *Commentary on Hindu System of Medicine*, Calcutta, 1845, p. 11.)

Ces médecins, de la classe *vaidya*, souvent beaucoup plus instruits, toujours moins orgueilleux que les brahmanes, moins imbus qu'eux, sans doute aussi, des idées superstitieuses qui se rapportaient au culte, furent fort appréciés par leurs compatriotes. Manquant du prestige attaché aux traditions aristocratiques, ils n'eurent, pour attirer à eux la confiance et l'admiration publiques, que la ressource du talent et de l'instruction; ils s'attachèrent à faire valoir ces moyens honorables : aussi, disent les textes, ils passèrent presque toujours pour les plus vertueux et les « plus affables des Indous. » Sous leur influence, le niveau des études s'éleva, l'enseignement s'épura, la pratique se fortifia, et ils se montrèrent les dignes continuateurs des disciples de Dhanwantari. Aujourd'hui encore, si rien n'était venu contrarier leurs efforts, ils auraient persévéré dans cette voie, au grand avantage et avec les sympathies de tout le pays.

Mais diverses circonstances déplorables, en tête desquelles il faut placer les invasions musulmanes, jetèrent le plus complet désarroi dans les études médicales. Les conquérants tinrent peu de cas des connaissances des vaincus : les livres furent détruits ou au moins tout à fait négligés, et, grâce à l'action si pernicieuse du climat de l'Inde, ils devinrent bientôt d'une rareté très grande. Alors les superstitions grossières reprirent le dessus et trouvèrent même des prôneurs influents; la médecine magique redevint une science; elle eut sa littérature. La médecine rationnelle entra dans une période de délaissement et de décadence dont elle n'est pas sortie.

Nous venons de parcourir ainsi rapidement toute l'histoire du développement de la médecine indoue, depuis son origine dans les naïves invocations de *rishis* de la Bactriane; nous

M. Robin). Les cellules elles-mêmes contenaient de deux à cinq noyaux, et elles étaient très volumineuses.

Un pareil état du foie aurait eu chez un adulte une grande signification; mais il n'en est pas ainsi chez un fœtus. J'ai examiné, en effet, comparativement le foie de trois fœtus, l'un à deux mois, l'autre à six et le troisième à neuf mois, et j'ai rencontré à peu près les mêmes éléments dans les deux fœtus les plus jeunes. Aussi je n'attache pas d'importance à cet examen du foie, et je ne le consigne ici que pour prévenir contre une erreur possible.

Les altérations du poumon n'en restent pas moins avec toute leur valeur, et je crois qu'on doit les considérer, aussi bien d'après leurs caractères anatomiques que d'après les antécédents de la mère, comme des gommes syphilitiques. Leur caractéristique anatomique est plutôt dans leur forme arrondie, leur coloration, leur fermeté, l'espèce de coque périphérique résistante qui accompagne leur ulcération, que dans leur examen au microscope. Cet examen, en effet, y révèle simplement un processus irritatif qui porte sur les cloisons des alvéoles, une *pneumonie interstitielle suraiguë*, lésion qui peut se trouver dans bien d'autres cas. (Extrait des *Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1862.)

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Un cas d'aspermatisme, par le docteur Gregor Schmitt (de Zeilitzsteim).

On attribue trop communément l'infécondité des mariages à la stérilité de la femme, on traite longtemps celle-ci sans résultat, au lieu de chercher si la faute n'est pas du côté de l'homme. Tel fut le cas d'une jeune femme de vingt-neuf ans, mariée depuis six ans, parfaitement réglée, chez laquelle on ne trouvait aucune cause de stérilité, qu'un peu de catarrhe vaginal, inconvénient qui céda facilement à un traitement approprié. Le mari, ayant été atteint de la pierre, on pensa que la faute pouvait lui être attribuée. Toutefois, il fut opéré avec succès, et la femme resta stérile. En interrogeant le mari, le docteur Schmitt apprit de lui les particularités suivantes : c'était un homme de trente-six ans, bien constitué, sans antécédents syphilitiques, sans aucune maladie des organes génito-urinaires antérieure à la pierre qui l'avait fait souffrir depuis deux ans, sans aucun état général morbide. Mais il n'avait pas la conscience d'avoir jamais éjaculé, à la suite soit de coït, soit de masturbation, soit de pollution nocturne. Cependant les fonctions sexuelles s'accomplissaient avec une parfaite régularité. L'érection était facile et suffisante, le coït était voluptueux, accompagné du sentiment de satisfaction, et en même temps d'abattement qui marque la terminaison de l'acte; le malade avait des rêves lascifs avec sensation de plaisir et de fatigue consécutive, et jamais cependant une goutte de liquide quelconque n'avait été émise, ni retrouvée sur sa personne ni sur son linge. Le moral était excellent, le caractère enjoué. L'examen des parties génitales ne faisait reconnaître aucune anomalie, ni de la verge, ni des testicules, seulement ceux-ci n'étaient pas, même après le coït, sensibles à la pression comme ils le sont chez les autres hommes. Le cordon spermatique était normal; enfin, le chirurgien qui l'avait opéré de la pierre, et c'était une des sommités de la science, n'avait soupçonné aucune irrégularité dans les fonctions de ce malade.

Toutes ces circonstances ne peuvent s'expliquer que par une occlusion complète des conduits spermatiques amenant la rétention du sperme. Le cas mérite d'autant plus d'être mentionné, qu'il diffère sur beaucoup de points du petit nombre de faits rapportés dans la science. Dans les cas cités par M. Gosselin (*Arch. génér. de méd.*, 1853, sept.), par M. Roger (*Thèse de Paris*, 1857), l'oblitération reconnaissait pour cause une maladie antérieure (épididymite blennorrhagique, blessure, compression, calculs, tubercules ou dégénérescences des parois) du canal spermatique. Dans le cas du docteur Schmitt il n'y a aucun antécédent pathologique, le calcul vésical y est certainement étranger, puisque l'aspermatisme a précédé de longtemps l'apparition de ce calcul. Quant aux concrétions calculeuses des vésicules séminales, outre qu'elles sont très rares, elles sont, selon Meckel (*Microgéologie*, Berlin, 1856, p. 168), la conséquence et non la cause de la rétention séminale prolongée. L'état général du malade empêche également de croire à une dégénérescence tuberculeuse, cancéreuse ou autre. Il ne reste à supposer qu'une de ces anomalies congénitales observées sur le cadavre, dont M. Roger (*loc. cit.*) a relevé cinq cas, soit dans la littérature scientifique, soit dans sa propre observation ; celui de M. Schmitt ferait le sixième.

Quant au siége précis de l'oblitération, l'auteur fait remarquer qu'un obstacle, placé dans l'épididyme ou dans le canal déférent près du testicule n'empêche pas l'émission du liquide propre des vésicules séminales, et que l'on observe dans ces cas une dilatation du canal déférent et une tuméfaction douloureuse du testicule au moment du coït. (Voy. Gosselin et Roger, *loc. cit.*, ainsi que Curling.) Ces symptômes, qui paraissent devoir être d'autant plus apparents que l'obstacle est plus près de l'épididyme et du testicule, manquent complétement chez son malade, qui n'a jamais éprouvé de douleurs ni rendu de liquide des vésicules séminales. Il faut donc admettre qu'il y a chez lui une oblitération des deux conduits éjaculateurs, ou que, comme on l'a vu dans quelques cas, ces conduits débouchent tous deux dans la prostate, de sorte que leur ouverture est naturellement fermée. Cette hypothèse expliquerait

---

avons vu l'art de guérir florissant et honoré au milieu de la brillante civilisation brahmanique, puis entre les mains de l'intéressante caste des *vaidyas ;* nous avons assisté enfin à sa déchéance sous l'influence dissolvante de l'oppression musulmane. Il nous reste maintenant, pour compléter l'étude générale de notre sujet, deux questions à développer : celles de l'enseignement et de l'exercice do la médecine (1).

Agréez, etc. Dr G. Liétard,

Membre de la Société asiatique, médecin aux eaux de Plombières.

Plombières, le 20 novembre 1862.

(1) Bibliographie :

Vivien de Saint-Martin, *l'Inde, ses origines et ses antiquités*, Revue germanique, 1861-1862.

Rig-Véda, traduction Langlois. Paris, 1848-1851.

Lassen, *Indische Alterthumskunde*. Bonn et Leipzig, 1844-1861.

Wise, *Commentary on the Hindu System of Medicine*. Calcutta, 1845.

Suçruta, *Ayurvéda*, texte sanscrit. Calcutta, 1835, 2 volumes (1re partie, *Sutrasthana*).

Suçrutas, *Ayurvêdas; — Id est medicinæ systema*, etc., traduction latine par Fr. Hessler. Erlangen, 1844-1850, 3 volumes.

— La Société impériale des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille décernera en 1863 une médaille d'or à l'auteur du meilleur travail sur la question suivante : 1° déterminer, d'après l'état actuel de la science, les influences chimiques et mécaniques qu'exercent sur le torrent circulatoire les gaz absorbés par les muqueuses intestinale et pulmonaire; 2° rechercher les affections et les effets produits sur l'économie animale par le passage des principales substances gazeuses dans le système sanguin.

Une médaille d'or sera également décernée, en 1864, à l'auteur du meilleur mémoire sur cette question : De l'influence des découvertes les plus modernes dans les sciences physiques et chimiques sur les progrès de la chirurgie.

Les mémoires présentés au concours devront être inédits et adressés, dans les formes académiques, au secrétaire général de la Société avant le 15 octobre de l'année du concours.

peut-être comment le sujet est apte à percevoir la sensation voluptueuse et la fatigue du coït. S'il est vrai que le maximum du plaisir sexuel réside dans la conscience des contractions spasmodiques des voies spermatiques qui accompagnent et produisent l'éjaculation, l'homme dont le canal déférent est oblitéré près de l'épididyme ne peut plus l'éprouver, tandis que, dans l'hypothèse admise pour le malade en question, les voies spermatiques ont conservé leur intégrité dans toute leur étendue sauf à leur point d'émergence, et peuvent encore se contracter et produire la sensation de volupté et la dépression qui la suit.

Cette dernière théorie de l'auteur nous paraît difficile à concilier avec ce fait, sur lequel il insiste plus haut, que les testicules du malade sont insensibles à la pression *même après le coït* : si la glande sécrète du sperme, et si ce liquide peut se mouvoir dans les voies spermatiques par une contraction des canaux, cette insensibilité exceptionnelle ne se comprend pas bien. Nous croyons aussi que l'auteur localise beaucoup trop la sensation sexuelle, et que l'irradiation générale qui l'accompagne se produit dans les centres nerveux eux-mêmes. Il nous paraît donc, en admettant volontiers qu'il y a ici oblitération congénitale des conduits éjaculateurs, que la sécrétion spermatique doit être nulle. (*Würzburger medic. Zeitschrift*, 1862, fasc. IV et V.)

Études et expériences sur les pertes séminales,
par le docteur J. S. A. Dicenta (de Hall, en Souabe).

L'auteur, dans un travail publié il y a deux ans dans le même recueil, s'est occupé des troubles nerveux généraux qui apparaissent sous l'influence des pollutions nocturnes; il traite aujourd'hui des phénomènes morbides locaux qui, sous la même influence, affectent de préférence certains organes déterminés, et notamment les organes de la digestion. Les accidents provenant d'irrégularité dans les fonctions génésiques sont très variables et très multipliés, tantôt on les voit limités aux organes sexuels, tantôt ils affectent tout l'organisme, se révèlent par des troubles corporels et intellectuels, tels que l'inégalité d'humeur, l'hypochondrie, ou diverses maladies des centres nerveux, qui se traduisent soit par une excitabilité maladive, soit par le manque d'énergie et un état de faiblesse. Une quantité de sensations anormales du périnée, de l'anus, de l'urèthre n'ont pas d'autres causes qu'un état morbide local de l'appareil génito-urinaire, par exemple de la partie prostatique de l'urèthre ou des vésicules séminales. Lallemand avait déjà fait voir que les pollutions nocturnes pathologiques ne sont pas la maladie principale, mais un symptôme qui pourrait bien tenir originairement à une lésion limitée, par exemple des orifices des conduits éjaculateurs.

Les organes digestifs, que l'auteur étudie en ce moment, ont été affectés assez fréquemment, environ cent fois sur cinq cents cas. Cependant il est beaucoup plus rare qu'un affaiblissement des organes sexuels donne lieu exclusivement à une maladie abdominale. Les troubles digestifs ont consisté surtout dans les phénomènes dyspeptiques et la tendance à la constipation. Le pyrosis, l'éructation, l'oppression de l'estomac, le manque d'appétit, etc., ont été souvent observés, soit à l'état permanent, soit à la suite de chaque pollution. Les malades sont, il est vrai, portés à attribuer tous les symptômes de cette sorte au trouble des fonctions génésiques; mais le succès du traitement appliqué aux organes génitaux sur les phénomènes digestifs a montré souvent la liaison réelle de ces états pathologiques.

On a souvent noté l'ébranlement des dents, les gencives saignantes, la fétidité de l'haleine, la boulimie, les flatulences, la défécation pénible, les selles anormales, tantôt dures et solides, tantôt liquides, diarrhéiques. La conséquence la plus immédiate des pertes séminales sur le tube digestif est la diminution d'activité de la couche musculaire de l'intestin, une espèce de paralysie de sa contractilité, qui donne naissance à divers accidents, principalement à l'accumulation des fèces dans le rectum. Cette dernière devient elle-même une nouvelle cause de pollutions, de nature toute mécanique, par la compression que la tumeur fécale ou les efforts de défécation qu'elle nécessite exercent sur les vésicules séminales.

Il existe aussi une relation fréquente entre les pertes séminales et le développement des hémorrhoïdes, que l'auteur a noté cinquante fois sur cinq cents observations. Ces deux états pathologiques réagissent l'un sur l'autre, et favorisent leur développement réciproque. La présence des hémorrhoïdes facilite la constipation et la distension du rectum, et, sous cette influence, des personnes dont le système génital était débilité par d'anciens excès vénériens, voient apparaître des pollutions qui ne se seraient pas déclarées sans cela. Il n'est pas aussi certain que la faiblesse génésique puisse produire par elle-même les hémorrhoïdes, mais l'auteur est porté à croire qu'elle en favorise le développement et en augmente les désagréments. (*Deutsche Klinik*, 1862, n° 45.)

Thoracentèse; résultats statistiques,
par le docteur Bowditch.

La thoracentèse, si souvent appliquée en France, il y a une dizaine d'années, au traitement des épanchements pleuraux aigus et considérables, dans l'espoir de diminuer la tendance à la formation du liquide, n'est plus guère employée actuellement que dans les cas de pleurésie chronique; elle paraît encore en grand honneur en Amérique, si nous en jugeons par un mémoire lu à la Société médicale d'observation de Boston, par M. Bowditch.

L'auteur, dans une période de douze années, eut recours 150 fois à la thoracentèse, qu'il pratiqua sur 75 malades. Plusieurs fois donc il fallut renouveler l'opération; c'est ainsi que la ponction fut faite 9 fois en huit mois et demi sur une femme, 8 fois en six semaines sur un vieillard. Sur les 75 opérés, 29 paraissent avoir dû leur guérison complète à l'évacuation provoquée de l'épanchement.

La nature du liquide contenu dans la plèvre a une importance extrême sur le pronostic, comme le prouvent, du reste, les chiffres statistiques suivants : 26 fois la plèvre ne contenait que de la sérosité, 21 de ces opérés guérirent; 6 fois à l'épanchement séreux succéda un épanchement purulent, 4 de ces malades moururent, et la situation des deux autres était inquiétante lorsque M. Bowditch les perdit de vue.

La première ponction donna issue 24 fois à du pus, 7 malades guérirent, 7 moururent; les autres, après des accidents divers, virent se développer des fistules pleurales, une phthisie, et le résultat ne saurait être douteux. On peut donc compter 17 morts sur 24 opérés.

Un liquide sanguinolent sortit 7 fois à la première opération, 6 des malades moururent, et le septième paraissait devoir succomber également; 3 fois le liquide était mêlé à du pus, les 3 malades périrent; une fois le contenu de la plèvre était fétide et d'une odeur gangréneuse, la mort survint après quelques jours, et l'on trouva une gangrène de la plèvre; enfin 7 fois la ponction pour diverses causes, erreurs de diagnostic, décollement de fausses membranes par le trocart, l'opérateur ne put retirer aucun liquide de la plèvre ouverte par l'opération.

L'auteur ne paraît pas connaître encore le procédé si ingénieux de M. Reybard, et semble s'être servi d'une seringue à double effet pour retirer le liquide contenu dans la plèvre. Les résultats qu'il a obtenus dans les cas d'épanchements séreux méritent d'attirer l'attention, puisque sur 26 opérés de cette catégorie 21 ont pu guérir. Mais il n'en est plus de même quand la plèvre renferme du pus, de la sérosité purulente ou sanguinolente, car sur les 49 autres malades nous ne trouvons plus que 8 opérés guéris.

Ces chiffres justifieraient, s'il en était besoin, les préceptes posés par beaucoup de médecins français : lorsque la plèvre ne renferme que de la sérosité, il faut lui donner issue avec le trocart garni de baudruche, éviter par-dessus tout l'entrée

de l'air; mais si la plèvre renferme du pus, il faut agrandir largement l'ouverture avec le bistouri, évacuer avec soin le pus, faire dans la cavité pleurale des injections détersives, et au besoin des injections légèrement irritantes; il faut alors éviter la stagnation et le croupissement du pus. (*American Journal*, janvier 1863.)

Décollements traumatiques de la peau, par M. Morel-Lavallée.

Dans un premier mémoire inséré il y a dix ans dans les Archives générales de médecine, M. Morel-Lavallée fit, pour la première fois, l'histoire des épanchements de sérosité qui accompagnent parfois les décollements traumatiques de la peau. Cette étude se trouve complétée aujourd'hui par un second mémoire, en cours de publication dans le même recueil scientifique.

Sous l'influence de causes traumatiques diverses, mais qui sont le plus souvent des pressions très fortes exercées obliquement par rapport à la surface de la peau (passage d'une roue de voiture, tonneau roulant sur un membre inférieur, etc.), le tégument peut être décollé violemment des couches sous-jacentes dans une étendue quelquefois énorme, et rien ne semble révéler au dehors l'existence de ces vastes cavernes. La peau présente son aspect normal ou une teinte superficielle, et il n'y a dans le foyer qu'une imperceptible quantité de liquide.

Trente faits nouveaux forment la base du second mémoire que M. Morel-Lavallée intitule plus justement cette fois : Décollements traumatiques de la peau.

Le plus souvent la peau seule se trouve décollée de l'aponévrose sous-jacente, quelquefois des fibres aponévrotiques détachées, arrachées, ont suivi le tégument dans son déplacement; d'autres fois enfin, le décollement porte aussi sur les parties profondes, muscles et même périoste. L'ecchymose est rare, et cela se comprend, puisque les vaisseaux sanguins qui arrivent au derme par sa face profonde ont été rompus.

On pourrait penser que cette rupture s'accompagnerait d'épanchement sanguin sous-cutané, cependant il n'en est rien, et M. Morel explique ce fait par l'oblitération des extrémités vasculaires arrachées violemment, comme on l'observe dans les plaies par arrachement, et par la transsudation au dehors du capillaire de la sérosité du sang.

Le liquide séreux peut manquer dans les premières heures, le plus souvent sa quantité est minime, 30, 60 grammes; quelquefois cependant elle peut être considérable. Ce liquide est transparent ou légèrement teinté de sang, mais il y a toujours une très faible quantité de globules sanguins.

Pelletan qui avait observé des décollements traumatiques de la peau, mais qui n'avait pas reconnu la nature de la lésion, avait signalé des reflets huileux dans d'anciens épanchements. M. Morel a constaté et démontré, dans des cas récents, qu'ils étaient dus à des globules graisseux surnageant sur le liquide.

L'étalement de la tumeur, quand elle repose sur un plan horizontal, ses déplacements dans les changements d'attitude, l'impossibilité de percevoir la fluctuation, à moins d'avoir emprisonné le liquide dans un coin du foyer; le tremblement, l'ondulation de l'épanchement, sont les signes les plus remarquables de cette lésion.

Le diagnostic précis de la hauteur du décollement a surtout une grande importance, dans les cas où des lésions concomitantes des parties molles profondes ou des os nécessitent l'amputation. En effet, dans ces cas, on serait exposé, si l'on amputait au-dessous des limites du décollement, à voir la suppuration s'emparer de la poche, et amener ce qu'on a pris souvent, sans en reconnaître la nature et la cause, pour des fusées purulentes.

En général, lorsqu'ils existent seuls et surtout s'ils sont reconnus par le chirurgien, ces décollements traumatiques, même étendus, ne sont pas graves. Cependant la guérison spontanée se ferait longtemps et presque toujours vainement attendre.

Les incisions sont dangereuses en amenant la suppuration, les ponctions répétées avec le trocart explorateur sont insignifiantes. Le traitement employé le plus souvent avec succès par M. Morel-Lavallée, est le suivant : évacuer le liquide avec le trocart explorateur, appliquer immédiatement un vésicatoire volant, établir une compression exacte au-dessus du vésicatoire. (*Arch. gén. de méd.*, janvier, février 1863.)

Ciguë contre les engorgements monoarticulaires des scrofuleux, par M. Laboulbène.

L'auteur administre aux scrofuleux atteints d'engorgements monoarticulaires, chaque jour, deux des pilules suivantes :

Pr. Poudre de ciguë.........	5	centigrammes.
Extrait de ciguë.........	5	—

Quelques jours après, le nombre des pilules est porté à quatre par jour. Le malade fait en même temps, deux fois par jour, des frictions avec la pommade suivante :

Pr. Extrait de ciguë.......	10	grammes.
Axonge...................	30	—

et prend quelques bains locaux d'infusion de feuilles de morelle et de têtes de pavot. Sous l'influence de ce traitement interne et externe, M. Laboulbène a obtenu des résultats heureux dans le traitement des engorgements monoarticulaires chroniques, qu'ils succèdent ou non au rhumatisme; mais c'est surtout chez les individus scrofuleux que l'action de cette médication lui a donné les meilleurs résultats. (*Bulletin de thérapeutique; Répertoire de pharmacie*, novembre 1862.)

Formules contre l'eczéma, par M. Peteers.

Pour arriver à la guérison de l'eczéma, le docteur Peteers fait purger le malade avec deux verres d'abord, puis un seul verre par jour de la potion suivante :

Pr. Chlorure de sodium.......	3	grammes.
Chlorure de magnésium.. .	2	—
Sulfate de soude...... ...	20	—
Sulfate de magnésie.......	30	—
Eau distillée.......	1000	—
M.		

Le malade se lotionne en même temps, trois fois par jour, avec la préparation suivante, que l'on étend d'eau (1 partie sur 2 parties d'eau), et dont on augmente successivement la dose :

Pr. Amandes amères........	40	grammes.
Eau..................	250	—
Deutochlorure de mercure.	40	centigrammes.
Alcool..........	10	grammes.

La purgation doit être répétée une ou deux fois, suivant l'intensité de l'eczéma.

— On comprend aisément que cette formule ne saurait convenir à tous les degrés et à toutes les périodes de l'eczéma. Il est, par exemple, des eczémas aigus qui se trouveraient mal, à coup sûr, de l'emploi des lotions indiquées. (*Revue de thérapeutique; Répertoire de pharmacie*, décembre 1862.)

Semences de chardon Marie comme antihémorrhagiques, par M. le docteur Lange.

Dans le but d'arrêter des hémorrhagies profuses, qui avaient résisté au traitement le plus rationnel, M. le docteur Lange a eu recours récemment, chez onze malades, à une décoction de semences de chardon Marie (*Sylibum Marianum*) faite avec 180 grammes d'eau pour 30 grammes de semences; la dose était d'une cuillerée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures; quelquefois il ajouta à cette décoction un gros d'acide sulfurique; le plus souvent il a suffi d'une seule potion pour enrayer les phénomènes morbides, et tout au moins il y

eût une amélioration marquée. Les onze malades traités par le docteur Lange étaient atteints, un d'hématémèse, quatre de métrorrhagie (dépendante d'un cancer de l'utérus), une de ménorrhagie, deux d'épistaxis concomitant à une affection scorbutique, deux de flux hémorrhoïdaux, et une d'hématurie. (*Union médicale de la Gironde; Journal de pharmacie et chimie*, janvier 1863.)

Ailante comme ténifuge, par M. Hétet.

Le nombre des anthelminthiques qui ont été préconisés dans ces dernières années s'est véritablement accru d'une façon extrême; mais parmi ceux auxquels on a reconnu une efficacité véritable, quelques-uns offrent le grave inconvénient d'un prix élevé, qui en rend l'emploi difficile chez certains malades. Dans un travail publié récemment sur l'action physiologique et les propriétés médicales d'un arbre aujourd'hui très répandu dans toute la France, le vernis du Japon, *Ailanthus glandulosa*, M. Hétet, professeur à l'École de médecine navale de Toulon, a reconnu que l'écorce de cet arbre jouissait de propriétés éméto-cathartiques et vermifuges qu'il a mises à profit pour expulser le ténia, sans exercer aucune action fâcheuse sur l'économie, et sans fatiguer les malades, comme le font quelques-uns des ténifuges généralement employés. Les diverses préparations d'ailante faites par M. Hétet, poudre, extraits aqueux et alcooliques, oléorésine, huile essentielle et résine, expérimentées par les chirurgiens de la marine à bord des vaisseaux de l'État, ont toutes donné des résultats analogues et satisfaisants. Il est, du reste, facile de se convaincre que l'écorce d'ailante n'est pas une substance inerte en en mâchant un fragment : on ressent d'abord une saveur amère prononcée, puis on éprouve un malaise général, un sentiment de faiblesse croissante, de l'éblouissement, une sueur froide et des nausées, en un mot on ressent toute une série de phénomènes analogues à ceux par lesquels passent souvent les fumeurs novices. (*Répertoire de pharmacie*, janvier 1863.)

Mort subite produite par des dents artificielles détachées et logées entre l'épiglotte et la base de la langue.

De nombreux accidents ont été occasionnés par le déplacement de dentiers artificiels et leur chute dans le pharynx ou la première partie de l'œsophage. Plusieurs fois l'œsophagotomie a été nécessaire. La plupart de ces observations nous ont été fournies par les recueils scientifiques anglais; nous y rencontrons encore aujourd'hui un cas de mort arrivé par un accident analogue et nous croyons utile d'appeler l'attention sur ce point. Dans ce cas la pièce artificielle paraît avoir déterminé l'occlusion du larynx en refoulant en bas l'épiglotte.

Obs. — William W..., policeman, âgé de vingt-quatre ans, courait pour rejoindre un omnibus lorsqu'il fit un faux pas et tomba sur le sol. Comme il ne se relevait pas, on crut à une attaque d'épilepsie, on le porta à l'hôpital Saint-Georges; mais il mourut pendant le trajet.

A l'*autopsie*, on ne trouva d'autre lésion que d'anciennes adhérences pleurales; mais en passant le doigt dans le pharynx, on trouva une pièce artificielle, à plaque métallique supportant trois dents et fixée par les deux crochets qui la terminaient sur la face supérieure de l'épiglotte. (*Lancet*, 1862, IIe vol., p. 591.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel de médecine pratique (*Handbuch der praktischen Medicin*), par le professeur Lebert; 3e édition, 2 vol. grand in-8, de 1091 et 1066 pages. Tübingen 1862; Laupp.

La nouvelle publication de l'infatigable auteur de la Physiologie pathologique, des Maladies scrofuleuses et tuberculeuses, des Maladies cancéreuses, du Traité d'anatomie pathologique, est en quelque sorte le résumé, ou, comme il le dit lui-même, la réalisation de l'idée dominante de toute sa carrière médicale. Également éloigné de tous les points de vue exclusifs où se tiennent volontiers les écoles du jour, il a voulu les coordonner, les unir en les élargissant, et concilier les tendances actuelles avec les plus vieilles traditions de la science.

C'est ainsi que, tout en consacrant à l'anatomie pathologique les développements qu'elle mérite, il s'est gardé de donner aux paragraphes qui s'y rapportent une étendue exagérée et inutile pour le praticien, convaincu, dit-il, que l'anatomie, comme la chimie et le microscope, doit venir fidèlement en aide à la thérapeutique, mais que, érigée en arbitre souverain, elle entraînerait des erreurs les plus regrettables. On chercherait en vain dans ces descriptions de quoi satisfaire une curiosité, légitime sans doute, mais jusque-là stérile pour la pratique. Les lésions anatomiques sont exposées principalement de manière à mettre en lumière leurs rapports avec les lésions fonctionnelles, et l'enchaînement qui résulte de ce rapprochement devient l'occasion d'aperçus succincts de physiologie pathologique, auxquels l'étiologie se rattache par un lien tout naturel. La marche, l'évolution intime de la maladie est ainsi résumée dans un ensemble que l'esprit embrasse facilement, et dont les diverses parties se soutiennent mutuellement dans la mémoire.

Si la lésion cadavérique n'est pour M. Lebert qu'un élément particulier parmi tous ceux qu'il importe au médecin de connaître, il en est encore de même, pour lui, de cette lésion constatée chez le vivant. Il est telle école qui peut s'arrêter et être satisfaite quand la lésion est reconnue, parce qu'elle est, à son sens, toute la maladie. M. Lebert insiste tout autant sur l'étude attentive des troubles fonctionnels que sur les procédés physiques d'exploration, procédés qui ne soulèvent qu'un coin du voile derrière lequel il faut chercher la connaissance de la maladie. On ne perdra d'ailleurs pas grand'chose à ne pas trouver, à l'occasion du diagnostic différentiel, les tableaux synoptiques d'usage, qui, en exagérant presque fatalement quelques traits, laissent facilement une impression inexacte et embarrassante.

Les descriptions des maladies se recommandent spécialement par une grande lucidité; à cet égard, M. Lebert a des habitudes de clarté toutes françaises; ajoutons tout de suite que ce n'est pas au détriment de l'exactitude du tableau. La plupart de ses descriptions reposent sur l'analyse minutieuse d'observations originales ou empruntées aux meilleurs auteurs, sans être toutefois encombrées de ces accumulations indigestes de chiffres qui peuvent être utiles, nécessaires, dans une étude monographique, mais qui, dans un manuel, ralentissent sans fruit le travail de l'esprit et l'arrêtent souvent par leur aridité. Plus de 6000 observations, recueillies par M. Lebert lui-même, soit dans les hôpitaux, soit dans sa pratique privée, ont servi à une vaste élaboration dont le lecteur ne goûte que le fruit sans en partager la fatigue.

L'importance toute particulière que M. Lebert attache à exposer le pronostic des maladies avec une scrupuleuse attention mérite également d'être signalée. La valeur pratique de son œuvre n'est pas moins évidente dans ces substantielles remarques que dans les descriptions nosologiques; elle l'est surtout dans l'étude des indications thérapeutiques et du traitement des maladies. On n'y verra pas seulement les signes d'une réaction énergique contre le nihilisme thérapeutique, expression énergique qui caractérise parfaitement les tendances, heureusement chancelantes aujourd'hui, des écoles exclusivement anatomo-pathologiques; on y trouvera surtout les fruits d'une expérience personnelle abondante. Ici encore, M. Lebert a su rester également en dehors des excès d'un empirisme aveugle et des fantaisies d'une pratique prétendue rationnelle, et éviter enfin, ce qui était plus difficile, de tomber dans un éclectisme stérile.

Chercher à embrasser la médecine dans son ensemble, à en reconstituer l'unité et à la ramener à son véritable but,

celui de guérir ou de soulager, telle a été, en résumé, la pensée qui a dirigé M. Lebert dans la rédaction de son Manuel, et il a réussi à la réaliser aussi complétement que cela était possible aujourd'hui. La médecine allemande pourra se féliciter de cette acquisition, qui joint à ses mérites intrinsèques celui d'un à-propos peu ordinaire. Si modestes que soient généralement les prétentions d'un *Manuel*, celui-ci est certainement appelé à rendre des services réels à la jeune génération médicale d'outre-Rhin ; les praticiens auxquels des occupations absorbantes ne laissent, d'habitude, pas beaucoup de temps à donner aux lectures, y retremperont aussi avec fruit leurs souvenirs ; disons plus, ils y puiseront, de quelque école qu'ils sortent, d'utiles enseignements.

Il ne nous reste que peu de chose à ajouter sur l'économie générale de l'ouvrage. Une première division, qui forme à peu près la moitié du premier volume, contient l'histoire des maladies générales, divisées elles-mêmes en deux classes, dont l'une comprend les maladies infectieuses d'origine miasmatique, l'autre les maladies virulentes et des empoisonnements. La deuxième division, consacrée aux maladies locales, ou localisées, pour nous servir de l'expression de l'auteur, est distribuée en huit classes, correspondant aux divers systèmes organiques. L'histoire de chaque maladie embrasse d'ailleurs les chapitres ordinaires : historique, anatomie pathologique, symptomatologie, etc.

A mesure, du reste, que le succès est venu couronner cette œuvre importante et rendre de nouvelles éditions nécessaires, l'auteur a fait de constants efforts pour s'en rendre digne. La syphilis, et notamment la syphilis viscérale, la pellagre, les affections du cœur et la péricardite ont été l'objet d'additions intéressantes. La discussion sur l'opportunité de la saignée dans la pneumonie a reçu les développements qu'elle réclame aujourd'hui ; les lésions du corps thyroïde, et à ce propos la question de l'iodisme, ont été étudiées avec soin ; enfin la gangrène de la bouche, les maladies du foie, les paralysies et les névroses de l'enfance ont été exposées avec beaucoup plus de détails. Au point de vue thérapeutique, la médication arsenicale, les injections sous-cutanées ont principalement fixé l'attention de l'auteur. Telles sont, et nous en passons encore, les principales additions faites par M. Lebert à la troisième édition de son ouvrage, qui est devenu classique en Allemagne.

Nous devons, en terminant, des félicitations à l'éditeur, pour les excellentes qualités typographiques de cet ouvrage, qui ne le cède en rien, sous ce rapport, aux plus belles éditions sorties de nos imprimeries.

Fritz.

VI

VARIÉTÉS.

— Ont été nommés présidents des Sociétés de prévoyance et de secours mutuels des médecins : de l'arrondissement de Laon, M. le docteur Guipon, en remplacement de M. Lejeune ; de l'arrondissement de Brest, M. le docteur Penquer ; de l'arrondissement de Wassy (Haute-Marne), M. Alipe.

— M. Drumen, médecin de la reine Isabelle, qui venait d'être élevé à la présidence de l'Académie royale de médecine de Madrid, est mort subitement. On se souvient que dès qu'il connut l'admission des homœopathes à la cour, il envoya sa démission, qui ne fut pas acceptée.

— En reconnaissance des bons soins donnés par le docteur W. Jenner au prince Albert, la reine Victoria a consenti à servir de marraine au dernier-né de ce célèbre praticien. Elle lui a fait remettre un vase magnifique, sur lequel est gravée l'expression de sa gratitude.

— Une Société locale vient de se fonder à Ajaccio pour les médecins du département de la Corse ; elle compte déjà soixante-dix adhérents. M. le docteur Conneau en a été nommé président honoraire ; M. le docteur Versini père a été désigné pour la présidence au choix de l'Empereur.

— Le corps de santé de la marine vient de faire une nouvelle perte. Le docteur Deperche, chirurgien de première classe à bord de la frégate *la Normandie*, est mort à la Vera-Cruz à l'âge de trente-huit ans.

— Casper, le savant professeur de médecine légale de Berlin, célébrait, il y a quelques semaines, un jour remarquable dans sa laborieuse carrière scientifique. Il venait d'exécuter sa millième autopsie médico-légale. On voit que Casper avait le droit de mettre l'épigraphe : *Quod vidi scripsi!* en tête du Manuel de médecine légale que la fidèle traduction de M. G. Baillière a dernièrement fait connaître aux médecins français. (*Gazette des hôpitaux.*)

— Un gentleman s'aperçoit, après le coït, d'une hémorrhagie provenant d'une incision du pénis. Il demande des explications ; un examen est exigé, et le docteur Nottingham trouve le corps du délit : c'était un morceau de verre fixé derrière le col dont la femme était inconsciente. Elle se rappelle seulement avoir fait des injections avec une seringue de verre quelques jours auparavant. L'instrument est représenté et il y manquait, en effet, un fragment. Plus de doutes. On applique un spéculum à quatre valves pour ne pas enfoncer ce fragment, et l'extraction en est faite aussitôt. Les époux s'embrassent et la paix est faite. (*Union médicale.*)

— La *Sentinelle du Jura* annonce la mort de M. Burgué, médecin oculiste distingué.

— Il a paru à M. Florent Prévost, naturaliste distingué, qu'il serait d'un grand intérêt de recueillir, aux diverses époques de l'année, l'estomac de tous les oiseaux qu'il lui serait possible de se procurer, d'en examiner et d'en conserver le contenu. Cette collection, commencée il y a plus de trente-cinq ans, comprend aujourd'hui un nombre considérable de pièces. Les estomacs, ouverts et séchés avec leur contenu, sont fixés sur des cartons qui portent, outre le nom de l'espèce d'oiseau, l'indication de la localité où il a été tué, la date précise, enfin les noms des animaux ou des végétaux dont les débris ont pu être reconnus dans l'estomac.

Ces études prouvent que les oiseaux sont en général beaucoup plus utiles que nuisibles à nos récoltes, et que, pour les espèces granivores, le mal qui nous est fait à certains moments est largement compensé par la consommation d'insectes qu'elles font en d'autres temps. (*Bulletin mensuel de la Société protectrice des animaux.*)

— On annonce la mort du célèbre professeur Lehmann (d'Iéna). Ce savant chimiste, dont les travaux sont connus de toute l'Europe, et dont le Précis de chimie physiologique animale a rendu un si grand service aux études médicales, est mort subitement il y a quelques jours.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Études sur quelques symptômes de l'arsenic et les eaux minérales arsenifères, pour servir, en outre, de démonstrations aux doses infinitésimales, par le docteur *Imbert-Gourbeyre*. Grand in-8 de 166 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Lettres a une mère sur l'alimentation et l'hygiène du nouveau-né, par le docteur *Dehous*. Ouvrage qui a remporté le prix (médaille d'or) au concours de la Société médicale d'Amiens. In-12. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

Commentaire physiologique sur la personne d'Horace, par le docteur *Richard* (de Nancy). In-18 de XXII-106 pages. Paris, F. Savy. 3 fr.

Du goître exophthalmique, par le docteur *Teissier*. In-8 de 46 pages. Paris, F. Savy. 2 fr.

Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon. Tome Ier, 1861-1862. In-8 de XVI-356 pages. Paris, F. Savy. 5 fr.
Ce volume contient des mémoires de MM. Bouchard, Diday, Ollier, Peroud, Rollet, etc.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 27 FÉVRIER 1863. N° 9.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : Sur les *Pediculi* des diverses races humaines. — De la phloorrhizine comme antipériodique.—Adultération de la bière par la coque du Levant. — Sur les collyres des Romains. — Chloroforme gélatineux. — Sparadrap stibié. — II. **Travaux originaux.** Chirurgie : Affection singulière et non décrite encore des doigts et des mains. — Commentaires et discussion pour prouver que cette affection se rattache au rhumatisme. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — IV. **Revue des journaux.** Contribution au traitement du larmoiement. — Réduction d'une hernie inguinale étranglée par la bande de caoutchouc. — V. **Bibliographie.** Éléments de pathologie médicale. — VI. **Variétés.** Les annonces dans les journaux de médecine. — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VIII. **Feuilleton.** La médecine chez les Chinois modernes.

I

Paris, 26 février 1863.

Revue de pharmacie et d'histoire naturelle : SUR LES *Pediculi* DES DIVERSES RACES HUMAINES. — DE LA PHLOORRHIZINE COMME ANTIPÉRIODIQUE. — ADULTÉRATION DE LA BIÈRE PAR LA COQUE DU LEVANT. — SUR LES COLLYRES DES ROMAINS. — CHLOROFORME GÉLATINEUX. — SPARADRAP STIBIÉ.

L'homme, comme les animaux, est sujet à porter certains parasites du genre *Pediculus*, et les auteurs en ont décrit plusieurs espèces qui se distinguent, entre autres caractères, par leur habitation spéciale sur certaines parties du corps qu'ils paraissent affectionner particulièrement. Mais jusqu'à ce jour on n'avait jamais cherché à reconnaître si chaque race d'hommes possédait une espèce distincte et avait son parasite particulier, quelle que fût d'ailleurs la région du corps que l'on examinât. Nous empruntons à un intéressant mémoire de M. Andrew Murray (de Conland) les détails suivants qui nous paraissent mériter l'attention. Dans ses recherches, M. Murray a laissé de côté le *Phthirius pubis*, dont il n'a pu, d'une part, se procurer une série assez complète, et qui, d'autre part, diffère assez des *Pediculus* pour avoir été mis dans un genre différent. En examinant la valeur spécifique des caractères donnés aux diverses espèces de *Pediculus* de l'homme, il est arrivé à supprimer le *Pediculus tabescentium*, qui ne lui paraît pas différer par des caractères suffisants du *Pediculus vestimenti*. Quant à ce dernier, se basant sur des différences sensibles dans la forme du corps, dans le lieu d'habitation, et surtout sur l'absence d'une épine au sommet du doigt et sur la saillie médiocre ou nulle du côté interne du pénultième article, ce qui permet de le distinguer assez facilement du *Pediculus capitis*, M. Murray le considère comme formant une espèce distincte. Pour éviter les causes d'erreurs qu'auraient pu causer les variations qui résultent des diverses métamorphoses que les poux subissent, comme tous les autres insectes, M. Murray a eu soin de ne comparer que des animaux adultes. Il a observé que la couleur,

FEUILLETON.

La médecine chez les Chinois modernes.

M. Henri Plon va publier très incessamment un ouvrage des plus intéressants de M. le capitaine P. Dabri, intitulé : LA MÉDECINE CHEZ LES CHINOIS, avec une préface et des additions par notre collaborateur M. Léon Soubeiran. Nous rendrons un compte détaillé de ce livre ; mais, en attendant, l'éditeur a bien voulu nous en communiquer les épreuves, dont nous avons détaché deux chapitres, curieux surtout par les rapprochements qu'ils portent à établir, sur un point de nosographie et sur un point de pratique, entre la médecine chinoise et la nôtre. On sera particulièrement frappé du tableau symptomatique de la *fièvre typhoïde*, dans lequel figurent l'épistaxis, les symptômes thoraciques, la pulvérulence des narines et les *taches rosées*. L'autre chapitre donne une idée de l'importance attachée par les médecins du pays à l'emploi de l'*acupuncture*, en même temps qu'il offre un aperçu général de la théorie médicale chinoise. A. D.

OUEN-TCHIN-TSEE (*peste à petits boutons et à taches; fièvre typhoïde*).

Cette maladie, qui est due à un empoisonnement miasmatique, débute ainsi : faiblesse générale, perte de l'appétit et du goût, agitation continuelle, quelquefois des frissons, les membres sans force, somnolence ou insomnie, sorte de stupeur et d'engourdissement, air étonné et indifférent, ennui s'il faut parler, quelquefois dévoiement, ensuite céphalalgie, douleur à l'épigastre, froid dans tout le corps, paupières rouges, douleur au bas-ventre, urine jaune, fièvre, vomissement des aliments, langue sèche et blanche, soif ardente et vomissement après avoir bu, inappétence; peu à peu la langue devient

due à la peau de l'insecte, d'une part, et d'autre part au sang dont il a rempli son tube digestif, ne pouvait fournir des caractères bien certains, car la couleur peut varier si l'animal est *transplanté* d'un individu sur un autre. C'est ainsi que M. Hislop a vu, à Nagpore, un enfant blanc, nourri par une négresse, être infecté, par sa nourrice, de poux noirs, qui, après quelque temps de séjour sur lui, devinrent presque blancs. Il y aurait donc un rapport entre la couleur du parasite et celle de la peau sur laquelle il vit. Du reste, d'après M. Murray, les *Pediculi* du nègre africain et de l'Australien sont presque noirs; ceux de l'Hindou, bruns et foncés; ceux de l'Africain et du Hottentot, oranges; ceux des Chinois et Japonais, brun jaunâtre; ceux des Indiens des Andes, brun roux; ceux des Indiens de Californie, brun olive; ceux des Indiens du Nord, voisins des Esquimaux, pâles et se rapprochant de la couleur de ceux des Européens. Des caractères différentiels très nets sont donnés par la forme et la proportion des articles des pattes, et permettent de noter des différences très marquées entre les *Pediculi* des diverses races humaines. Le bord du crochet qui termine la patte est très variable : à peine distinct chez les Européens, les Cafres et les Japonais, il est fort, large, et presque tuberculeux chez les Hindous, les Indiens des Andes, etc.; chez les nègres et les Australiens du sud, il est marqué de deux ou trois dents assez nettes. La forme et les proportions du pénultième article offrent aussi de notables variations : très grand chez les poux des Africains de Mozambique, les Indiens de Californie et ceux des Andes, il est très peu développé chez les poux des Européens, des Japonais et des Australiens, et offre d'autres différences de forme, d'insertion, pour lesquelles nous renverrons aux planches et aux descriptions données par l'auteur. (*Transactions of the Royal Society of Edinburgh*, XXIII, 1861, p. 62.)

—Découverte par MM. de Koninck et Stas, la *phloorrhizine*, que l'on trouve dans l'écorce du pommier, du poirier, du cerisier et du prunier, ressemble beaucoup par sa composition chimique à la salicine, dont elle se rapproche aussi par ses propriétés. Sa saveur amère a fait penser qu'elle pourrait figurer avec honneur parmi les antipériodiques, et de bons effets en ont été obtenus par plusieurs médecins, parmi lesquels nous citerons particulièrement M. Koninck, qui a publié un mémoire important sur la phloorrhizine. Malgré toute la foi que ce médecin avait dans l'efficacité de ce nouveau fébrifuge, qu'il considérait comme l'égal au moins du sulfate de quinine,

Ce précieux phénix est encore à trouver.

Et il résulte des travaux du prince L. L. Bonaparte et de M. Bouchardat, que la phloorrhizine, sans être aussi puissante que le pensaient ses partisans, jouit cependant de propriétés fébrifuges assez marquées pour qu'elle puisse être utilisée au même degré que la salicine. La facilité de son extraction pourrait en rendre l'usage plus fréquent qu'il ne l'est *sciemment*, car souvent on l'emploie pour adultérer le sulfate de quinine (ce mélange est facile à reconnaître par l'adjonction de quelques gouttes d'acide sulfurique, qui donnent à son mélange à 1/100^e une belle teinte rouge coquelicot).

Dans ces derniers temps, M. de Ricci, qui pense que les propriétés antipériodiques de la phloorrhizine sont au moins bien incertaines, a tiré un parti très avantageux de son emploi dans certaines dyspepsies atoniques, et surtout chez des femmes qui ne pouvaient supporter la quinine; il lui a reconnu aussi une grande efficacité dans la convalescence de la coqueluche chez les enfants. On fait prendre la phloorrhizine dissoute dans une potion avec quelques grammes de teinture ammoniacale, à la dose de 20 à 25 centigrammes, en trois ou quatre fois par jour. (*Dublin Quarterly Journal*, 1862.)

— Les substances alimentaires sont fréquemment l'objet d'adultérations, dont le moindre inconvénient est de tromper l'acheteur, mais qui souvent lui fournissent, au lieu de produits sains, de véritables poisons auxquels il faut rapporter des accidents qu'on ne sait comment s'expliquer au premier abord. Dans ces derniers temps, la police de Saint-Pétersbourg constata l'importation d'une quantité considérable de coque du Levant (*Menispermum cocculus*), et en cherchant à connaître la cause de ce fait, elle arriva à savoir qu'elle était employée à adultérer certaines boissons, et principalement la bière. M. Schmidt, qui fut chargé de trouver la picrotoxine, ou principe actif de la coque du Levant dans de la bière suspecte, a pu retirer, par un procédé qu'il imagina, 0,04 de picrotoxine d'une bouteille de bière qui avait été adultérée par 8 grains de coque du Levant. L'extrême énergie de cette substance rend donc éminemment dangereux l'emploi qui en est fait par les brasseurs, et nous rappellerons, pour preuve de sa nocuité excessive, que plusieurs fois des faits graves d'empoisonnement ont été observés chez des

---

jaune; toux, crachats jaunes ou blancs, souvent noirs, mucosités coulant du nez; souvent ces mucosités sont remplacées par du sang; vertiges, bourdonnements et tintements d'oreilles, parfois un peu de délire, pas de sommeil ou sommeil très agité, yeux rouges et larmoyants, tout le corps quelquefois glacé et sueur froide à la tête; quelquefois grande chaleur avec sueur, vomissement de matières jaunâtres ou verdâtres très amères, gorge et lèvres sèches, toux avec râle dans la gorge, selles liquides, jaunes ou vertes, peau et haleine brûlantes, insomnie continuelle. Dès que les yeux deviennent rouges et larmoyants et que la toux est déclarée, apparition sur le corps de petites taches très difficiles à distinguer au début. Pour les reconnaître, prendre un morceau de papier trempé dans l'huile, l'allumer et l'approcher successivement du ventre, de la poitrine, du dos, de la tête et des membres. Ces taches sont, à leur apparition, rosées et réunies par cinq ou six, sept ou huit, de 1 à 4 millimètres de diamètre; elles disparaissent sous la pression; leur durée ordinaire est de deux à trois jours, mais souvent elles reviennent; elles sont très prurigineuses, et quelquefois accompagnées de pustules de la grosseur d'un pois et de couleur rouge écarlate ou rouge. Lorsque ces taches sont très nombreuses à la poitrine et au dos, cette éruption est d'un bon pronostic. Les autres symptômes de cette affection sont les suivants : oppression, constipation, urine très rouge, langue grisâtre et dure; les gencives, la langue et les lèvres se fendillent et se couvrent de mucosités noirâtres ; les narines sont remplies de poussière; la face se couvre d'une teinte jaune ou bleuâtre; peu à peu les traits s'altèrent, le malade devient insensible à tout, l'oppression augmente, le corps se couvre de sueur froide, et la mort ne tarde pas à arriver. Au début de la maladie, le pouls est *feou-chó* (superficiel, précipité); à l'apparition des taches, il est *feou-hong* (superficiel, débordant); le nombre des pulsations augmente progressivement et va jusqu'à dix.

La fièvre typhoïde présente quelquefois des caractères particuliers. Ainsi parfois les symptômes que nous avons décrits

individus qui avaient mangé des poissons enivrés ou stupéfiés au moyen de la coque du Levant. (*Journ. für prakt. Chemie*, LXXXVII, 1862. — *Journ. de pharm. et de chimie*, février 1863.)

— On a découvert à Reims, il y a quelques années, une collection d'instruments de chirurgie, datant de l'occupation des Gaules par les Romains; avec ces instruments, tous de bronze et aux manches damasquinés d'argent, se trouvaient quelques fragments de collyre sec et un cachet d'oculiste : ces collyres en pains allongés, rétrécis aux extrémités, étaient, les uns brun foncé, les autres rouge-brique : soumis à l'analyse par MM. E. Baudrimont et Duquenelle (de Reims), ils ont été trouvés composés d'une matière organique azotée, de silice, de peroxyde de fer, d'oxyde noir de cuivre, d'oxyde de plomb et de carbonate de chaux. La proportion de fer et surtout de plomb était plus considérable dans les collyres rouge-brique que dans ceux bruns, et celle du cuivre y était beaucoup moindre. Bien que l'état dans lequel ces substances étaient employées n'ait pu être déterminé, non plus que la forme sous laquelle ils étaient mis en usage, il nous a paru cependant intéressant de rappeler ici que les mêmes substances dont nous faisons aujourd'hui usage dans le traitement des maladies des yeux étaient déjà des remèdes connus des anciens oculistes romains. (*Journ. de pharm. et de chimie*, février 1863.)

— Dans le but d'obtenir une révulsion beaucoup plus discrète que celle produite par les emplâtres ordinaires, M. Mialhe a proposé l'emploi de la masse emplastique suivante, qu'il fait étendre sur des bandes de calicot, à la manière du sparadrap ordinaire :

Pr. Eau blanche........	40
Colophane..............	20
Cire jaune.............	20
Térébenthine...........	5
Huile d'olive..........	5
Tartre stibié..........	10

F. s. a.

(*Gazette médicale*, 14 février 1863.)

— Le chloroforme pur et exempt de matières susceptibles de coaguler l'albumine, telles que de l'alcool ou un acide, donne par son contact avec elle une gelée non compacte, pouvant se garder plusieurs jours, et souvent plus facile à appliquer que le chloroforme lui-même. Pour préparer cette gelée, M. Grimault fait simplement mêler dans un flacon :

Albumine d'œuf...........	20 grammes.
Chloroforme pur..........	10 —

(*Bulletin de thérapeutique*, décembre 1862.)

LÉON SOUBEIRAN.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Chirurgie.

AFFECTION SINGULIÈRE ET NON DÉCRITE ENCORE DES DOIGTS ET DES MAINS, par M. le docteur MIRAULT (d'Angers).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION POUR PROUVER QUE CETTE AFFECTION SE RATTACHE AU RHUMATISME, par M. le docteur VERNEUIL.

Suite et fin. — Voir le n° 8.

Ces préliminaires posés, la voie de la discussion est toute tracée. Il faut prouver que chacun des symptômes isolés peut être rapporté à l'arthritisme, puis jeter un coup d'œil d'ensemble sur la marche du mal pour en montrer l'unité, examiner enfin les médications employées pour voir s'il ne faudrait pas les remplacer par une thérapeutique moins empirique.

Nulle difficulté sérieuse pour déterminer la nature des lésions digitales articulaires et tendineuses, lésions qui jouent un rôle important dans la maladie, puisque tôt ou tard tous les doigts des deux mains les ont présentées à des degrés divers. Malgré sa longue durée, l'inflammation ne prend jamais le caractère phlegmoneux; les synoviales s'enflamment, des adhérences se forment, les articulations deviennent rigides, les tendons cessent de glisser, puis surviennent des flexions permanentes, des déviations, la fausse ankylose. C'est bien là la terminaison anatomique d'un rhumatisme localisé, violent et tenace, mais j'ajoute d'un rhumatisme chronique simple, vulgaire, car nous ne trouvons ni les déformations articulaires du rhumatisme noueux et de l'arthrite sèche, ni les tophus de la goutte (à la vérité, la malade est jeune encore).

Il est beaucoup plus malaisé d'interpréter le rétrécissement annulaire de la peau. Cette lésion est moins générale que les précédentes, puisqu'elle n'a frappé que cinq doigts sur dix; mais, en revanche, elle est plus grave, puisqu'elle a forcé le chirurgien à en sacrifier quatre, et à scarifier profondément le cinquième. En tout cas, elle est curieuse, ne fût-ce qu'à cause de sa rareté, ce qui explique l'indécision dans laquelle sont

sont les mêmes jusqu'au moment de l'apparition des taches; mais alors si les taches ne se montrent pas, la peau devient sèche et couverte de petites plaques rouges de diverses dimensions; les yeux deviennent fixes, le malade n'entend plus et tombe dans des convulsions, ses mains cherchent quelque chose dans le vide; oppression extrême, constipation rebelle, pouls très accéléré; puis arrive le coma, ensuite la mort. Dans les cas où une réaction favorable se produit, le corps se couvre de sueur et les taches rosées apparaissent; les douleurs d'estomac diminuent, ainsi que la chaleur extrême qui avait gagné le corps; l'appétit revient, le pouls perd de sa fréquence, et cinq ou six jours après le malade peut entrer en convalescence. Pendant les premiers jours de la convalescence, il désire dormir, sa parole est sans force; mais avec un régime très sévère on évite facilement une rechute, qui est toujours très dangereuse.

La fièvre typhoïde débute quelquefois ainsi : pouls *feou-hong* (superficiel, débordant), douleur à l'épigastre, grande chaleur, yeux rouges, larmoyants et enflés, peau très rouge, visage très rouge, haleine brûlante, douleur au bas-ventre, qui est très dur à la pression; urine peu abondante et très rouge; la parole est arrêtée dans la gorge par une sorte de râle; on distingue au-dessous de l'épiderme de petits points rouges qui apparaissent en plus grande abondance au dos et à la poitrine; langue jaune, bouche sèche, toux, crachats épais et d'une odeur fétide, inappétence. Les autres symptômes sont les mêmes que ceux de la fièvre typhoïde ordinaire, seulement leur marche est plus rapide, et il n'est pas rare de voir le malade succomber du quatrième au septième jour. Dès que le traitement peut amener l'éruption des taches rosées, le malade a beaucoup de chances de guérison.

La fièvre typhoïde se présente encore sous la forme suivante : tous les symptômes que nous avons décrits jusqu'au moment de l'apparition des taches rosées sont les mêmes, seulement les taches n'apparaissent pas; alors la peau est sèche, brûlante et rouge; la bouche amère, la langue sèche et jaune; le visage

restés à son égard les praticiens distingués que j'ai nommés plus haut.

Ce rétrécissement n'est point cicatriciel. A la vérité, le fond du sillon a été occupé plusieurs fois par une ulcération plus ou moins superficielle; mais celle-ci a manqué une fois, puis elle a toujours été consécutive à la rétraction cutanée; enfin elle ne s'est jamais cicatrisée.

L'anneau constricteur ne répond par son siége à aucune disposition anatomique particulière à la région, à aucune bride fibreuse normale dont on pourrait invoquer la rétraction spontanée; du côté palmaire à la vérité, il répond au pli métacarpo-phalangien; mais, sur les faces latérales et dorsale du doigt, il continue à même le tégument commun son tracé circulaire. Il échappe donc à toute explication tirée de l'anatomie normale.

La peau à son niveau est amincie, fibroïde, inextensible, intimement appliquée sur les parties sous-jacentes. C'est donc cette membrane elle-même qui est prise, et c'est spontanément qu'elle s'est altérée; or, une pareille dégénérescence du tégument ne se retrouve que dans une seule affection cutanée singulièrement rare, puisqu'on en possède tout au plus vingt observations qui elles-mêmes ne sont pas toutes concluantes (1) : je veux parler de cette dermatose à synonymie trop riche étudiée par Forget (de Strasbourg), MM. Thirial, Grisolle, Gillette, Gintrac, Garelli, Oulmont et d'autres, et désignée sous les noms de *chorionitis*, *sclérosténose cutanée*, *sclérodermie*, *sclérème des adultes*, etc. Quiconque voudra lire sans idée préconçue les observations auxquelles je fais allusion sera frappé comme moi de l'analogie qu'en certains points elles présentent avec celle de M. Mirault. Je dis analogie, il est vrai, et non similitude; mais, dans les déterminations pathologiques difficiles, c'est beaucoup que de pouvoir se guider sur des ressemblances quand celles-ci ne sont pas forcées.

Forget et M. Gintrac ont, malgré la pénurie des faits, donné un ensemble de caractères anatomiques et généraux qui me suffisent pour le moment, et qui d'ailleurs m'ont permis autrefois de diagnostiquer à première vue deux cas de ce genre (2). Je vais invoquer quelques-uns de ces caractères : l'induration de la peau figure tantôt des plaques disséminées à la surface du corps, tantôt des bandes plus ou moins étendues : de celles-ci, les unes sont parallèles à l'axe des membres, du col ou du tronc; les autres sont circulaires, et alors elles affectent une singulière prédilection pour les régions articulaires, qu'elles étranglent à la manière des bracelets. J'ai vu sur le malade de Saint-Louis cette dernière forme localisée au niveau des deux articulations tibio-tarsiennes. Les plaques et les bandes longitudinales existaient, au contraire, chez la fille de l'hôpital Necker. En effet, lorsque l'affection est ancienne ou étendue, les trois variétés existent simultanément. La forme circulaire péri-articulaire, qui nous intéresse ici tout particulièrement, donne lieu à des phénomènes pathologiques qu'il est bon de rappeler succinctement dans l'intérêt de notre démonstration : ainsi, chez la femme Bruckmann (observation de Forget), « les deux poignets, les deux cous-de-pied, les coudes, les genoux étaient roides; cette roideur paraissait moins due à l'affection articulaire qu'à un état fort singulier de la peau, qui, à ce niveau surtout, était dure, lisse, tendue, brunâtre, semblable à du tissu de cicatrice. » Chez la femme Barre (Grisolle), la maladie commence par le bras droit...; les doigts sont tendus et gonflés..., la peau des cous-de-pied présente une légère tension... C'est au pli des bras que la tension est le plus prononcée... La peau est tendue sur les deux faces de la main, mais elle l'est à un degré bien plus considérable sur les doigts; ceux-ci sont lisses et rappellent, à la douleur près, qui n'est que d'une faible intensité, l'apparence des doigts affectés de panaris.

Chez Dubois (Putégnat), *les dix doigts tuméfiés*, à demi fléchis, sont presque tout à fait immobiles. Les dix orteils tuméfiés sont immobiles.

Dans le cas de Fantonetti, les doigts, les orteils, les articulations des bras, les poignets, les genoux, ne pouvaient presque pas se mouvoir...

Chez la seconde malade de Rilliet, l'induration n'attaqua que les membres supérieurs, c'est-à-dire la main, l'avant-bras, les deux tiers inférieurs du bras... Les doigts sont roides, légèrement fléchis; leurs mouvements sont très limités, soit dans la flexion, soit dans l'extension... Les parties molles paraissent adhérentes aux os... La peau de la paume de la main a conservé sa souplesse : aussi la flexion des articulations métacarpo-phalangiennes est-elle plus facile et plus complète que celle des articulations phalangiennes... Dans le point du bras où l'induration cesse, on aperçoit *un léger étranglement circulaire*...

Suivant Forget, le chorionitis siége de préférence ou du moins se dessine plus fortement au niveau des articulations, régions par lesquelles il paraît débuter; il y exerce *une sorte d'étranglement* et maintient les articles dans un état de roideur qui simule l'ankylose incomplète... M. Putégnat ajoute qu'un

(1) Il est probable qu'on parviendrait à grossir ce chiffre en fouillant dans les recueils étrangers. Je renvoie ceux qui voudraient consulter les originaux à la bibliographie donnée par M. Gintrac père, dans le V° volume de son *Traité de pathologie interne*. Les auteurs qui ont signalé ou décrit cette affection sont les suivants : Zacutus Lusitanus, Diemerbroeck, Curzio, Pierquin, Fantonetti, Letourneux, Stroheim, Thirial, Grisolle, Forget, Bouchut, Putégnat, Pelletier, Rilliet, Ravel, Oulmont, Gillette, Beau, Borelli et Garelli. En rassemblant et en coordonnant tous ces faits, on écrirait sans peine une monographie intéressante et utile. Ce travail tentera sans doute quelque jeune candidat au titre de docteur.

(2) L'un sur un malade d'une cinquantaine d'années couché il y a quelques années dans un service de l'hôpital Saint-Louis, l'autre sur une jeune fille entrée en 1859 à l'hôpital Necker, où elle ne séjourna que trois ou quatre jours. Malheureusement, je n'ai point recueilli ces observations.

---

se couvre d'une teinte ictérique, les vomissements deviennent très fréquents, le pouls est très élevé; toux, douleur au cou, sueur au front, douleur générale, yeux à moitié fermés; les mains cherchent dans le vide; urine peu abondante et épaisse, constipation rebelle. Cette affection n'est pas aussi grave que les affections précédentes. On parvient facilement à amener l'éruption des taches, et le malade ne tarde pas à entrer en convalescence.

Autre forme : les taches n'apparaissent pas, la peau est sèche et rouge; essoufflement, faiblesse très grande, visage fort pâle, joues enflées, langue blanche, bouche sèche, douleur au bas-ventre, pesanteur à l'anus, selles dysentériques, démangeaison à la gorge, toux continuelle, crachats jaunes et visqueux. Cette affection est très grave. Dès que l'éruption des taches a commencé, le malade peut être sauvé.

Autre forme : pas d'éruption de taches; la peau est sèche et d'un rouge cuivreux; selles noires, vomissement de sang, haleine fétide, visage rouge, vertiges, prostration, pouls faible, corps froid; ni soif ni appétit; douleur au bas-ventre, très forte à la pression. Cette affection est peu grave. Il est facile d'amener l'éruption; seulement il arrive quelquefois que, dans la période de convalescence, le malade est pris par la dysentérie; cet accident n'est pas dangereux, et facile à combattre.

Autre forme : mêmes symptômes que ceux dont nous avons parlé en décrivant la première forme de cette affection; principalement chaleur extrême, délire, visage très rouge, yeux très rouges et larmoyants, toux, mucosités coulant du nez, convulsions, éruptions de taches. Dès que ces taches apparaissent, la toux diminue, les autres symptômes disparaissent peu à peu, et, huit ou dix jours après, le malade entre en convalescence. Cette affection, qui est peu grave, atteint principalement les enfants.

De l'acupuncture (*tchin-kieou*).

Il existe deux grands principes sur lesquels repose la théorie

des traits caractéristiques de la maladie est de frapper davantage les mains, puis les pieds.

Je ne prolongerai pas ces citations, car elles suffisent pour établir les analogies que j'invoquais précédemment. Il est évident pour moi que les anneaux cutanés rétractés qui se montrèrent sur les cinq doigts de Marie Aubry n'étaient pas autre chose que des bandes de sclérodermie (1). Ce que l'on doit noter comme circonstance tout à fait exceptionnelle, c'est la limitation très restreinte et très précise de l'altération cutanée dans des points peu nombreux, circonscrits et identiques.

Les ulcérations dont ces points devinrent le siége constituent une seconde particularité toute spéciale et qui n'avait pas encore été relatée; tout au plus avait-on signalé quelques gerçures, quelques fissures sur la peau sèche et parcheminée, mais jamais on n'a parlé d'une destruction du derme dégénéré allant jusqu'à la dénudation des parties sous-jacentes.

Enfin, si j'en excepte la tuméfaction des doigts et des orteils dont M. Putégnat parle sans lui assigner de forme particulière, rien n'indique qu'on ait encore vu la déformation conoïde des doigts, si frappante dans notre observation. En résumé, je pense qu'il s'agissait ici d'une variété exceptionnelle de la sclérodermie à forme circulaire, forme non constante ellemême d'une affection extrêmement rare.

En supposant que je sois parvenu à porter la conviction dans les esprits en ce qui touche la nature du sillon constricteur digital, il resterait encore à établir la relation qui le lie au rhumatisme; heureusement, j'arriverai sans peine à cette démonstration. Les observations de sclérodermie, je l'ai déjà dit, sont encore peu nombreuses et peuvent être rangées en plusieurs catégories : les unes sont fort écourtées et ne renferment que peu ou pas de détails sur les antécédents des sujets affectés; dans les autres, on s'est enquis avec plus ou moins d'attention des états morbides antérieurs. Or, on y voit figurer fréquemment le rhumatisme léger ou intense, fugace ou durable. Je vais encore extraire quelques passages textuels :

La femme Bruckmann, âgée de trente-trois ans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a quelques années elle commença à souffrir de rhumatismes; plusieurs articulations se sont gonflées à diverses reprises, et ses poignets portent encore les traces de nombreuses applications de sangsues et de ventouses scarifiées. Aujourd'hui, les deux poignets sont roides et comme affectés d'ankylose incomplète.

Antonia Alessandri, âgée de trente ans, d'une constitution robuste, s'est mariée jeune. Avant ce temps, excepté un rhumatisme léger, elle n'avait eu aucune maladie. Plus tard, scarlatine grave; larges taches d'érythème, puis, à la suite d'une couche, œdème de tout le corps, suivi d'une éruption tenace de pustules larges et douloureuses. Le printemps suivant, la sclérodermie générale débuta.

Dubois, âgé de soixante-cinq ans, habite depuis onze ans un rez-de-chaussée situé au nord, assez humide, placé au-dessous d'un cellier et muni d'une seule ouverture proche du lit. Manifestations scrofuleuses dans l'enfance. Il y a trois ans, chute sur l'épaule, suivie de douleurs rhumatismales persistant jusqu'à l'apparition du chorionitis. Pouls dur, résistant, tendu, vibrant, un peu inégal. Légère hypertrophie excentrique du ventricule gauche.

La femme Eustache (Pelletier, cité par Forget), âgée de soixante-six ans, grande et forte, pauvre, habitant une petite maison terrassée de glaise, humide, malsaine, ne recevant presque jamais le soleil, a souvent été affectée de rhumatismes. Un médecin considéra même comme rhumatismales les premières douleurs que détermina la sclérodermie développée au niveau des articulations.

Les antécédents rhumatismaux sont très explicitement indiqués dans les deux observations publiées par M. Garelli (1).

Chez la jeune fille de neuf ans dont Rilliet a rapporté l'observation, il n'y avait pas de rhumatisme articulaire; mais on nota des palpitations très intenses, une grande accélération du pouls, de la bouffissure de la face, un épanchement pleurétique étendu, puis un épanchement dans le péricarde, de l'ascite qui récidiva deux fois; en somme, une disposition morbide générale portant sur les séreuses et très voisine, par conséquent, du rhumatisme, qui ne débute pas nécessairement par les séreuses articulaires.

Dans plusieurs autres cas, le rhumatisme articulaire a également manqué dans les antécédents, mais l'influence étiologique du froid paraît assez évidente. Ainsi, pour la petite fille de huit ans et demi observée par Gillette, il est dit « que le » père faisait remonter la cause du mal au froid que la petite » malade aurait éprouvé dans une maison de charité où elle de» meurait. » Ceci serait vague ; mais Gillette remarqua que « les » variations de l'induration s'accordaient assez souvent avec » les variations de température. C'est au retour du froid, dans » le mois de mai, qu'on constata l'induration la plus pronon» cée de la langue (2). »

Marie Tapissier (deuxième observation de M. Thirial), âgée de quinze ans et demi, réglée depuis l'âge de quatorze ans,

(1) Sauf de rares exceptions, la sclérodermie est une affection qui atteint presque exclusivement le sexe féminin.

(1) *Cenni storico-monografici sulla malattia conosciuta sotto i nomi di indurimento del tissuto cellulare degli adulti, sclerema, sclerodermia sclerostenosi, corionite, et riflessioni pathologiche sull'indurimento del tissuto dei neonati*, par Giovanni Garelli, in *Gazetta medica dei Stati sardi*, 1853, et in *Raccolta di osservazioni clinico-pathologiche*, par MM. Borelli et Garelli, 1851-1854, p. 255.

Ce mémoire, qui ne paraît pas connu en France, renferme des faits intéressants et des idées originales sur la nature de l'affection.

(2) A propos de ces deux petites malades, âgées l'une de huit ans et demi, l'autre de neuf ans, il est bon de rappeler que le rhumatisme articulaire est rare dans l'enfance.

---

médicale chinoise. Ces principes sont ainsi formulés : 1° le mécanisme du corps humain est tout hydraulique, c'est-à-dire que la libre circulation du sang, des humeurs et des esprits vitaux, et l'équilibre respectif qui modifie leur mouvement et leur action réciproque, étant tout à la fois le poids et les roues du corps humain, la santé ne subsiste que par cette circulation et cet équilibre, ou ne se rétablit que par leur rétablissement; 2° l'air qui entre sans cesse dans le sang et les humeurs par les poumons étant comme le balancier qui tempère et entretient leur fluidité, celle-ci ne peut se rétablir ou subsister que par lui; d'où naît cette conséquence : que la circulation des liquides dans le corps humain ayant à vaincre les deux grands obstacles de la pesanteur et du frottement, que cette circulation pouvant en outre être gênée par l'influence des causes extérieures, tout ce qui tend à diminuer ou à corriger ces obstacles peut aider à rétablir cette circulation lorsqu'elle est altérée. De là l'utilité de l'acupuncture, qui, au moyen de la pénétration des aiguilles, augmente l'activité et le ressort de l'air nécessaire à la fluidité des liquides, et aide les humeurs et le sang à vaincre les engorgements qui gênent la circulation et engendrent la douleur.

Pour pratiquer l'opération de l'acupuncture, on se sert d'aiguilles fabriquées avec des métaux très flexibles, très durs, très ductiles, et autant que possible inoxydables; l'or et l'argent doivent être employés de préférence. On fabrique également d'assez bons instruments avec l'acier bien trempé, recuit et parfaitement poli. On distingue neuf espèces d'aiguilles :

La première, appelée *tsan-tchin* (fig. 1), a la tête plus grosse que le corps de l'aiguille et ronde; la pointe, de forme triangulaire, est large à la base de $0^m,01$; la longueur totale de $0^m,05$. Elle sert à ouvrir la peau dans certaines maladies où la chaleur domine.

Fig. 1.

La deuxième, appelée *yuen-tchin* (aiguille ronde) (fig. 2), a une forme ovoïde; sa longueur est de $0^m,05$. Elle sert à séparer les chairs.

Fig. 2.

lava du linge dans de l'eau de puits très froide au premier jour de ses règles, qui se supprimèrent sur-le-champ. Presque immédiatement, gêne et roideur dans le cou; bientôt après, sclérodermie confirmée.

La seconde malade de Rilliet, âgée de vingt-huit ans, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à vingt-quatre ans; elle vivait dans de bonnes conditions hygiéniques. A cette époque, elle allaitait un enfant, et tous les soirs, pendant l'hiver de 1843, elle lavait son linge à l'eau froide. Il est vrai que la sclérodermie ne parut que longtemps après; mais aucune autre influence morbigène ne s'interposa entre cette cause spéciale et l'invasion de la lésion cutanée.

Un malade, atteint d'une variété curieuse d'induration cutanée et dont M. Oulmont nous a transmis l'histoire, présentait les antécédents suivants : à seize ans, rhumatisme articulaire aigu qui a duré près d'un mois. Au bout de six semaines, palpitations qui durent encore. Dans la suite, oppression, toux, hémoptysie, congestion cérébrale. Maladie du cœur bien évidente. Vers trente-cinq ans, apparition des lésions cutanées.

En rassemblant ces citations, je ne veux pas dire que la sclérodermie soit inséparable du rhumatisme; mais je veux promptement montrer la relation si fréquente qui existe entre l'action du froid, les manifestations arthritiques et l'induration fibreuse du derme, relation qui, du reste, avait été déjà signalée surtout par Gillette (1).

La conclusion que je veux tirer pour le moment est facile à pressentir : c'est que l'existence de la sclérodermie digitale chez Marie Aubry, loin d'exclure l'hypothèse du vice rhumatismal, ne fait que la confirmer, et que, sans forcer la logique des faits, je puis considérer la lésion cutanée comme un symptôme de la maladie générale que j'invoque comme cause de tous les désordres.

Ulcérations antibrachiales et métacarpiennes. — A mesure que nous avançons, le terrain se déblaye, ce qui ne veut pas dire que les difficultés particulières s'atténuent. Tout au contraire : il reste, en effet, à démontrer que le vice rhumatismal est responsable : 1° de la formation spontanée d'ulcérations tégumentaires extrêmement rebelles; 2° du délai interminable apporté à la cicatrisation des plaies d'amputation, plaies chirurgicales, c'est-à-dire accidentelles et, à ce titre, devant être regardées comme essentiellement simples.

La démonstration sera difficile, car la science manquant d'observations semblables à la précédente, il faudra renoncer à des rapprochements et à des comparaisons utiles; d'où la nécessité de forger des arguments de toutes pièces.

Un premier point ressort des détails du fait, c'est que les ulcérations antibrachiales et les accidents locaux des plaies d'amputation offrent, au point de vue de l'anatomie pathologique, une identité complète. Les ulcères débutent par un soulèvement de l'épiderme simulant une brûlure ou un large vésicatoire volant, avec rougeur à toute la circonférence. Sous l'épiderme se voit une couche épaisse de matière concrète fibro-albumineuse. L'épiderme enlevé, reste une surface d'un rouge obscur, un peu violacée, puis une ulcération à bords très minces, irréguliers, non décollés, saignant facilement et fournissant une suppuration jaunâtre, mal liée ; à deux ou trois reprises, les ulcères en voie de réparation se recouvrent d'une mince couche cicatricielle. Une recrudescence survient : l'épiderme rudimentaire est soulevé par du fluide, puis par la couche de substance plastique indiquée plus haut. La guérison n'exige pas moins de trois ans, en dépit d'une foule de moyens généraux et locaux.

De leur côté, les plaies d'amputation sont réunies par première intention. L'adhésion réussit dans un cas pour quelques jours ; elle échoue le plus souvent; mais toujours au bout d'un temps plus ou moins long, les plaies suppurent, la peau du voisinage se gonfle et prend une coloration livide ; l'ulcération s'en empare, l'épiderme se soulève d'abord, puis est remplacé par une exsudation pseudo-membraneuse qui se continue à son pourtour avec un épiderme rudimentaire, friable, peu adhérent. L'altération de la peau s'étend au loin sur le dos du métacarpe ; on y constate une rougeur érysipélateuse, violacée et blafarde ; l'épiderme y est soulevé presque partout par un fluide séro-purulent, ce qui donne à cette région une ressemblance frappante avec certains vésicatoires volants avant l'ablation de l'enveloppe épidermique soulevée. Mêmes douleurs brûlantes et lancinantes, même opiniâtreté, même résistance à tous les agents médicamenteux, même guérison spontanée, etc. Si j'ajoute que les scarifications pratiquées sur l'un des doigts prirent un mauvais aspect et tardèrent beaucoup à se cicatriser, je serai fondé à dire qu'une même cause a présidé au caractère particulier revêtu par toutes les solutions de continuité des avant-bras, de la main ou des doigts, quels qu'aient été leur origine (1) et leur point de départ.

(1) Parmi les causes qui ont été signalées dans onze cas, dit cet auteur, nous voyons dominer sept fois l'influence rhumatismale.

D'ailleurs, comme lésion cutanée, la sclérodermie pourrait être le symptôme de plusieurs maladies constitutionnelles, par conséquent de l'arthritisme comme des autres. Peut-être la relation serait plus fréquente si l'on avait toujours pris soin de distinguer suffisamment la sclérodermie d'autres affections qui ont avec elle une analogie plus ou moins éloignée.

(1) Je ne me dissimule pas qu'en admettant sur une plaie accidentelle l'influence directe d'un état constitutionnel, j'énonce une proposition contraire à une règle qui paraît bien établie et en vertu de laquelle on peut pratiquer une opération sur un sujet diathésé sans craindre de voir cette plaie prendre des caractères spécifiques. Tous les jours, les scrofuleux se blessent ou sont blessés par la main du chirurgien. Les syphilitiques, les goutteux, les dartreux, etc., sont dans le même cas, et l'on ne voit pas pour cela les solutions de continuité revêtir la forme des ulcères scrofuleux, syphilitiques, dartreux, etc. La cicatrisation n'en paraît pas même retardée notablement. Si une plaie prend l'aspect d'un chancre, c'est qu'elle a été directement contaminée par du pus chancreux actuellement virulent : il y a eu contagion et non irradiation diathésique. A chaque instant on applique sur des rhumatisants les vésicatoires, les moxas,

---

La troisième, nommée *che-tchin* (fig. 3), ressemble à la paille du millet ; sa longueur est de $0^m,11$; la tête cannelée en spirale facilite la manœuvre dans l'opération, et empêche une trop grande pénétration dans le tissu des organes; l'extrémité est extrêmement fine et acérée. Cette aiguille sert à piquer les vaisseaux dans lesquels l'air est raréfié, par suite d'épuisement, d'oppression, etc.

La quatrième (fig. 4), nommée *fong-tche*, est longue de $0^m,05$; la moitié de son corps est évidée et présente trois cavités. On s'en sert pour saigner dans les maladies graves.

La cinquième (fig. 5), appelée *py-tchin*, a une forme toute particulière; son extrémité ressemble à une épée à deux tranchants; sa largeur est de $0^m,02$, et sa longueur de $0^m,13$. On s'en sert pour ouvrir les abcès.

FIG. 3.

FIG. 4.

FIG. 5.

FIG. 6.

FIG. 7.

La sixième, appelée *yuen-tchin* (fig. 6), est longue de $0^m,05$, a le corps très fin et l'extrémité très acérée. On s'en sert pour guérir les douleurs produites par une inflammation. La tête est cannelée en spirale.

La septième, nommée *hao-tchin*, diffère de la précédente par sa longueur, qui est de $0^m,12$. On s'en sert dans les maladies causées par un refroidissement d'une partie du corps. (Voyez fig. 6.)

La huitième, appelée *tchang-tchin* ou longue aiguille, a $0^m,22$ de longueur, la pointe très acérée, et le corps proportionné à la longueur. On s'en sert lorsque le mal a pénétré profondément. La tête est cannelée en spirale. (Voy. fig. 6.)

La neuvième, nommée *ho-tchin* (fig. 7), est longue de $0^m,12$, le corps rond et proportionné à la longueur. On s'en sert dans

En démontrant l'identité anatomo-pathologique, nous n'avons point encore éclairci la question de nature. M. Mirault l'a déjà dit, il ne s'agit ici d'aucun des ulcères diathésiques connus : ni scrofuleux, ni syphilitiques, ni cancéreux, ni scorbutiques, etc. Dire qu'on a eu affaire à des ulcérations *sui generis* serait commode, mais n'avancerait à rien, pas plus qu'à admettre des ulcères rhumatismaux qui ne trouveraient pas place dans les cadres de la nosographie moderne ; car si j'ai déjà eu quelque répugnance à comprendre le rhumatisme parmi les causes qui retardent la cicatrisation des plaies, je suis encore moins autorisé à grossir du genre arthritique la liste des ulcères de cause interne.

Je vais plus loin, et je refuse à ces plaies singulières les caractères des ulcères véritables. Si, en effet, elles s'en rapprochent par la lenteur de la cicatrisation, elles en diffèrent, en revanche, sous de nombreux rapports. Ainsi :

1° Elles n'intéressent que les couches les plus superficielles de la peau et y persistent un temps infini sans causer de pertes de substance.

2° Elles débutent et se comportent toujours comme des brûlures légères ou des vésicatoires volants, et ne fournissent point de suppuration légitime, mais seulement une sérosité plus ou moins purulente (1). L'enduit pseudo-membraneux, les croûtes minces, rappellent encore les phases diverses de la vésication.

3° Elles guérissent sans formation de tissu inodulaire et sans cicatrice apparente. A la vérité, la guérison de l'ulcère de l'avant-bras droit laissa une surface inégale, chagrinée et même un peu bridée ; mais on avait employé des remèdes très énergiques, entre autres la cautérisation actuelle et potentielle, variée de plusieurs manières.

En méditant sur ces caractères si nombreux, si précis, si spéciaux, on est conduit à rapprocher ces ulcérations de la phase ultime de certaines dermatoses bulleuses, c'est-à-dire du pemphigus. Cette ressemblance entrevue, comparons ce qui a été observé par M. Mirault avec la description donnée par M. Bazin du pemphigus arthritique, et toute incertitude disparaîtra :

« Le pemphigus chronique arthritique est caractérisé par des poussées successives de bulles variables par leur volume et par leur nombre... Il débute par de petites taches ou plutôt par des plaques d'un rouge foncé sur les membres et sur la face ; le lendemain, ces plaques érysipélateuses sont couvertes de bulles plus ou moins nombreuses... L'éruption peut occuper la plus grande partie de la peau dans l'espace d'un mois à six semaines ; cependant le pemphigus ne se généralise pas toujours, et il peut rester borné à certaines régions, comme les avant-bras, les mains ou les membres inférieurs... M. Bazin a vu un cas où l'éruption se localisa quatre mois aux mains et aux poignets... Les bulles ont un volume variable : les plus grosses ont les dimensions d'une noisette ou d'une noix..., d'autant moins nombreuses qu'elles sont plus volumineuses... On en trouve trois ou quatre sur la même surface érythémateuse.

» ...Dans les premiers moments, ces bulles sont transparentes ; mais le liquide qu'elles renferment ne reste pas séreux longtemps : il se trouble, s'épaissit, devient purulent et se transforme en croûtes jaunâtres ou brunâtres, minces, présentant par leur conformation extérieure un aspect qui dénote qu'elles ont succédé à des bulles... D'autres fois, le liquide est résorbé ou s'échappe à la faveur d'une rupture de la bulle : alors l'épiderme se plisse et s'applique sur le derme ; ou bien encore, détaché en partie, il laisse à nu une surface plus ou moins large, rouge, violacée, légèrement excoriée et douloureuse...

» Les bulles se développent parfois incomplétement ; on voit des plaques rouges sur lesquelles existent des soulèvements épidermiques qui ressemblent à ceux d'une brûlure superficielle au second degré... Quelquefois on constate de véritables angioleucites qui retentissent sur les ganglions lymphatiques des régions voisines...

» Les démangeaisons peuvent revêtir une telle intensité qu'elles empêchent complétement le sommeil ; elles peuvent

les cautérisations diverses, et les plaies qui en résultent se cicatrisent très normalement.

Comment donc en a-t-il été différemment chez M. Aubry ? Pour se l'expliquer sans invoquer une exception tout à fait singulière, il faut, tout en reconnaissant la validité de la règle en question, faire une réserve pour le cas où le traumatisme porte sur le voisinage immédiat du point où la diathèse s'est manifestée spontanément et règne encore dans toute son activité. On tranche les difficultés et l'on explique les exceptions en admettant autour du point susdit une atmosphère, un cercle plus ou moins étendus où les tissus *semblent* intacts et resteraient tels peut-être indéfiniment, si une cause traumatique n'y provoquait l'évolution fortuite de la diathèse. Prenons un exemple : vous traitez un scrofuleux pour une carie partielle du pied ; vous voulez ménager le plus possible l'organe ; vous faites une résection, une amputation partielle au plus proche du mal. A l'inspection de la plaie opératoire, tous les tissus paraissent normaux, et rien ne semble devoir entraver le travail réparateur. Dans les premiers temps, ce travail marche régulièrement ; mais souvent on le voit s'arrêter et rester incomplet. Le dernier quart de la plaie opératoire ne se ferme pas et revêt l'aspect des ulcérations scrofuleuses qui ont nécessité l'opération. Chez le même sujet, l'amputation, pratiquée quelques pouces plus haut, aurait beaucoup mieux réussi sous le rapport de la cicatrisation.

Vous opérez chez un syphilitique une fistule pénienne : la réunion immédiate manque, l'autoplastie échoue. Vous instituez un traitement approprié, puis vous recommencez, et cette fois avec succès. Si le syphilitique s'était fait dans une chute une plaie du front six fois plus large, l'adhésion primitive aurait réussi probablement du premier coup.

Je ne fais que soulever ici, sans m'y étendre, une question qui intéresse au plus haut degré la médecine opératoire et qui est encore cependant entourée d'obscurités.

(1) L'absence de suppuration véritable est importante à constater ; elle s'accorde bien avec ce que nous savons du rhumatisme, qui provoque facilement l'inflammation plastique et adhésive, mais rarement la sécrétion abondante du pus. Et de fait, dans le cas présent, malgré l'intensité et la durée des phénomènes inflammatoires dont les doigts ont été le siége, on n'y a constaté que des adhérences séreuses et jamais de collection purulente.

L'inflammation simple spontanée ou traumatique agit tout autrement dans ces appendices, témoin la fréquence des panaris.

---

les maladies provenant d'empoisonnements miasmatiques ou produites par l'infiltration d'un virus dans les organes.

Tout médecin qui veut pratiquer l'acupuncture doit préalablement étudier avec le plus grand soin la place d'élection pour les piqûres dans chaque affection ; il doit connaître la profondeur à laquelle il doit, dans chaque cas, enfoncer les aiguilles au-dessous de la peau, pour atteindre le siége du principe morbifique et lui donner une issue convenable ; et enfin il doit savoir combien de temps il est nécessaire de laisser les aiguilles en place, afin d'obtenir le meilleur résultat thérapeutique.

Pour faire l'opération, on tend le plus possible la portion de peau que l'on veut perforer. Ceci étant fait, on saisit l'aiguille entre le pouce, l'index et le médius de la main droite, l'index appuyant sur la tête de l'aiguille. On avertit le malade de tousser, et aussitôt, posant la pointe de l'aiguille sur le lieu d'élection, on l'insinue insensiblement, au moyen de mouvements de rotation, à la profondeur qu'on désire atteindre. Lorsque le pouls sera élevé, on fera pénétrer l'aiguille en l'inclinant légèrement à gauche ; si le pouls est faible, l'inclinaison sera donnée à droite ; s'il y a douleur, l'aiguille devra être enfoncée verticalement. Dans le premier cas, le mouvement de rotation aura lieu de gauche à droite ; dans le deuxième cas, de droite à gauche.

Si la profondeur à laquelle on veut atteindre est grande, on devra faire pénétrer l'aiguille peu à peu, au moyen de plusieurs mouvements de rotation. Supposons, par exemple, qu'il soit nécessaire d'enfoncer l'aiguille à une profondeur de 1 *tsun* ou 0m,03 : le malade ayant toussé, on enfoncera l'aiguille de 0m,01, on répétera ensuite deux fois cette même opération.

Le temps pendant lequel on doit laisser l'aiguille dans les chairs est déterminé pour chaque lieu d'élection, mais en général la durée de l'application doit être en rapport avec le soulagement du malade et son état de faiblesse. L'aiguille étant dans les chairs, il faut avoir bien soin de frapper légèrement la tête trois fois avec l'extrémité de l'ongle du médius,

devenir intolérables et déterminer une surexcitation nerveuse allant jusqu'au délire. Les malades sont tourmentés par une autre douleur, celle qui résulte de la dénudation des parties affectées. »

Dans plusieurs endroits, M. Bazin revient sur les troubles de la sensibilité dans les arthritides, herpès, zona, hydroa, pemphigus; il insiste sur les douleurs vives, cuisantes, brûlantes, lancinantes, semblables à celles de la brûlure et de la vésication.

Enfin il dit encore : « Lorsque le pemphigus n'est pas généralisé, il ne présente pas de gravité apparente : l'appétit est conservé, et les fonctions s'accomplissent régulièrement... On ne peut assigner au pemphigus arthritique de durée précise; il peut exister des mois et des années, etc. (1). »

Nous croyons superflu d'insister sur la concordance de deux descriptions, l'une particulière, l'autre dogmatique, faites sans entente préalable par deux auteurs différents. Pour nous, point de doute : les manifestations cutanées observées chez Marie Aubry se rapportent au pemphigus arthritique.

Les douleurs ont joué dans la longue maladie de Marie Aubry un rôle si prédominant que je ne puis m'empêcher d'y revenir en quelques mots, ne serait-ce qu'à titre de renseignement pour le diagnostic. Nous avons vu combien elles étaient tenaces, et nous avons constaté qu'elles siégeaient dans les doigts déformés ou non, dans les moignons d'amputation, dans les ulcérations antibrachiales, dans les sillons sclérodermiques. Cette multiplicité de siéges ne permet pas de les rapporter exclusivement soit à l'arthrite digitale, soit à l'atrophie cutanée, soit à la dénudation du derme; tout ce qu'on en peut dire, c'est qu'elles se sont associées uniformément à toutes les lésions différentes de la maladie commune.

Il n'y a guère que le cancer, les névralgies et le rhumatisme chronique à forme fixe qui s'accompagnent de souffrances aussi opiniâtres; or, comme dans le cas actuel les deux premières maladies ne sont point en question, il faut bien se rabattre sur la troisième.

Si nous examinons maintenant les caractères que ces douleurs ont présentés, nous arrivons encore à la même conclusion. En effet, elles ont été constamment cuisantes, lancinantes, analogues à celles qui résultent de la brûlure, de la goutte ou du rhumatisme. L'arthrite digitale d'une part, l'affection pemphigoïde des moignons et le pemphigus antibrachial de l'autre, rendent facilement compte de ce cruel symptôme, ce qui sert encore à confirmer notre hypothèse.

Je touche au but si je suis arrivé à rattacher à l'arthritisme les symptômes si variés réunis fortuitement chez la malade de M. Mirault. Grâce à une argumentation malheureusement bien prolixe, mais qui était néanmoins nécessaire, je crois avoir écarté les principales objections; toutefois, je reconnais tout le premier tout ce que ce fait a d'insolite dans sa marche. Au début du mal, tout s'explique : une attaque de rhumatisme généralisé, jouant, en quelque sorte, le rôle d'accident primitif, ouvre la marche; plus tard, à titre d'accidents consécutifs, surviennent la sclérodermie, le pemphigus, les arthrites digitales chroniques. Cela s'est vu plus d'une fois; on a même vu la sclérodermie, surtout dans sa forme circulaire, affecter d'abord la peau sur les régions atteintes d'inflammation articulaire. La ténacité avec laquelle la maladie a occupé les doigts n'a pas lieu de nous surprendre davantage, car le rhumatisme chronique mono-articulaire (1) présente très souvent une durée indéfinie et une fixité tout à fait opposée à la mobilité caractéristique du rhumatisme aigu. D'ailleurs, quoique obscurci, ce dernier caractère, c'est-à-dire la mobilité, n'a pas fait absolument défaut pendant les quinze années qu'a duré le mal, puisque les doigts n'ont été pris que successivement et non simultanément, et qu'à diverses reprises le maximum d'intensité s'est porté tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche.

Mais là commencent les singularités. La sclérodermie, ordinairement diffuse et attaquant de larges surfaces, reste ici limitée à un point très circonscrit des doigts, ce qui dissimule ses caractères. Ordinairement plus gênante que douloureuse, elle occasionne ici, par la disposition particulière qu'elle affecte, des déformations bizarres, des dénudations insolites et des douleurs intenses; ordinairement consécutive au rhumatisme et séparée de l'attaque par un intervalle plus ou moins long, elle coexiste avec l'arthrite digitale, qui ne fait que s'accroître simultanément. Ordinairement isolée de tout autre symptôme arthritique, ici elle coïncide enfin avec une dermatose pemphigoïde qui sévit opiniâtrément dans son voisinage.

Le pemphigus, de son côté, reste pendant trois ans borné à un avant-bras, puis trois autres années se localise à l'autre, et cela sur une surface de quelques centimètres à peine et sur une seule plaque érythémateuse; puis, ce qui ne s'était jamais vu, il envahit à plusieurs reprises, et toujours d'une manière rebelle, les bords d'une plaie chirurgicale, d'où il s'irradie sur la seule face dorsale des mains. En dehors de ces régions circonscrites, pas une seule bulle, pas une seule tache livide; l'éruption ne revêt pas même la forme bulleuse qui lui est habituelle, et le plus souvent le soulèvement épidermique avortant à moitié, elle prend la forme de la brûlure ou de la

(1) *Leçons théoriques et pratiques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, professées par M. Bazin, rédigées par M. Sergent, 1860, p. 200 et *passim*.

(1) Quoique le doigt présente plusieurs articulations distinctes, des gaînes et des bourses synoviales isolées, il n'y a pas d'inconvénients à comparer au rhumatisme mono-articulaire l'arthrite qui envahit simultanément toutes les séreuses petites et rapprochées qui existent dans un même doigt. Et d'ailleurs, dans l'arthrite mono-articulaire du poignet, les synoviales radio-carpienne, carpienne et tendineuses, sont souvent envahies du même coup.

comme si l'on donnait une chiquenaude; les médecins chinois disent que cela active la circulation de l'air. On devra de même, pour activer la circulation du sang, gratter avec l'ongle les spirales de la tête de l'aiguille, et répéter cette opération trois fois en remontant.

L'aiguille étant retirée, on cautérisera la place d'élection avec des feuilles d'armoise. On prendra une feuille d'armoise, que l'on roulera en spirale, de manière à en former un petit cône; on placera ensuite une sapèque ou un corps plat en métal et percé d'un petit trou sur le lieu d'élection; on posera le petit cône d'armoise sur le trou de la pièce de monnaie, et on mettra le feu à son extrémité; on retirera l'armoise dès que la peau sera très échauffée. Cette opération se répétera suivant le nombre prescrit pour chaque affection. Dans les cas graves, lorsqu'il y aura furoncles, anthrax ou abcès, on remplacera la pièce de métal par des rondelles d'ail, que l'on percera de plusieurs trous, et sur lesquelles on mettra la feuille d'armoise. Quelquefois il n'est pas nécessaire, ou même il y aurait danger à se servir des aiguilles; on a recours alors à la cautérisation (1).

(1) Chaque place d'élection est fixée par sa distance à une partie du corps très apparente et mesurée sur une droite horizontale ou verticale, ou bien par sa distance à deux points du corps connus, mesurée sur deux lignes droites partant de chacun de ces points. L'unité de longueur dont on se sert pour mesurer les distances d'un lieu d'élection aux différentes parties de la tête et au cou est représentée par la ligne de séparation des deux coins de chaque œil. L'unité de longueur qui sert à mesurer les distances d'un lieu d'élection aux parties du corps comprises entre le cou et les cuisses est représentée par le huitième de l'horizontale menée entre les deux mamelons des seins. L'unité de longueur qui sert à mesurer la distance d'un lieu d'élection aux cuisses, aux bras, aux pieds et aux mains, est représentée par la ligne droite menée entre les extrémités des deux articulations du médius gauche chez l'homme et du médius droit chez la femme, le médius étant courbé. Chacune de ces unités de longueur se nomme *tsun*, que l'on évitera de confondre avec l'unité de longueur égale à 0m,0314. Chaque *tsun* est partagé en 10 *fen*.

vésication; puis, sous l'épiderme, s'accumule une couche pseudo-membraneuse qui n'a été jusqu'ici que rarement observée. A la vérité, en ce qui touche l'apparition de la lésion sur les bords des plaies d'amputation, on pourrait dire que, si l'exemple en est unique, c'est qu'on n'a pas opéré jusqu'à ce jour sur des régions localement influencées à la fois par le rhumatisme chronique et la sclérodermie. Cette remarque, pour être juste, ne dépouillerait pas de son intérêt la particularité qui nous occupe.

Ce qui fait donc de l'observation de Marie Aubry un fait que j'estime jusqu'à nouvel ordre, unique en son genre, c'est l'association d'abord, puis la coexistence de la sclérodermie, du pemphigus et de l'arthrite mono-articulaire, symptômes ordinairement successifs ou alternants, ou disséminés, et réunis ici non-seulement dans le lieu, mais encore dans le temps (1).

Il n'est pas jusqu'à l'insuccès flagrant d'une thérapeutique extrêmement variée qui ne vienne déposer en faveur de l'hypothèse que je cherche à faire prévaloir. M. Mirault, praticien consommé comme vous le savez, a d'abord mis en usage les moyens rationnels, soit pour combattre la douleur, soit pour modifier les tissus malades ou les surfaces dénudées : émollients, narcotiques, topiques anodins, puis énergiques, tout a échoué localement; puis il a essayé les modificateurs généraux à l'intérieur : mercure, iodure de potassium, sulfureux, arsenicaux, purgatifs variés, que sais-je! et toujours sans succès. L'instrument tranchant lui-même n'a point ralenti la marche continue de ce mal bizarre. Il est certain que, si la scrofule, la syphilis ou une altération locale déterminée avaient entretenu cette affection protéiforme, les médications précédentes auraient eu quelque succès au moins passager. Dans cette longue liste de moyens curatifs, je ne constate qu'une omission, c'est celle des agents qui possèdent contre le vice rhumatismal une sorte de spécificité relative : je veux parler des alcalins, puis du colchique et autres préparations analogues. J'ignore ce qui serait survenu si l'on avait administré ces médicaments, mais ils n'auraient pu se montrer plus impuissants que tous les autres.

Au reste, j'ai fait part à M. Mirault de cette remarque, et il a bien voulu instituer un traitement anti-arthritique. D'ici à quelque temps nous saurons donc à quoi nous en tenir.

Messieurs, arrivé à ce point de mon travail, j'avais écrit un paragraphe sur le pronostic probable; un nouveau bulletin que M. Mirault m'a adressé le 20 décembre dernier vous fera mieux connaître l'avenir préparé à la malheureuse malade :

Obs. — J'ai interrogé de nouveau Marie A..., elle m'a encore affirmé que le point de départ de la maladie de chacun de ses doigts était bien dans les articulations; elle est revenue me consulter pour le petit doigt de la main droite, qui tout dernièrement a pris un accroissement qu'on peut estimer au quart en sus du volume naturel. Ce doigt est rouge et chaud dans toute son étendue; mais ces phénomènes sont surtout marqués au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange. Voici, du reste, l'état de cette même main droite depuis les dernières nouvelles que je vous ai données : la phlogose, avec sécrétion d'un fluide ichoreux, séro-purulent, et soulèvement de l'épiderme, qui occupait le moignon collectif de l'index, du médius et de l'annulaire, phlogose qui avait amené la désunion des bords de la plaie d'amputation de l'index, s'est étendue à toute la face dorsale de la main, et à une faible portion de la face palmaire; elle présente beaucoup d'analogie avec l'eczéma impétigineux.

Voici maintenant l'état actuel de la main gauche : le doigt annulaire a augmenté notablement de volume; le sillon de sa racine est tout à la fois plus large et plus profond, comme le montre le moule que j'en viens de faire exécuter.

Les cicatrices des ulcères antibrachiaux se maintiennent solides.

Il existe toujours des douleurs dans les deux mains, mais elles sont fortes surtout dans l'annulaire de la main gauche et dans le petit doigt de la main droite; ce dernier, à son tour, va subir l'évolution morbide de ses prédécesseurs, car les douleurs y deviennent actuellement intolérables. J'incline à penser que votre diagnostic est exact; mais cependant je trouve bien extraordinaire la marche de ce rhumatisme articulaire. Le sillon de la racine des doigts est un phénomène insolite que j'ai peine à rattacher à la diathèse rhumatismale, et comment expliquer ces ulcères et cette espèce d'eczéma impétigineux observé en dernier lieu? J'attends donc les développements de votre supposition.

Je vais soumettre Marie A... au traitement que vous m'indiquez; mais il pourrait se faire qu'elle l'eût déjà suivi, car que n'ai-je pas fait! La liste des remèdes employés est si longue que ma mémoire n'y suffit plus.

J'avais donc raison de dire plus haut que la maladie n'était pas finie. En effet, l'auriculaire droit, un des doigts qui jusqu'alors avaient le moins souffert, se prend à son tour : les douleurs, le gonflement s'y manifestent; le sillon s'y dessinera sans doute avant peu; puis, à la même main, la dermatose métacarpienne, assoupie quelque temps, prend une nouvelle activité et tend même à changer de forme, puisqu'elle revêt l'apparence de l'eczéma impétigineux. Cette métamorphose, soit dit en passant, ne nous surprend pas et n'implique aucune contradiction à notre hypothèse, car cette forme n'est pas rare dans l'arthritis, et, dans l'espèce, elle coïncide très bien avec les caractères assignés par M. Bazin à l'eczéma arthritique (1).

A la main gauche, le doigt annulaire, qui semblait délivré après une première atteinte, est envahi de nouveau, et nous devons savoir gré à M. Mirault de nous en avoir adressé le moule, car l'anneau rétracté est bien plus caractéristique qu'à la main droite : il est beaucoup plus large, mais brusquement limité, et représente, par conséquent, plus exactement la sclérodermie annulaire; plus étroit à sa partie moyenne qu'à ses extrémités, il donne à la première phalange recouverte de ses parties molles la forme d'un sablier. Au niveau du point le plus rétréci, on ne retrouve plus que la phalange avec les tendons, les vaisseaux et les nerfs, le tout étroitement embrassé par un tégument atrophié et inextensible.

Au delà de l'étranglement, le gonflement fusiforme du doigt n'est pas encore très prononcé, et l'on retrouve les dimensions naturelles au niveau de la troisième phalange et la moitié attenante de la seconde. Cet appendice, d'ailleurs, ne deviendra jamais conoïde comme les doigts précédemment sacrifiées, car il est dans une flexion permanente, sans doute par suite de la rétraction antérieure des tendons fléchisseurs.

Notre éminent collègue nous a exposé le fait; j'ai cherché à trancher la question de nature, il faut actuellement discuter les indications du traitement. Voici comment je comprendrais

(1) Comme il est essentiel, dans une discussion aussi délicate, de recueillir tout ce qui peut aider à la solution, je dois rapporter deux exemples imparfaits, à la vérité, de coïncidences analogues à celle que je signale ici.

« Dans la seconde observation de M. Rilliet, la sclérodermie était bornée aux mains, aux avant-bras et à une partie des bras. On appliqua sur l'avant-bras droit un vésicatoire de 5 centimètres de diamètre : il en résulta assez rapidement une bulle volumineuse. Le liquide qui s'en est écoulé était transparent et contenait une énorme quantité d'albumine; le derme était d'un rouge assez vif. Cette rougeur s'étendait à quelques millimètres au delà de la périphérie du vésicatoire. L'épiderme n'a point été enlevé; cependant, au bout de cinq à six jours, quand il s'est détaché, le derme était d'un rouge assez vif, douloureux, et, dans trois ou quatre points, il existait de petites ulcérations étoilées ou serpigineuses, à fond grisâtre, d'un demi-millimètre de profondeur. Dans ces points, la peau avait l'aspect d'une syphilide ulcéreuse commençante. Ces petits ulcères sont en voie de cicatrisation. »

J'ai cité ce passage pour montrer qu'une plaie accidentelle survenant sur la peau affectée de sclérodermie présente des caractères particuliers et une déviation du travail réparateur naturel.

M. Bazin a observé une induration particulière de la peau coïncidant avec une dermatose arthritique, et le psoriasis, qui occupait la face palmaire des mains. « Nous devons ici noter, dit-il, un phénomène curieux : c'est une sorte de rétraction de la peau de la face palmaire des mains; par suite de la modification profonde qu'a éprouvée cette membrane, elle est devenue rigide, comme inextensible, et les doigts ne peuvent être complétement étendus. Cette lésion, d'abord très prononcée, diminue de jour en jour. » (*Ouvrage cité*, obs. X, p. 349.)

(1) L'eczéma arthritique occupe de préférence certaines régions, entre autres le dos de la main et du pied, le poignet, le cou-de-pied... L'absence de symétrie est un de ses caractères. Il n'occupe d'ordinaire qu'un côté du corps, une seule main, une seule jambe. Il est de même remarquable par sa fixité : pendant des mois et même des années, on voit une seule plaque persister sur une seule main sans diminuer ni s'étendre... Il ne se généralise jamais... La sécrétion renferme souvent des globules pyoïdes ou purulents, de la lymphe plastique, c'est-à-dire les produits ordinaires de l'inflammation... Les vésicules sont remplacées par des squames ou par des croûtes jaunâtres lamelleuses qui, en se détachant, laissent à nu des surfaces rouges violacées... Lorsque la poussée est terminée, le prurit est remplacé par des élancements, des picotements, etc. (Bazin, *Ouvrage cité*, p. 182 et suivantes.)

la médication à instituer. Il y a trois exigences à remplir, c'est-à-dire qu'il faut combattre : 1° l'état diathésique; 2° les symptômes en activité ; 3° les lésions accomplies.

1° Logique jusqu'au bout et fidèle à ma supposition jusqu'à preuve contraire, j'insisterais sur le traitement anti-arthritique. A l'intérieur : les alcalins, le colchique, la digitale, la vératrine; la malade devrait quitter la chambre basse et humide qu'elle occupe pour habiter un lieu sec et visité par la lumière et le soleil.

Ce traitement général devrait être longtemps continué, car, en supposant qu'il parût impuissant contre les accidents locaux actuels, il rendrait de bien grands services s'il modifiait la constitution et conjurait l'apparition de nouveaux envahissements. A vrai dire, je crois qu'il n'aurait de prise que sur la dermatose et sur les lésions commençantes du doigt auriculaire droit. Il est douteux qu'il modifie l'état actuel de l'annulaire gauche et qu'il agisse sur la sclérodermie annulaire, qui y est si prononcée. Comment espérer faire revenir à l'état normal l'anneau tégumentaire atrophié et dégénéré? A plus forte raison n'obtiendra-t-on pas la résorption des adhérences plastiques qui soudent les surfaces articulaires entre elles et les tendons avec les parois de leurs gaînes; car dans toutes les maladies spécifiques, les lésions peuvent arriver à une période où elles sont incurables en raison des désordres irrémédiables survenus dans les tissus et les éléments. Dans la syphilis, par exemple, c'est-à-dire dans la maladie où les antidotes ont le plus d'efficacité, on ne peut plus guérir ni les rétrécissements du rectum, ni l'atrophie consécutive au sarcocèle, ni les pertes de substance qui succèdent à certaines ulcérations, etc.

2° Si la marche de l'arthrite digitale n'est pas entravée dans le petit doigt de la main droite, on devrait encore recourir aux scarifications profondes qui, une fois déjà, ont donné de bons résultats.

Pour combattre l'affection cutanée, on pourrait essayer les manuluves alcalins avec une faible dose de sel, les douches de vapeur, l'huile de cade étendue, la teinture d'iode atténuée, etc. Quelquefois les élancements et les cuissons ont été amendés par l'usage intérieur de la teinture de cantharides à très faible dose; il ne faudrait pas négliger ce puissant moyen. On comprend bien que tout agent qui calmerait les souffrances serait d'un prix inestimable, car si, par un hasard heureux, l'état général n'a pas encore éprouvé de trop rudes atteintes, il faut s'attendre à voir d'un jour à l'autre les grandes fonctions organiques s'altérer et peut-être irrémédiablement. C'est pour prévenir cette menace qu'il conviendrait de soutenir les forces à l'aide de l'hygiène, du régime et de médicaments appropriés.

3° Enfin que conviendrait-il de faire à l'annulaire gauche? Avec la perspective réservée aux plaies d'amputation, on serait peu tenté de conseiller la désarticulation métacarpo-phalangienne. Si toutefois les douleurs devenaient intolérables, il faudrait peut-être s'y résoudre, à moins qu'on ne veuille tenter la section des nerfs collatéraux au-dessus de l'anneau constricteur.

Voici brièvement résumées mes vues sur le traitement rationnel; je les donne pour ce qu'elles valent. Si, comme cela est trop à craindre, il n'en résultait rien d'utile, il faudrait alors recourir de nouveau à des moyens empiriques. Peut-être alors conseillerais-je les préparations bromurées, qui m'ont parfois semblé puissantes contre l'élément douleur, ou les injections narcotiques hypodermiques, qui apporteraient au moins un soulagement momentané.

Réflexions complémentaires. — Certaines personnes n'attachent qu'une médiocre importance à la publication des faits rares, ou pensent du moins qu'il suffit de les mentionner plus ou moins succinctement; elles trouveront alors que voici bien des pages employées vainement pour n'aboutir qu'à une étiologie hypothétique et à un projet de thérapeutique incertaine, et cela pour un fait qui ne s'est peut-être jamais présenté et qui ne se représentera peut-être jamais.

C'est précisément parce que le cas est insolite que je m'empresse de l'étudier à fond au lieu d'attendre l'apparition de nouvelles observations semblables, ce qui pourrait être fort long. A mon avis, d'ailleurs, il ne faut pas dédaigner les faits exceptionnels, car, sans parler de l'intérêt de curiosité qu'ils offrent lorsqu'ils sont bien recueillis et longuement commentés, ils mettent en relief des rapports inaperçus, soulèvent des problèmes nouveaux et illuminent des points obscurs. Et d'ailleurs, si excentriques qu'ils soient, ne faut-il pas toujours chercher à guérir les malheureux qui en sont atteints? Personne ne peut nier qu'au moins par ce côté ils touchent à la pratique.

Il est, d'ailleurs, avéré qu'en rompant le silence on provoque souvent l'exhibition de cas oubliés ou inédits. L'épithète de *nouvelle* appliquée à une maladie, piquant d'honneur les érudits et les observateurs, je ne serais pas surpris de recevoir d'ici à peu communication de faits semblables à celui de M. Mirault. Ces réflexions sont justifiées par l'histoire même de la sclérodermie dont il a été si souvent question dans la présente note. En 1847, Forget (de Strasbourg), tout instruit qu'il était, crut avoir décrit une maladie nouvelle; M. Thirial, qui, en 1845, avait écrit sur le même sujet d'après les leçons de M. Trousseau, réclama la priorité. Bientôt M. Gintrac père, en érudit désintéressé, revendiqua à son tour, mais au profit des auteurs des siècles précédents. L'impulsion était donnée, et il se trouva que les cas étaient plus communs qu'on n'aurait pu le croire. En peu de temps les observations se multiplièrent assez pour pour qu'il fût possible de décrire assez exactement les symptômes et les formes de cette singulière affection. Depuis lors les exemples sont-ils devenus plus rares ou le zèle des observateurs s'est-il ralenti? Toujours est-il que nous ne lisons plus de relations nouvelles. Nous aurions cependant grand besoin de nouveaux faits bien observés pour confirmer ou infirmer les rapprochements que j'ai cherché à établir et qui importent tant à la détermination nosographique de la sclérodermie. Si mon travail provoque de nouveaux éclaircissements, il aura rempli une partie de son but.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Zoologie. — *Sur le parasitisme de la chique sur l'homme et les animaux*, par M. Guyon (première partie). — La chique recherche, pour établir sa demeure parasitaire, les téguments dont l'épiderme joint, à une certaine épaisseur, une certaine mollesse ou laxité. Ces conditions sont réunies dans le rebord de l'épiderme qui circonscrit les ongles chez l'homme, les griffes et autres productions cornées des pieds chez les animaux.

La chique s'introduit sous l'épiderme obliquement. Elle apparaît sous la forme d'un point brunâtre et allongé (couleur et forme de l'insecte). Ce point disparaît de plus en plus au fur et à mesure que l'insecte s'avance vers le derme, où il s'arrête pour y implanter sa trompe. A partir de ce moment, et par suite du développement de son abdomen, conséquence de celui de ses œufs, l'épiderme se détache et se soulève d'autant pour en permettre l'interposition entre lui et le derme. Alors la tête et les pattes de l'insecte, en contact immédiat avec le derme, sont entièrement cachées sous son abdomen plus ou moins dilaté, et dont la partie supérieure apparaît seule, à travers l'épiderme, sous la forme d'un point blanc de lait. Ce point s'élargit chaque jour davantage, jusqu'à acquérir le diamètre d'une forte lentille, et en passant insensiblement

de sa couleur blanc de lait primitive à celle d'un gris de perle. Arrivé au terme de sa gestation, l'insecte est devenu à la lettre *tout abdomen*, et se présente à l'extraction qu'on en peut faire alors sous la forme et avec la couleur d'une forte perle déprimée. Au centre de la première face sont la tête et les pattes de l'insecte, alors comme perdues dans un sillon de l'abdomen ; au centre de la deuxième est le cloaque.

La maturité des œufs est indiquée par leur couleur gris de cendre perçue à travers la transparence de leur enveloppe. Parvenus à cet état, ils se font jour à l'extérieur l'un après l'autre et avec une grande rapidité, en suivant, dans la couche d'épiderme qui les recouvrait, le trajet suivi par l'insecte pour y pénétrer.

Les œufs de la chique sont de forme allongée, de couleur grisâtre et fort semblables, par conséquent, à ceux de la puce.

Ce que nous venons de dire de la maturité des œufs et de leur sortie ou expulsion naturelle ne s'observe guère que chez les animaux ; car, chez l'homme, presque toujours on en fait l'extraction avec l'insecte à une époque plus ou moins rapprochée de l'introduction de celui-ci dans les parties. Le contraire ne s'observe parfois que chez des étrangers qui, portant des chiques, ignorent la nature des accidents qu'ils en éprouvent, ou bien chez des lépreux où les insectes ont pour siége des parties privées de sensibilité. Disons à cette occasion qu'en examinant des jambes éléphantiasiques, il nous est plusieurs fois arrivé d'y voir des ouvertures qui n'étaient autres que des sorties d'œufs de chique. Des ouvertures identiques existent sur les pieds des animaux qui ont eu des chiques, et on les retrouve après leur mort dans leurs dépouilles.

Outre la sortie naturelle des œufs lorsqu'ils sont parvenus à leur maturité, il arrive assez souvent qu'ils sortent accidentellement.

PATHOLOGIE. — *Du délaissement des mourants en état de mort intermédiaire*, par M. *Josat*. — « J'appelle *mort intermédiaire* cet état dans lequel la vie générale, plutôt épuisée que finie, simule la mort absolue. Cet état est fréquent au terme des maladies organiques, dans les cas d'épuisement sénile, dans l'atonie générale suite des maladies de longue durée. Le malade s'éteint lentement, offrant presque tous les signes de la mort consommée sans être mort en réalité.

» La mort intermédiaire est fréquemment confondue avec la mort parfaite, et cette méprise donne lieu à des délaissements anticipés. Le mourant s'éteint dix, vingt, trente minutes et plus, après avoir été abandonné par ceux qui étaient préposés à sa garde. M'étant proposé de prévenir les accidents de ce genre, je me suis appliqué à suivre l'ordre dans lequel les sens s'éteignent. Le toucher, je m'en suis assuré, survit à tous les autres; il est inégalement réparti sur toute la surface tégumentaire. Le mamelon, à sa base, offre le maximum de sensibilité. J'ai imaginé un instrument d'une simplicité extrême et d'une application facile, à l'aide duquel on peut réveiller sensiblement le dernier rayon de vie et n'abandonner le mourant qu'après avoir acquis la certitude de la mort absolue. » (*Comm.:* MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

CHIRURGIE. — *Troisième et quatrième opération d'ovariotomie pratiquées avec succès*, par M. *Kœberlé*. — « La troisième opération, dit l'auteur dans la lettre jointe à ses deux mémoires, a présenté des difficultés extraordinaires, inattendues, qui, heureusement, ont pu être surmontées. La tumeur, qu'il n'a pas été possible d'extirper, n'a été excisée qu'en partie, et sa base a été embrassée par une anse de fil de fer. Celle-ci, resserrée successivement, a déterminé la mortification de la tumeur ovarique en totalité. Après son élimination, il est resté une vaste poche suppurante dont l'ouverture extérieure a été maintenue béante pendant deux mois jusqu'à la cicatrisation complète. Cette opération, pratiquée le 4 décembre 1862, est relative à une jeune femme, âgée de vingt et un ans, qui était affectée depuis onze mois d'un kyste multiloculaire de l'ovaire, dont le développement était devenu très rapide. La tumeur, dépourvue d'adhérences à la paroi abdominale, était toute zébrée d'adhérences à l'épiploon et au mésentère. De plus, elle était intimement fusionnée avec l'utérus et avec les organes de l'excavation pelvienne. Il n'est survenu aucun symptôme de péritonite grave. Ce n'est que du onzième au treizième jour que l'opérée a couru quelque danger par suite de la suppression momentanée des lotions de sulfate de fer. Quoique la plaie abdominale ne soit pas encore complétement fermée, l'opérée peut être considérée comme définitivement rétablie. Son état général est excellent.

» La quatrième opération a été pratiquée le 20 décembre 1862 sur une jeune fille, âgée de vingt-trois ans, dont la tumeur ovarique multiloculaire a été ponctionnée plusieurs fois à des intervalles de plus en plus rapprochés. La guérison, qui pouvait être considérée comme complète dès le dixième jour, a été entravée par une hémorrhagie consécutive, à la fois interne et externe, de l'artère ovarique, survenue au douzième jour, par suite de la traction subie par le pédicule qui était fixé dans l'angle inférieur de la cicatrice. L'hémorrhagie, arrêtée pendant un jour et demi par une compression méthodique, s'est reproduite en même temps qu'il est survenu des symptômes de péritonite. Alors je n'ai plus hésité, j'ai déchiré la partie inférieure de la cicatrice, j'ai mis en liberté le pédicule, dont l'artère ovarique a été saisie et maintenue dans une pince laissée à demeure, et j'ai extrait de la cavité abdominale les caillots qui répandaient une odeur ammoniacale prononcée. Dès le vingt-quatrième jour, l'opérée se levait, et le trente-deuxième jour (le 20 janvier) elle pouvait être considérée comme étant complétement guérie. L'hémorrhagie et les incidents consécutifs n'ont retardé que de quelques jours la guérison parfaite. » (*Comm.:* MM. Velpeau, Cloquet, Jobert.)

MÉDECINE. — M. *Zenker*, qui avait précédemment soumis au jugement de l'Académie une note *sur les altérations du système musculaire*, lui adresse aujourd'hui un mémoire très étendu SUR L'AFFECTION TRICHINAIRE CHEZ L'HOMME.

L'auteur y donne un historique très complet des recherches relatives à cet entozoaire, tant des découvertes qui lui sont propres que de celles qu'on doit aux autres naturalistes. La plus récente, et qui offrira certainement un grand intérêt si elle est confirmée par des observations ultérieures, est celle qui a rapport au passage de l'helminthe, du canal intestinal où il a pénétré avec des aliments fournis par un animal infecté, jusque dans les muscles du mouvement volontaire, où il se montre sous une forme qui avait d'abord empêché de le reconnaître. Quand la transformation a été démontrée et l'identité établie, il restait à savoir si l'animal allait chercher lui-même sa nouvelle demeure, ou s'il y était transporté à l'état de germe par le torrent circulatoire. On en était réduit sur ce point aux conjectures, et M. Zenker s'était prononcé pour la dernière ; aujourd'hui il annonce en avoir obtenu la preuve « en trouvant les embryons dans le sang d'un lapin infecté avec des trichines », et il ajoute que le fait a été également observé par le docteur *Fiedler* (de Dresde), qui, à sa prière, a poursuivi les expériences.

— M. *Martin* adresse de Tonneins la figure, accompagnée d'une courte explication, d'un cas rare d'*hermaphrodisme*.

Le sujet qui présente cette monstruosité est un enfant né à terme, et qui, jusqu'au moment où la note a été écrite, sept semaines après sa naissance, a été parfaitement bien portant. (*Comm.:* MM. Serres, Milne Edwards, Cloquet.)

PHYSIQUE APPLIQUÉE. — *Note sur l'extraction et le dosage des gaz dissous dans l'eau*, par M. *Ad. Bobierre*. — L'auteur indique sommairement les essais qu'il a faits, à l'aide de l'alcool, dans le but de doser les gaz dissous dans l'eau, essais antérieurs à

ceux du même genre dont M. Robinet a entretenu récemment l'Académie de médecine.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Foucault* (d'Épernay) sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Bagneux en 1862. — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans les départements de la Creuse, du Calvados et de Maine-et-Loire. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Un rapport de M. le docteur *Delaporte* sur le service médical des eaux minérales de Luxeuil pendant l'année 1862. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : Une note additionnelle au travail intitulé : *Recherches de l'iode dans les eaux potables de Plancher-les-Mines*, par M. le docteur *Poulet*. (*Comm.*: M. Poggiale.)

M. *le Secrétaire perpétuel* communique la copie d'une pétition adressée au Sénat par M. le docteur *Legrand du Saulle*, et conçue en ces termes :

Monsieur le président,

Usant du droit que la constitution accorde à tout citoyen français, j'ai l'honneur de signaler respectueusement au Sénat, par voie de pétition, une lacune extrêmement regrettable dans notre législation.

En vertu de l'article 64 du Code pénal, toute poursuite judiciaire s'arrête en face de la démence. Il n'y a point de faute à expier, mais une infortune à constater. La crainte du châtiment n'a rien retenu ; la peine guérirait-elle de l'erreur?

A côté des aliénés proprement dits, certains individus en proie à quelque idée fixe, à un délire léger, limité et très nettement circonscrit, à une névrose convulsive ou à des mouvements passionnels voisins de la folie, commettent fréquemment des actes dont ils ont à rendre compte à la justice du pays. La mesure de leur liberté morale ayant été restreinte au temps de l'action, les motifs d'excuse se puisent dans la cause et d'après les combats de l'agent avec lui-même; le bénéfice des circonstances atténuantes est invoqué, et la répression est adoucie dans de justes proportions. Ces demi-malades vont en prison : jetés parmi les malfaiteurs, ils souffrent ou se pervertissent, heureux si, dans ce triste milieu, ils ne voient pas s'évanouir les lueurs dernières de leur intelligence.

D'autre part, si l'abaissement pénal diminue la criminalité, il laisse subsister la honte, et les familles sont condamnées à subir le déshonneur de la flétrissure judiciaire!

Il y a là une anomalie digne d'éveiller la sollicitude du premier corps constitué de l'État. Aussi, reprenant en sous-œuvre un vœu émis déjà en 1846 par un médecin distingué, je demande qu'un article additionnel vienne compléter la loi du 30 juin 1838, et ordonne la création d'un établissement central uniquement consacré aux individus atteints ou soupçonnés de quelque trouble psychique et frappés de condamnations, ou tout au moins l'ouverture, dans les principaux asiles publics d'aliénés, d'un quartier spécial.

Il serait à désirer que les malades, réputés *partiellement responsables* de leurs actions, fussent à l'avenir directement conduits, après information judiciaire et enquête médicale, — mais sans jugements ni arrêts afflictifs ou infamants préalables, — dans la maison destinée à servir de refuge à l'état mixte de l'intelligence. L'autorité, en fixant le temps de la séquestration, pourrait prendre pour base la durée de la peine encourue.

L'ensemble de ces mesures tranquilliserait les consciences, donnerait à la sécurité publique toutes les garanties désirables, et mettrait à l'abri la réputation des familles.

La France ne doit rien avoir à envier aux peuples voisins : l'Angleterre, il faut bien l'avouer, l'a sur ce point devancée.

M. *Jules Cloquet* fait hommage à l'Académie de son rapport à la commission internationale de l'Exposition de Londres sur les travaux de la Société d'acclimatation.

M. *Larrey*, au nom de M. *Boudin*, offre à l'Académie plusieurs brochures : SUR LES RACES HUMAINES, — SUR LE DANGER DES MARIAGES CONSANGUINS, — SUR LA RAGE, etc.

M. *le Secrétaire perpétuel* se lève et s'exprime ainsi :

Messieurs, je vous dénonce M. Cloquet. Il y avait là, sur le bureau, une masse de livres dont il fait hommage à la bibliothèque de l'Académie, et il vient de les faire enlever, afin que je ne puisse vous en parler.

M. *Caventou*, à l'occasion du procès-verbal, propose de restituer à l'auteur qui l'a imprimée le premier, à M. *Barbier*, l'expression d'*eaux médicinales*, au lieu d'*eaux minérales*, employée à tort.

L'Académie se forme en *comité secret* pour entendre le rapport de M. *Vernois* sur les candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

A la reprise de la séance, M. *Depaul* a la parole pour lire le rapport officiel et annuel sur le service des vaccinations pendant l'année 1861.

A cinq heures moins un quart, M. *le Secrétaire perpétuel* exprime le regret que les académiciens soient trop peu nombreux. Le rapport de M. Depaul traite de sujets très importants, entre autres de l'origine de la vaccine, et certainement une discussion s'élèvera à cette occasion. Il serait à désirer que l'Académie tout entière pût entendre M. le rapporteur.

M. *le Président* déclare qu'il réservera, au commencement de la prochaine séance, la parole à M. Depaul pour entendre la lecture de la fin de son rapport.

M. *Bousquet* annonce qu'il lira, immédiatement après, un travail relatif à la question de l'origine de la vaccine, question sur laquelle il n'est pas absolument du même avis que M. Depaul.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCES DES 3, 17 OCTOBRE ET 7 NOVEMBRE 1862.

SUBSTITUTION DE L'ACCOUCHEMENT FORCÉ A L'OPÉRATION CÉSARIENNE POST MORTEM. — MORT APPARENTE DES NOUVEAU-NÉS.

A l'occasion d'un rapport relatif à un mémoire du docteur Verardini sur la *substitution de l'accouchement forcé à l'opération césarienne après la mort*, M. *Duparcque* présente les considérations qui font prévaloir son opinion en faveur de l'accouchement forcé, méthode dont il revendique la priorité par une lecture faite depuis longues années devant la Société.

M. *Géry*, se rangeant du même avis, rapporte le fait suivant, dont il a été dernièrement témoin :

OBS. — Une femme âgée de trente-quatre ans, parvenue au terme d'une grossesse jusqu'alors sans accidents, est prise à dix heures du matin d'une hémorrhagie. Il y avait implantation du placenta centre pour centre. A six heures on appelle une sage-femme, qui, voyant que l'hémorrhagie s'était arrêtée, est restée dans l'inaction; on n'a pu savoir si la poche des eaux était rompue.

Dans la nuit, un jeune médecin a visité la malade; il a reconnu la gravité de la position, et il a conseillé d'attendre.

Le lendemain, à six heures, il est revenu ; mais la femme a succombé. Notre confrère alors a fait l'opération césarienne, et il a amené un enfant mort.

M. Géry a pu, dans cette circonstance, constater combien le spectacle de cette opération était horrible pour la famille, d'autant plus horrible que cette opération sanglante ne donne aucun résultat heureux pour l'enfant. Il vaut bien mieux, dit-il, agir par les voies naturelles; c'est moins effrayant et plus prompt.

Au début, quand on est appelé pour une hémorrhagie tenant à l'implantation du placenta sur le col, il faut faire le tamponnement comme il l'a conseillé depuis longtemps. Percer le placenta est d'une mauvaise pratique.

Il convient d'agir vivement. M. Géry, au commencement de sa carrière, a vu succomber une femme parce qu'on avait

trop attendu, et plus tard, à Ménilmontant, il a été appelé auprès d'une femme primipare qui était déjà exsangue par suite d'une hémorrhagie; le placenta était inséré sur le col, et le médecin, peu habitué aux manœuvres obstétricales, ne se pressait nullement d'agir. Sur le conseil de M. Géry, il se décida à débarrasser la malade, mais déjà l'enfant était mort, et, malgré des cordiaux et des soins convenables, la femme elle-même ne tarda pas à succomber.

Pour les familles, il vaut donc mieux appliquer le forceps; cette manœuvre, du reste, est bien plus facile que l'opération césarienne, surtout si la tête est déjà au détroit inférieur.

M. *Duparcque* dit qu'en effet on a souvent d'autant plus de facilité pour arriver à l'enfant, que le col est généralement plus mou dans les cas d'implantation du placenta sur cette partie de l'utérus. Il faut agir rapidement, ainsi que M. Géry vient de le dire; M. Duparcque n'a été obligé qu'une seule fois de percer le placenta.

M. *Géry*. J'ai un second fait à ajouter à celui dont j'ai entretenu la Société :

Obs. — Il s'agit d'une femme âgée de vingt-cinq ans, non primipare, dont la grossesse n'avait rien présenté d'extraordinaire. Le travail, après avoir convenablement commencé, s'est arrêté, et l'on a eu recours au seigle ergoté, qui est resté sans effet. A neuf heures du matin, peu de temps après l'administration du seigle ergoté, le médecin a appliqué le forceps sans obtenir aucun résultat. Des douleurs non expulsives se sont bientôt montrées; elles ont augmenté de violence, puis la femme a eu une syncope, et elle est morte à midi, avec tous les signes d'une hémorrhagie interne produite par une déchirure de l'utérus.

M. Depaul, appelé le matin, avait fait dire qu'il ne pourrait venir que dans l'après-midi.

Le médecin de la malade, décidé à pratiquer l'opération césarienne *post mortem*, a couru successivement chez deux confrères, qui sont arrivés assez tard; on a ainsi perdu une heure et demie, et ce n'est qu'après ce temps, bien long pour la circonstance, qu'il a pratiqué l'opération. L'enfant était mort. M. Géry ne veut émettre aucune opinion sur ce fait; mais il peut dire que l'impression produite dans la famille a été des plus mauvaises, d'autant plus mauvaise que tout était resté en désordre, et que la suture des parois abdominales n'avait même pas été faite.

M. *Duparcque* fait remarquer que le forceps a dû être appliqué au détroit supérieur, et que c'est dans cette application que se produit la rupture de l'utérus; c'est au col qu'elle commence. Dans le fait qui vient d'être rapporté, il y a à blâmer la perte de temps.

M. *Devilliers*. J'ai observé, comme M. Duparcque, que c'est en effet le plus ordinairement une lésion du col faite antérieurement par la main ou les instruments qui est le point de départ des ruptures de l'utérus.

Quant à ce qui concerne l'accouchement forcé chez les femmes en agonie ou mortes, cette doctrine tend à prévaloir aussi bien en Italie qu'en France. Permettez-moi de vous communiquer le sommaire d'un petit travail sur ce sujet que vient de m'adresser le docteur Belluzzi, médecin de l'hospice de la Maternité à Bologne. L'auteur revendique d'abord la première idée de l'accouchement forcé par les voies naturelles, après la mort, en faveur d'un de ses compatriotes, le professeur Rizzoli (de Bologne), qui, dit-il, a conseillé et mis en pratique cette méthode depuis plusieurs années. Cette question de priorité est encore à résoudre; mais je rappellerai à la Société que notre honorable collègue M. Duparcque a communiqué ses premières observations d'accouchement forcé après la mort, il y a déjà bon nombre d'années, dans une des séances ordinaires de notre Société; la date est à rechercher, mais certainement elle est assez ancienne, selon mes souvenirs.

Maintenant voici en peu de mots le fait observé par le docteur Belluzzi :

Obs. — Ce médecin fut appelé le 6 juillet 1861 pour porter secours à une femme arrivée près du terme de sa grossesse, et qui se mourait d'une phthisie pulmonaire. Aidé des conseils du professeur Rizzoli, il résolut d'extraire le fœtus par les voies naturelles avant que la femme fût complétement morte, et il attendit, d'après les conseils du professeur que je viens de nommer, que les battements du cœur du fœtus eussent commencé à s'affaiblir : c'est, selon lui, le signe qui indique le moment d'agir. L'enfant se présentait en première position de la tête, et il n'existait aucun signe de travail de parturition. La pénétration de la main de l'accoucheur à travers le col (qui n'offrait qu'une légère dilatation, et présentait à ses bords des inégalités, indices d'accouchements antérieurs), la rupture des membranes, l'évolution du fœtus et son extraction, se firent avec une facilité telle, que M. Belluzzi assure en avoir rarement rencontré une semblable dans un grand nombre de versions qu'il a faites. L'enfant était vivant, et l'on attendit, pour couper le cordon ombilical, qu'il eût jeté quelques cris; il vivait encore deux mois après et au moment où l'auteur publiait son observation. Quant à la mère, elle parut à peine s'être aperçue de l'opération qui se pratiquait sur elle, et vécut encore vingt heures après. L'utérus se contracta assez bien à la suite de l'accouchement, et l'autopsie ne révéla qu'une très légère déchirure des bords de l'orifice.

Cette observation, qui a son analogue dans plusieurs de celles qu'a publiées notre collègue M. Duparcque, et vient à l'appui de la doctrine professée par lui, est accompagnée et suivie de réflexions qui reproduisent la plupart des objections et des arguments énoncés déjà en France pour ou contre la méthode de l'accouchement forcé pendant l'agonie ou après la mort, et elles n'y ajoutent rien de nouveau : aussi me dispensé-je de vous en entretenir.

M. *Devilliers*, à l'occasion du procès-verbal, dit que plusieurs membres de la Société, MM. Jacquemier, Boys de Loury et Devilliers, ont fait des recherches pour retrouver l'époque à laquelle M. Duparcque avait fait sa première communication sur l'*accouchement forcé par les voies naturelles*; on a pu constater que c'est au mois d'avril 1823 que M. Duparcque a parlé pour la première fois de ce sujet.

M. *Géry* père présente quelques observations sur un fait de difficultés obstétricales lu devant la Société.

L'insufflation, dit-il, continuée pendant quarante minutes par l'auteur de l'observation, et suivie de succès, constitue une des parties les plus intéressantes de ce travail. M. Géry donne le précepte de ne pas se lasser de faire des tentatives pour ramener à la vie des nouveau-nés qui en apparence sont morts. Il a obtenu, pour son compte, plus d'un succès, mais il n'a jamais pratiqué l'insufflation. Il emploie les flagellations, la fustigation, la succussion, et il fait faire au thorax des mouvements méthodiques; il présente les enfants à un air vif; il laisse saigner le cordon. Ces moyens lui ont toujours suffi.

M. Géry cite des exemples qu'il a présents à la mémoire. Ainsi il a pu rappeler à la vie un enfant de Belleville, qui paraissait mort, et un autre enfant qu'il avait vu en province. Dans ce dernier cas, on reprochait au médecin de s'occuper inutilement d'un cadavre; au bout de quarante minutes, cependant, l'enfant revenait à lui : il a fait depuis la campagne de Crimée.

Un collègue fut appelé auprès d'une jeune femme âgée de vingt-sept ans, qui venait d'accoucher d'un enfant mort; le médecin, prié d'emporter le petit cadavre, eut le tort d'y consentir. Il alla dans la rue, puis il entra dans une pharmacie, où le paquet fut déposé sur un comptoir de marbre. On s'aperçut que le prétendu cadavre remuait; on le plongea dans l'eau, et l'enfant revint à lui.

Sans combattre l'insufflation, M. Géry n'attache pas à cette manœuvre toute l'importance qui lui a été reconnue dans ces dernières années.

M. *Boys de Loury*. J'ai été, à quelques mois de distance, témoin de la mort apparente de deux nouveau-nés que j'ai heureusement vus revenir à la vie après de longues tentatives. Le dernier de ces enfants avait une teinte cadavérique, les membres étaient flasques et sans mouvement, aucune apparence de respiration. J'ai frictionné le corps de l'enfant avec de l'eau de mélisse, entretenu et rappelé la chaleur par des serviettes chaudes, simulé la respiration par les mouvements artificiels du thorax. J'emploie de préférence l'insufflation de

bouche à bouche, mais avec modération, car il est facile, dans ces tentatives, de rompre les dernières vésicules bronchiques. On peut croire même que c'est à cette lésion qu'est due la mort fréquente dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures des enfants nés asphyxiés, et qu'on a eu jusqu'alors l'espoir de sauver.

Dans ces circonstances, ce qui m'a parfaitement réussi, et ce qui a été fort remarquable dans le dernier fait dont j'ai été témoin, c'est d'avoir promené dans l'intérieur de la bouche et les fosses nasales une barbe de plume, non pas seulement à cause de la titillation qu'on établit, mais surtout par les mucosités qui encombrent les voies aériennes, et que j'ai enlevées dans une proportion dont je ne me serais pas fait l'idée. Ce n'est qu'après avoir été débarrassé de ces mucosités que l'enfant a commencé à faire quelques mouvements respiratoires, que j'ai favorisés par la pression alternative sur les côtés du thorax ; la coloration est revenue ; enfin il a jeté quelques petits vagissements ; mais avant de les obtenir il s'était passé près d'une demi-heure dans les tentatives dont je viens de parler.

Ce n'est qu'après avoir employé tous les moyens, et pendant longtemps, qu'il faut se décider à y renoncer. Il y a peu de temps, un accoucheur de Paris, voyant l'enfant ne donner aucun signe de vie, après avoir délivré la mère, se retira, ayant laissé le petit cadavre enveloppé d'une serviette et placé dans un cabinet de toilette. La garde-malade y étant entrée après le départ de ce médecin, crut reconnaître un peu de chaleur et quelques mouvements; l'enfant, frictionné et réchauffé, fut rappelé à la vie, et présenté le lendemain matin à l'accoucheur, qui venait faire son compliment de condoléance.

M. *Rigaud* dit qu'on est quelquefois appelé à constater le décès d'enfants nouveau-nés qui ne sont pas morts. Quand le médecin arrive, il est tout surpris de trouver un enfant vivant.

M. *Jacquemin* rappelle le procès de Hélie (de Domfront). Cet accoucheur, dans le but de faciliter l'extraction de l'enfant, a coupé successivement les deux bras, croyant que l'enfant était mort; mais l'enfant n'a pas tardé à donner des signes de vie. Il a reçu jusqu'à sa mort, à l'âge de onze ans, une pension que Hélie (de Domfront) avait été condamné à lui servir.

M. *Géry* a été témoin d'un fait analogue : un bras s'était engagé, la sage-femme l'avait tiré; il y avait douze ou quinze heures que ce bras était dans cette position, aussi avait-il l'apparence d'un bras sphacélé. M. Géry aurait pu le couper; mais, prévenu par le fait précédent, il a préféré faire la version, sans pratiquer d'autre opération. L'enfant était vivant.

M. *Devilliers*. Les fustigations suffisent le plus souvent ; mais, dans le cas actuel, le succès doit être rapporté à l'insufflation.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Contribution au traitement du larmoiement, par le docteur Hirschler, oculiste à Pesth.

Le larmoiement est, comme on sait, le signe fréquent d'un rétrécissement ou d'une oblitération commençante des voies lacrymales ; ordinairement les malades ne consultent le médecin que quand ils ont déjà tous les signes de la dacryocystite ou de la tumeur lacrymale ; mais d'autres fois on voit des malades se plaignant d'un larmoiement opiniâtre, chez lesquels l'examen le plus minutieux avec les sondes ou la seringue d'Anel ne fait reconnaître aucun obstacle dans les voies lacrymales. Le point lacrymal inférieur, qui joue le rôle principal dans la succion des larmes, ne plonge pas quelquefois suffisamment dans le *lacus lacrymalis*, ce qui arrive dans la paralysie de la face, le boursouflement ou les tumeurs de la conjonctive, les cicatrices des joues, etc., etc.

Mais si l'on ne trouve rien de pareil, on suppose ordinairement que le rétrécissement est au début, et n'est pas encore perceptible par la sonde ; on emploie alors des injections astringentes ou autres, et l'on n'a pas ordinairement le temps de s'apercevoir de son erreur, parce que le malade, fatigué d'un traitement inutile, s'adresse autre part.

Dans ces cas, où l'examen ne révèle aucune lésion, tandis que le trouble fonctionnel prouve une absorption insuffisante des larmes par le point lacrymal, le docteur Hirschler a souvent pratiqué avec succès l'incision des points lacrymaux par la méthode de Bowman. Le résultat est ordinairement prompt et décisif, l'opération suppléant, par une sorte de drainage, à l'insuffisance de l'action absorbante du point lacrymal.

Mais, dans un cas observé il y a quelques mois, l'auteur se trouva en présence de circonstances différentes. Il s'agissait d'une jeune dame atteinte depuis onze mois d'un épiphora qui était survenu un matin sans prodromes, sans coryza ni conjonctivite, et qui persistait depuis cette époque. L'œil gauche était incessamment baigné de larmes, et la peau de la joue était déjà rongée et éraillée par l'humidité et le frottement du mouchoir dont elle se servait pour l'essuyer. L'examen des voies nasales n'ayant fait découvrir aucune lésion, l'auteur s'apprêtait à pratiquer l'incision du point lacrymal par la méthode de Bowman, lorsqu'il remarqua que la cornée de l'œil gauche paraissait plus élevée que celle de l'œil droit. Un examen plus attentif lui montra que cette apparence était due non pas à l'élévation de l'œil, mais à un abaissement réel de la paupière inférieure; que le bord palpébral était en partie relâché, ramolli, et que le point lacrymal, au lieu d'être rond comme du côté sain, présentait l'aspect d'une fente allongée ; il était probable que cette petite ouverture ne fonctionnait plus; toutefois cette différence était si minime, qu'on pouvait douter de la réalité de cette influence.

Ce fut le traitement qui la mit hors de doute. L'application des conducteurs d'un petit appareil à induction au-dessous des points lacrymaux eut pour effet immédiat d'égaliser l'ouverture des paupières, et de faire apparaître les deux cornées sur le même niveau. Dès le lendemain, la malade s'aperçut que le larmoiement avait considérablement diminué; l'électrisation fut répétée deux fois par jour, et au bout de dix jours la maladie avait disparu. Une récidive fut combattue de la même façon. L'auteur a appris depuis que la guérison s'était maintenue. Depuis cette époque, il a vu un cas semblable où le résultat a été aussi immédiat, quoiqu'un peu moins complet.

Il est donc des cas où la dacryorrhée tient à une atonie partielle de la partie inférieure de l'orbiculaire. Ce sont des faits à étudier, et qu'il était bon de signaler tout de suite aux médecins. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 46, 1862.)

Réduction d'une hernie inguinale étranglée, par la bande de caoutchouc, par M. le docteur Wannebroucq.

L'auteur a réduit, par l'application de la bande de caoutchouc, une hernie étranglée depuis quatorze heures, sur laquelle les tentatives ordinaires du taxis avaient échoué. Deux tours de bande ayant été faits autour du bassin, on enroula en serrant avec une force moyenne la base du scrotum avec la verge, et l'on fit un premier tour de bande qui détermina un pédicule ; sur ce premier tour, obliquement en bas, on appliqua plusieurs autres tours ; la pression occasionnée par l'élasticité de cette bande étant assez forte pour faire changer la forme globuleuse de la hernie en un gros boudin allongé ; arrivé au bout, on fit remonter la bande le long du scrotum en serrant toujours, puis redescendre en accumulant les tours de bande et en même temps la pression concentrique produite par l'élasticité du caoutchouc. Lorsqu'on fut aux deux tiers de la bande, la hernie se réduisit avec un bruit de gargouillement. Ce procédé, que M. Després a appliqué le premier, n'a jusqu'à présent encore été décrit nulle part. Ce n'est autre chose qu'une modification du taxis méthodique s'exerçant sur

une surface plus grande et avec une force continue ; on ne l'a encore appliqué qu'à la hernie inguinale.

Il y a quelques mois, notre confrère a réduit, par le même procédé, une hernie inguinale étranglée chez un jeune enfant de deux ans. Il est rare, ajoute-t-il, qu'à cet âge la hernie s'étrangle ; il n'a employé la bande de caoutchouc qu'après avoir inutilement tenté le taxis ordinaire pendant un temps assez long ; il n'y avait aucun doute sur la réalité de l'étranglement. (*Société centrale de médecine du Nord*, novembre 1862. — *Bulletin de thérapeutique*.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments de pathologie médicale, par Requin, t. IV. Chez Germer Baillière.

On doit considérer comme une véritable bonne fortune pour la littérature médicale que l'œuvre de Requin, interrompue par la mort après le troisième volume, ait été reprise par des écrivains de mérite, dont l'un, M. Charcot, avait été désigné par Requin lui-même, dont les autres eussent été avoués par cet esprit distingué qui se connaissait également en science et en talent. Le tome que nous annonçons aujourd'hui est le premier fruit de cette collaboration ; le maître n'en est même pas tout à fait absent, car il en a rédigé les cinquante-six premières pages, consacrées à des considérations générales sur les pyrexies, à l'histoire complète de la *pyrexie éphémère*, de la *synoque hypersthénique* (fièvre inflammatoire), de la *synoque bilieuse* (fièvre bilieuse), et à une partie de l'histoire de la fièvre typhoïde. La fin de cet article et tous les articles relatifs aux autres pyrexies (typhus fever, peste, fièvre jaune) sont dus à la plume de M. Charcot. M. Axenfeld a traité des névroses, et M. Brierre de Boismont des maladies mentales.

Les continuateurs de l'ouvrage en ont respecté le plan, le cadre, les divisions et certaines indications spéciales que Requin aimait à tirer de sa grande érudition et de sa connaissance approfondie du grec, du latin et de plusieurs langues vivantes. Ainsi ont été conservées les notices bibliographiques qui, placées en tête de chaque article, donnent au lecteur le moyen d'étendre, s'il le désire, l'étude des questions au delà des limites de l'ouvrage ; ainsi les indications synonymiques ont gardé une importance particulière, et nous y avons retrouvé, par parenthèse, une synonymie de la *fièvre bilieuse* au sujet de laquelle nous avions déjà élevé des doutes en rendant compte du traité de M. Phœbus sur le *catarrhe d'été* ou *fièvre de foin* ; il reste douteux pour nous que l'expression *harvest fever* (fièvre de moisson), empruntée au Great Medical Dictionary de Dunglison, soit, comme le dit Requin (p. 23), « la pittoresque énonciation de l'influence des grandes chaleurs », et ne se rapporte pas à la fièvre de foin.

En parcourant ce volume, on ne regrette pas qu'il ne soit venu que dix ans après le troisième ; car sur plusieurs, et sur les plus importantes, des questions qui y sont traitées, la science a fait, dans cette période de temps, des conquêtes qui ont été mises à profit. L'article de M. Charcot sur la *fièvre jaune*, grâce aux récents travaux de MM. Dutroulau, La Roche, Bache, Brandt et des médecins espagnols, a un cachet de nouveauté qu'on ne se fût pas attendu peut-être à y rencontrer. L'auteur insiste sur une particularité morbide qui est d'un grand poids dans le diagnostic de la maladie, et que la Gazette hebdomadaire a déjà eu occasion de signaler. « Un des caractères les plus importants de la fièvre jaune, dit-il, peut être tiré de sa marche, nous voulons parler de ce temps d'arrêt qui se manifeste à un moment donné du cours de la maladie, dont les symptômes changent alors tout à coup, et qui se trouve, par suite, comme divisée en deux accès (première et troisième période), ayant une physionomie bien différente et presque indépendants l'un de l'autre. » C'est une remarque sur laquelle nous insistons d'autant plus, qu'elle ne se trouve pas dans des traités de pathologie très estimés.

Le chapitre consacré aux *névroses* avait plus encore à emprunter aux travaux modernes. Il ne renferme pas moins de cinquante-neuf articles et forme à lui seul les deux tiers du volume. Nous recommandons spécialement la lecture des *Considérations générales*, où M. Axenfeld pose très bien la question de l'existence et des caractères propres de la névrose, et discute avec justesse la question spéciale des névroses *symptomatiques*. C'est avec raison, suivant nous, qu'il maintient dans la nosologie des névroses cette classe d'affections, dans laquelle une lésion appréciable du nerf (qui, comme telle, rentre dans les maladies organiques) donne lieu à un ensemble de symptômes, à une *unité symptomatique* qui peut exister également sans altération visible du nerf, et dépendre de causes très diverses. « Supprimez, dit l'auteur, les névralgies, l'épilepsie, la contracture symptomatique, et la description de la contracture, de l'épilepsie, de la névralgie, viendra réclamer sa place dans le tableau de chacune de ces maladies, puisque chacune d'elles peut être accompagnée de ces manifestations morbides ; de là inévitablement des redites fastidieuses. » Ajoutons que les progrès de la science n'en sont pas encore arrivés au point d'autoriser à subordonner la nosographie à l'étiologie, et que le point de départ, l'objet essentiel de la description d'une maladie, doit être cette maladie même, telle qu'elle se manifeste au clinicien, pour la rattacher ensuite, si on le peut, à ses causes, la distinguer des autres groupes symptomatiques, et tirer de l'ensemble de cette étude les indications thérapeutiques.

Un autre trait de cette véritable monographie des névroses, c'est le parti mesuré, mais très fructueux, que l'auteur a su tirer des données de la physiologie. On en prendra surtout une idée en lisant les articles concernant l'*épilepsie* et l'*ataxie musculaire*. Sur le rôle de l'influence réflexe dans les manifestations convulsives de l'épilepsie, comme sur le rapport des lésions de la moelle et des cordons nerveux avec le symptôme *ataxie musculaire*, l'auteur expose fidèlement l'état de la science, avec une tendance au doute et aux réserves que nous ne songeons pas à lui reprocher.

Relativement aux articles de M. Brierre de Boismont sur les *maladies mentales*, nous ne dirons qu'un mot : il s'agissait de présenter en une centaine de pages un résumé de ce qu'on sait de plus positif sur les formes diverses de l'aliénation mentale. Le nom de l'auteur pourrait nous dispenser de dire qu'il y a réussi. En beaucoup de points, d'ailleurs, il n'a eu qu'à consulter ses propres écrits.

VI

VARIÉTÉS.

Les annonces dans les journaux de médecine.

A M. le docteur A. Dechambre, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*.

Monsieur le rédacteur,

Pour toute réponse au long article que vous m'avez consacré dans le dernier numéro de votre journal, je vous prie, et j'espère n'avoir pas besoin de vous requérir, d'insérer dans le plus prochain numéro de la Gazette hebdomadaire la lettre suivante, dont je vous adresse l'original.

Veuillez agréer, etc. Latour (Amédée).

Paris, le 16 février 1863.

« Mon cher Latour,

» Sur votre demande, nous nous empressons de déclarer » que la rédaction et l'administration de l'Union médicale sont » deux choses distinctes et tout à fait séparées, et que, par » conséquent, le rédacteur en chef est entièrement étranger

» aux annonces, dont l'admission a été délibérée et votée en » assemblée générale des actionnaires.

» *Les membres du conseil de surveillance,*

» J. Moreau (de Tours), Bonnafont, Cerise.

» *Le gérant*, G. Richelot. »

Réponse. — A quoi bon cette déclaration de MM. les membres du conseil de surveillance et de M. le gérant de l'Union médicale? M. Latour avait écrit (*Union médicale*, n° 9) : « C'est moi qui ai *conseillé* et *fait adopter* cette combinaison par l'administration du journal. » Rien donc de plus clair : le rédacteur en chef a donné le conseil d'insérer des annonces, et c'est ce que j'ai trouvé mauvais; les actionnaires ont suivi ce conseil ou l'avaient donné auparavant, et c'est ce que je ne puis trouver bon.

Il peut paraître étrange qu'on se décharge sur autrui d'un acte qu'on a conseillé; il le paraîtra surtout quand j'aurai dit, pour en être sûr, que l'un *au moins* des signataires de la déclaration ci-dessus s'était opposé à l'introduction des annonces dans l'Union médicale; de sorte que M. Latour demande appui à qui l'a désapprouvé. *Quos vult perdere, Jupiter dementat.* Nous ne voulons pas perdre M. Latour; mais, à voir son attitude, nous ne répondrions pas des intentions de Jupiter.

Ce n'est pas tout encore. Comment ne voit-il pas que, sur ce terrain peu solide, il ne dégage un pied que pour enfoncer l'autre? Avant qu'il eût, par la combinaison qu'on sait, « banni les annonces du corps du journal »; quand le journal, par conséquent, acceptait la réclame, c'est-à-dire l'article pseudo-scientifique, pourrait-on demander qui en endossait la responsabilité? Les actionnaires encore, en vertu d'un autre vote? Nous le voulons bien. Mais si cela suffit aux scrupules du rédacteur en chef, ce n'était pas la peine de déplacer les annonces, et, s'il appartient aux actionnaires de tracer la ligne morale des journaux, c'est, il faut l'avouer, d'une commodité charmante pour la rédaction.

Nous attendions de notre adversaire un autre genre de réponse : on nous avait menacé d'une révélation terrible; mais tout s'est borné au *quos ego*. Heureusement pour nos lecteurs, ils n'y perdront rien, car nous sommes autorisé à leur dire de quoi il s'agit. MM. les propriétaires-éditeurs de la Gazette hebdomadaire sont partisans des annonces médicales! Mon Dieu, oui, comme les médecins actionnaires de l'Union, comme les rédacteurs en chef de presque tous les journaux de médecine de Paris. MM. Masson estiment assez naturellement qu'ils n'ont pas la garde de l'honneur médical, et qu'ils se trouvent, à l'égard des annonces médico-pharmaceutiques, dans la même situation que les propriétaires du Moniteur ou des Débats, que personne ne songe à incriminer. Ils ont fait plus, ils ont posé les bases d'un traité avec un fermier d'annonces... Et cependant la Gazette hebdomadaire *n'insère pas* et *n'insérera pas* d'annonces! Nous offrons cet exemple en méditation à M. Latour; il apprendra ainsi qu'il peut se trouver des rédacteurs en chef capables de faire prévaloir le sentiment de leur dignité auprès des propriétaires (sinon des actionnaires) de journaux de médecine, et qu'il est encore des propriétaires disposés à sacrifier un intérêt de lucre à l'amitié et au respect de scrupules honorables (1).

Nous ne voulons pas terminer sans répéter que nos appréciations, dans une question si délicate, ne portent que sur des opinions et ne mettent en cause l'honorabilité de personne. Nous ne nous sommes adressé spécialement à M. Latour et à son journal que parce qu'ils se disent au service des *intérêts moraux et professionnels du corps médical*, et parce qu'ils représentent en réalité, l'un officiellement, l'autre officieusement, l'*Association des médecins de France*, qui a pour but (article 6 des statuts) « de maintenir par son influence moralisatrice l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession », et qui prête un appui effectif à la répression de l'exercice illégal et du charlatanisme. Et M. Latour lui-même, quand il sera revenu à la réflexion, ouvrira l'Union médicale, et, passant par-dessus annonces et réclames, relira cette phrase d'un de ses articles : « Si le charlatanisme et l'exercice illégal de la médecine peuvent disparaître sur la terre, ce n'est que par l'*association médicale* » (*Union médicale*, août 1856). Qui sait même s'il ne nous pardonnera pas un jour, en faveur de l'intention, une vivacité de forme qu'avaient rendue nécessaire, à notre grand regret, et le « dédain » qu'il avait témoigné pour des observations plus timides et l'importance vitale de la question?

A. Dechambre.

(1) Du reste, ceux qui voudront connaître plus amplement le sentiment de MM. Masson le trouveront exprimé sans ambages dans une lettre qu'ils viennent d'adresser à un journal de médecine qui les avait désignés dans un article sur les annonces.

Le concours pour l'agrégation en médecine vient de se terminer par les nominations suivantes : 1° M. Jaccoud; 2° M. Racle; 3° M. Fournier; 4° M. Bucquoy.

Ainsi, à l'agrégation comme au Bureau central des hôpitaux, notre collaborateur, M. Jaccoud, a obtenu la première place après un seul concours. C'est un des plus beaux succès qu'on ait encore remarqués.

— M. le docteur Diday ouvrira le mercredi 4 mars, à 7 h. du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, un cours public sur l'*Histoire naturelle de la syphilis*. Ce cours, en trois leçons, sera continué les mercredis suivants, à la même heure.

— Nous avons annoncé que l'Association des médecins de Paris avait tenu sa séance annuelle le 25 janvier. M. le secrétaire général, Louis Orfila, a payé un juste tribut de regrets à la mémoire d'Adelon, de Ménière et de quelques autres membres récemment décédés; il a rappelé les nouveaux dons faits à l'Association, et le bien que l'état prospère de ses finances lui a permis de réaliser. Les recettes, pour 1862, ont été de 29 484 francs, sur lesquels 13 000 francs ont été alloués à huit sociétaires et à seize veuves de sociétaires, et 2140 francs à des personnes étrangères à l'Association. Il restait en caisse au 1er janvier 1863, déduction faite d'un achat de 210 francs de rentes, de la soulte de conversion et des frais de gestion, une somme de 3139 francs.

M. Perdrix, secrétaire général honoraire, a ensuite prononcé un discours chaleureux destiné à préciser la situation exceptionnelle de l'Association de la Seine, et où nous avons remarqué ce passage :

« Nous suivons avec intérêt le développement de l'Association générale. Nos sympathies, comme on vous le disait l'année dernière, lui sont acquises. Nous aimons à rendre justice à qui de droit, et, pour le dire enfin, nous ne voudrions pas renoncer à l'espoir de voir un jour les difficultés aplanies, et de pouvoir concourir au bien que l'on peut attendre de cette grande œuvre. »

— M. le docteur Doumic vient d'être nommé médecin de la Maison centrale de Poissy.

— M. le docteur Follet (d'Amiens) a été enlevé le 18 février à sa famille et à ses amis, après une longue et douloureuse maladie.

— Nous recevons d'Angoulême le premier numéro d'un journal dont le titre, Le Journal du médecin de campagne, indique parfaitement le but. M. le docteur Amédée Paris est le directeur fondateur de ce nouveau journal.

— M. Fort, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours de névrologie le lundi 2 mars 1863, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de M. le docteur Auzoux, rue Antoine-Dubois, 2, et le continuera tous les jours à la même heure.

L'Année pharmaceutique, revue des travaux les plus importants en pharmacie, chimie, histoire naturelle médicale, qui ont paru en 1862, par le docteur *L. V. Parisel*. 3e année, 1863. In-8 de 350 pages. Paris, Victor Masson et fils. 3 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. | PARIS, 6 MARS 1863. | N° 10.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** De l'encéphalocèle consécutive aux abcès du cerveau. — Sur la présence du sucre dans l'urine normale. — II. **Travaux originaux.** Physiologie pathologique : Sur la présence du sucre dans l'urine normale. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Mémoire sur l'empoisonnement par les allumettes chimiques au phosphore blanc. — De la possibilité de reprendre l'allaitement après une suspension complète plus ou moins prolongée. — Valeur de la Revalenta arabica. — Observation de chromhidrose. — V. **Bibliographie.** Traité d'anesthésie chirurgicale. — VI. **Variétés.** Les annonces dans les journaux de médecine.

I

Paris, 5 mars 1863.

DE L'ENCÉPHALOCÈLE CONSÉCUTIVE AUX ABCÈS DU CERVEAU. — SUR LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS L'URINE NORMALE.

Dans les comptes rendus de la *Société impériale de Lille* (pour 1861), qui nous sont parvenus récemment, nous trouvons une communication de M. Houzé de l'Aulnoit, relative à une observation d'abcès traumatique du cerveau suivie de hernie du viscère à travers les parois du crâne, et quelques remarques suggérées par cette observation même.

Le 11 juin 1860, un enfant de quatre ans fut renversé par un chariot, et eut la tête serrée entre une roue et un panneau de la devanture d'une boutique. La pression fut telle que le panneau fut enfoncé. Relevé aussitôt, l'enfant avait le crâne fracturé au niveau du temporal du côté droit; il conservait néanmoins l'intelligence, le mouvement et la sensibilité. Tout alla d'abord assez bien; mais, le quatorzième jour, survinrent de la somnolence et des mouvements convulsifs des membres gauches. M. Houzé, soupçonnant un profond, abcès introduisit un levier entre le temporal et les os voisins, et fit basculer le fragment osseux. L'ouverture donna issue à 70 grammes de pus sanguinolent mêlé de matières cérébrales en bouillie. L'enfant reprit immédiatement connaissance. L'esquille, qui avait 25 millimètres de diamètre, ne pouvant plus être convenablement remise en place, fut détachée des parties molles et enlevée. Presque aussitôt le coma reparut, et des convulsions agitèrent de nouveau tout le côté gauche du corps; mais ces accidents ne durèrent qu'une douzaine d'heures.

Dès le lendemain du jour où une partie du temporal fut extirpée, le cerveau commença à faire hernie à travers la plaie, et son expansion augmenta pendant cinquante-cinq jours. Elle s'était peu à peu recouverte de plaques gangréneuses, dont l'élimination, qui était complète le 20 août, ne diminua pas sensiblement le volume de la hernie : celle-ci était grosse comme une *orange*. Mais, à partir de ce moment, elle diminua; le 20 septembre, elle n'avait plus que le volume d'une noisette; le 10 novembre, elle avait entièrement disparu, et était remplacée par un tissu cicatriciel. L'enfant guérit donc complétement, à l'exception d'une paralysie incomplète de la jambe et d'une simple faiblesse du bras du même côté. L'intelligence est restée entière.

Le traitement de l'encéphalocèle avait consisté uniquement dans un pansement avec charpie et cérat : la tête avait été couverte de compresses mouillées d'eau froide.

Tel est le fait qui sert de texte aux remarques de M. Houzé. Laissant de côté celles qui se rattachent exclusivement à des questions de pratique, et qui ne tendent pas d'ailleurs à modifier les opinions reçues, je m'arrêterai seulement à quelques points de physiologie plus susceptibles d'intéresser le lecteur.

M. Houzé de l'Aulnoit constate que la tumeur ne présentait de mouvements pulsatils que par intervalles, en rapport avec la contraction des ventricules du cœur, et non avec l'expiration pulmonaire. Il n'y a rien là que d'assez naturel, et rien surtout qui contrarie ce qu'on sait de l'influence de la circulation et de celle de la respiration sur les mouvements du cerveau. Pour ce qui est de la première influence, elle s'est manifestée de temps à autre chez le blessé, et c'est assez pour prouver qu'elle peut exister; quant à la seconde, c'est-à-dire celle de la respiration, qui n'amène pas normalement un soulèvement brusque de l'encéphale, comme fait le choc d'une colonne sanguine, on comprend aisément qu'elle ne se traduise pas d'une manière visible dans une partie du cerveau sortie du crâne et étranglée ; car on n'a pas oublié que cette tumeur, du volume d'une grosse orange, avait son collet engagé dans une ouverture osseuse, conséquemment inextensible, de 25 millimètres de diamètre seulement.

Une autre question digne d'intérêt, et qui partage encore les chirurgiens, est celle de savoir si, dans le cas d'abcès ou d'hémorrhagie du cerveau, le crâne restant entier, les acci-

dents qui se produisent du côté de la motilité et de la sensibilité sont dus à la compression de la masse nerveuse ou à la destruction d'une partie de ses fibres. Il est bien clair que cette question ne peut être posée en termes absolus, et que le cerveau ne peut être ni comprimé, ni détruit indéfiniment *chez l'homme*, sans perdre ses aptitudes fonctionnelles de tout ordre. Ce qui est seulement discutable, c'est la part respective de ces deux causes de perturbation dans les cas ordinaires de la pratique médico-chirurgicale. M. Houzé de l'Aulnoit accuse surtout la compression, contrairement à une opinion déjà ancienne de M. Serres et à des expériences récentes de M. le professeur Malgaigne.

La question n'est pas exempte de difficultés. Quand on réfléchit que, chez les animaux qui se rapprochent le plus de l'homme sous le rapport de l'organisation du système nerveux, comme le chien, on peut enlever tout un lobe cérébral sans nuire notablement à la sensibilité, au mouvement, voire à l'intelligence; que, chez l'homme même, on a vu des plaies d'armes à feu, avec destruction partielle du cerveau, ne laisser après elles aucune paralysie; que des blessés ont pu guérir tout aussi complétement après avoir arraché, dans le délire ou dans l'ivresse, des masses énormes de cerveau hernié; quand on tient compte, dis-je, de tous ces faits, on a peine à ne voir, dans ces hémiplégies complètes qui suivent parfois des hémorrhagies cérébrales très circonscrites, qu'un effet de la destruction du tissu correspondant. Le malade de M. Houzé a perdu une portion de matière cérébrale considérable pour un enfant de quatre ans (car il ne nous paraît pas douteux que la hernie a disparu par suppuration et non par retrait successif), et pourtant il n'a gardé qu'une très faible hémiplégie; encore pourrait-on mettre celle-ci sur le compte des complications internes auxquelles se liaient les mouvements convulsifs, et dont on n'a pu apprécier ni l'étendue ni le siége précis. Par contre, les cas ne manquent pas de comas survenus à la suite de plaies de tête, et disparus tout à coup après la trépanation et l'issue d'un flot de sang, comme si la compression de la masse nerveuse avait été la seule cause de l'assoupissement.

Mais, d'un autre côté, ces petites collections sanguines qui, en se formant dans le cerveau, déterminent des paralysies très accusées, sont loin de ces grandes quantités de liquide qu'on peut injecter dans le crâne des animaux sans leur faire perdre le sentiment ni le mouvement. Il y a, en outre, des lésions cérébrales circonscrites, comme certains ramollissements blancs, qui ne paraissent s'accompagner d'aucune congestion, partant d'aucune cause appréciable de compression, et qui produisent néanmoins l'assoupissement et la paralysie. Dans les cas même d'hémorrhagie, quand le sang épanché a été résorbé, le foyer se transforme en une cavité souvent affaissée sur elle-même, loin de distendre les parties voisines, et néanmoins la paralysie subsiste. A quelle cause l'attribuer, sinon à l'altération de la fibre nerveuse?

La lésion organique et la compression concourent donc, chacune pour son compte et dans sa mesure propre, à la détermination de la symptomatologie dans les cas d'abcès ou d'hémorrhagie encéphaliques. S'il y a contradiclion apparente entre les données de la pathologie et celles de la physiologie expérimentale, c'est qu'elles ne sont pas rigoureusement comparables. Du liquide injecté dans le crâne trouve plus aisément à se loger dans les méninges du cerveau et de la moelle qu'un caillot sanguin au centre d'un viscère dont il écarte les fibres, comme on voit le pus d'un panaris donner lieu à un sentiment de tension qu'un coup de bistouri fait disparaître instantanément. S'il y a aussi apparence de contradiction entre certains faits pathologiques et certains autres, entre le fait d'une perte énorme de substance cérébrale sans paralysie et le fait d'une paralysie produite par un ramollissement peu étendu, c'est d'abord que les lésions révélées par l'autopsie ne représentent pas intégralement le fait pathologique qui s'est passé pendant la vie, et qui était lié certainement à des troubles de circulation que le cadavre n'accuse pas; c'est aussi, sans doute, qu'autour de la lésion principale, et dans un rayon plus ou moins étendu, la fibre cérébrale n'a pas conservé toute son intégrité, alors même qu'elle paraît saine à la simple inspection. On sait d'ailleurs que parfois tout le lobe correspondant à l'abcès ou à l'hémorrhagie guéris se ratatine au point de produire dans la boîte crânienne un vide qui est comblé à mesure par de la sérosité.

A. Dechambre.

Malgré les nombreux travaux auxquels cette question a donné lieu depuis plus de dix années, la présence du sucre dans l'urine normale n'est point encore acceptée en France comme un fait démontré; loin de là, cette idée n'a guère trouvé parmi nous que des adversaires. Tout récemment, M. Lecoq, se fondant sur de nombreuses observations, a soutenu ici même la cause de la glycosurie normale; mais le travail de ce médecin distingué ne me semble pas de nature à fixer définitivement ce point de la science, et cela pour deux motifs : l'auteur n'a pas eu connaissance des recherches qui ont précédé les siennes, et il n'a pu profiter des enseignements qui en découlent (1); d'autre part, il se sert pour déceler la glycose dans l'urine normale d'un procédé qui n'a pas été jugé suffisant par d'autres observateurs, de sorte que sa confiance exagérée dans ce moyen d'investigation peut tourner directement contre la démonstration qu'il s'efforce d'établir. Il ne s'agit point ici, comme pour l'urine diabétique, de l'application pure et simple des réactifs de Moore, de Frommherz, de Trommer ou de Fehling, et la question est bien autrement complexe. En raison de la nature des combinaisons dont fait partie le sucre normal, ses réactions habituelles sont masquées, elles n'apparaissent qu'après une longue série d'opérations, parfaitement indiquées depuis longtemps par Brücke; de plus, il faut être constamment en garde contre de nombreuses méprises : certains produits peuvent faire croire à la présence de la glycose alors qu'il n'en existe pas un atome, et l'analyse par fermentation est elle-même passible de cette objection, si l'on n'a pas pris soin de se mettre à l'abri de cette source d'erreur par une opération préliminaire spéciale.

Voilà comment il se fait que de part et d'autre on invoque

(1) Voyez, sur cette question du sucre normal :

Brücke, *Ueber die reducirende Eigenschaft des Harns* (*Sitzungsbericht der K. K. Akademie Math. Natur.*, Cl. XXVIII);

Ueber das Vorkommen von Zucker im Harn gesunder Menschen (eod. loco, XXIX);

Darf man Urin in welchem der Zucker quantitativ bestimmt werden soll, vorher mit Bleiessig ausfällen (eod. loco, XXXIX);

Meissner's, *Jahresber. für rationelle Medic.*, VI, 3e série;

Löwe, *Wiener Med. Woch.*, 1858;

Widerhold, *Deutsche Klinik*, 1858;

Vanderdonckt, *De la présence du sucre dans les urines de l'homme à l'état physiologique* (*Arch. belges de méd. milit.*, 1862);

Burggrœve, *De l'oxalurie* (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1862).

Tous ces auteurs, et avec eux Bence Jones et plusieurs autres physiologistes anglais, ont conclu par l'affirmative.

hardiment l'expérimentation ; voilà pourquoi les adversaires et les partisans de la glycosurie normale s'appuient avec la même confiance sur les résultats de leurs observations. Il importe de faire disparaître une telle confusion ; la glycose normale ne peut être décelée dans l'urine par les procédés employés dans le diabète ou toute autre forme de glycosurie morbide ; voilà un premier point qu'il ne faut plus perdre de vue. Or, les opérations indiquées par Brücke et ses successeurs n'ont jamais été, que je sache, répétées en France ; on n'est donc pas autorisé à conclure.

Tel est l'état de la question : les médecins ne peuvent la résoudre par leurs propres forces, elle revient tout entière aux chimistes, car les procédés d'investigation sont aussi longs que difficiles. Il faut donc que ces procédés soient exactement et complétement connus, afin que les hommes compétents soient en état de répéter ces analyses dans des conditions identiques.

Le docteur Tüchen (de Berlin), dans un mémoire récent auquel j'ai déjà fait allusion ailleurs, a exposé d'une façon nette et précise la méthode de Brücke pour la recherche du sucre normal de l'urine ; c'est avec cette même méthode qu'il a vérifié, après beaucoup d'autres, la découverte de son devancier ; c'est cette méthode que je me propose de faire connaître ici. Mais, de peur d'altérer par une condensation trop concise l'exposé du médecin allemand, je traduirai textuellement son travail, car, dans une question de ce genre, aucune recommandation n'est inutile, aucun détail n'est superflu. (Voir ci-après.) J.

Les lignes qui précèdent, concernant le mémoire de M. Lecoq sur la glycosurie, me dispensent des remarques que j'avais annoncées ; car elles devaient avoir le même objet et le même sens.

A ce qu'a dit notre distingué confrère de Brest de l'insuffisance des recherches qui me sont communes avec M. Reynoso, en tant que destinées à établir la présence du sucre dans l'urine des vieillards, comme conséquence d'une respiration imparfaite, je n'ai qu'un mot à répondre. A cette époque (il y a une douzaine d'années), le sucre *normal* n'était pas connu. L'utilité de nos expériences a été peut-être de produire, à notre insu, un fait de glycosurie normale, et quand je me rappelle la quantité relativement très grande d'alcool que nous retirâmes de l'urine et que *nous fîmes brûler*, il me paraît impossible de croire qu'elle ait été fournie par le peu de sucre qu'a pu retenir la levûre employée. Quant à l'explication du fait par le peu d'activité de la respiration chez le vieillard, elle est, on le sait, de M. Reynoso, qui l'avait développée antérieurement à nos recherches ; et c'est en vue de cette théorie, mais sans m'y enchaîner, que je lui avais proposé d'instituer avec moi des expériences à la Salpêtrière. A. D.

L'Académie s'est adjoint, dans la section d'hygiène, un confrère de haut mérite, qui a su marquer sa place avec un égal bonheur dans la philosophie, dans les sciences, dans l'administration et dans la politique, M. le docteur Lélut, député et membre de l'Académie des sciences morales.

M. Bouchut qui ne figurait pas sur la liste de présentation, mais qui avait été ultérieurement présenté par l'Académie, a obtenu une forte minorité.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie pathologique.

Sur la présence du sucre dans l'urine normale, par le docteur Tuchen (de Berlin).

« Dans le courant du semestre dernier, je me suis occupé presque exclusivement de la question du sucre normal de l'urine, et mes recherches sur ce sujet ont été faites dans l'Institut chimico-physiologique de Berlin. Mes observations ont pleinement confirmé l'assertion de Brücke, à savoir, que le sucre amorphe en petite quantité est un élément normal de l'urine.

J'apporte à cette opinion une démonstration sans réplique, car, dans toutes mes expériences, j'ai pu, en opérant sur de grandes quantités d'urine, en retirer une petite proportion d'alcool et d'acide acétique. Ce résultat, qui confirme également les données de Bence Jones sur ce point, enlève jusqu'au dernier doute touchant la présence du sucre dans l'urine normale, car on ne peut arguer ici de ces méprises diverses auxquelles donne lieu l'emploi inconsidéré des réactifs du sucre.

Pour l'analyse de l'urine normale de l'homme, je me suis servi de celle de quatre jeunes gens qui travaillaient avec moi dans le laboratoire. Quant à l'urine des femmes grosses et des accouchées, je me réserve de m'en occuper plus tard. Les urines que j'ai analysées ne présentaient qu'à un très faible degré la propriété réductrice ; mais, lorsqu'on agissait sur de grandes quantités à la fois, on y trouvait une petite quantité de sucre, et l'on obtenait une proportion correspondante d'alcool et d'acide acétique.

Mais, avant d'entrer dans le détail des opérations, je crois devoir indiquer les effets produits par le réactif de Trommer dans l'urine normale et dans l'urine diabétique, et préciser les différences qui distinguent à cet égard les deux espèces de liquide.

L'emploi de la solution de Trommer ne détermine jamais dans l'urine normale de précipité jaune ou rouge d'oxydule de cuivre ; ce précipité n'est produit que dans le diabète sucré, soit pathologique, soit artificiel. Et pourtant, l'urine normale réduit constamment une petite quantité d'oxyde de cuivre à l'état d'oxydule ; mais le sel réduit reste en solution, il ne se précipite pas ; on n'obtient pas non plus de précipité de cuivre métallique, lorsqu'on ajoute à la liqueur de l'acide sulfurique dilué.

Il est aisé de se convaincre de ce fait par une expérience très simple.

On ajoute à de l'urine normale non albumineuse une proportion convenable de lessive de soude, et une solution d'oxyde de cuivre aussi étendue que possible ; on filtre le liquide, afin de ne pas avoir un excès d'hydrate d'oxyde de cuivre, et l'on chauffe jusqu'à ébullition. Quand la liqueur est refroidie, on l'acidifie avec de l'acide chlorhydrique, et si alors on l'essaye avec une solution de ferrocyanure de potassium récemment préparé, ce n'est pas un précipité brun de ferrocyanure de cuivre qui se produit, c'est un précipité jaune grisâtre, de couleur chair ; c'est, en un mot, de l'oxydule de cuivre.

Cette expérience a une double signification : elle démontre d'abord que toute urine normale renferme des matières capables de faire passer à l'état d'oxydule de petites quantités d'oxyde de cuivre (je suis bien éloigné, en effet, de rapporter cette réduction uniquement à la présence du sucre ; la proportion du sucre normal est beaucoup trop faible pour en rendre compte). D'un autre côté, cette même expérience nous apprend qu'indépendamment de l'ammoniaque qui se forme constamment lorsqu'on chauffe de l'urée avec de la soude, l'urine normale contient un autre corps qui a la propriété de

maintenir dissous l'oxydule de cuivre réduit; s'il n'en était pas ainsi, le précipité d'oxydule devrait se produire une fois que l'ammoniaque est convenablement neutralisée par l'acide chlorhydrique.

Je dois mentionner une autre circonstance sur laquelle W. Kühne a le premier appelé mon attention et qui est d'un grand intérêt : lorsqu'on traite l'urine diabétique par le réactif de Trommer, jamais il ne reste d'oxydule de cuivre en solution; ce produit se précipite en totalité. C'est précisément l'inverse qui a lieu pour l'urine normale, qui maintient toujours à l'état dissous l'oxydule formé. La conséquence de ces deux ordres de faits est facile à déduire : le corps qui a la propriété de tenir en dissolution l'oxydule de cuivre dans l'urine saine, manque dans l'urine diabétique, ou bien il a éprouvé de telles modifications qu'il est devenu inactif. Ce n'est pas tout : les mêmes faits prouvent que l'ammoniaque, qui prend naissance sous l'influence du réactif de Trommer (dans toutes mes recherches, j'ai toujours prévenu avec le plus grand soin le dégagement de ce gaz), n'a pas la propriété de maintenir à l'état dissous la plus petite quantité d'oxydule dans l'urine diabétique. On pourrait donner plusieurs explications de cette particularité. Pour l'urine normale, on pourrait penser, non sans raison, qu'elle renferme un corps qui possède, à un plus haut degré que l'ammoniaque naissante, la propriété de tenir l'oxydule en solution, et pour l'urine diabétique il est possible que la formation du sous-oxyde soit effectuée avant que l'ammoniaque soit développée en quantité suffisante, de sorte que ce gaz ne rencontre plus d'oxydule à l'état naissant.

Cette opposition remarquable qui existe entre l'urine normale et l'urine diabétique, au point de vue de la précipitation de l'oxydule de cuivre, peut avoir une grande valeur pour le diagnostic du diabète sucré à son début, à supposer toutefois que, dès ce moment-là, l'urine ait perdu la propriété de maintenir à l'état dissous la petite quantité d'oxydule formée par le réactif; c'est là un point qui ne pourra être élucidé que par l'observation ultérieure, car je n'ai pas encore eu occasion d'étudier un cas de diabète sucré commençant. Pour le médecin praticien, il y a là un fait d'une grande importance; car, sans grande peine, sans connaissances bien approfondies en chimie, il peut de la sorte contrôler les résultats fournis par le réactif de Trommer. Toutes les fois, en effet, que l'urine ne maintiendra plus à l'état dissous l'oxydule de cuivre, il peut conclure avec certitude à l'existence du diabète (1). Quant à la nature du corps qui assure la solubilité du sous-oxyde dans l'urine normale, quant aux modifications que ce corps éprouve dans l'urine diabétique, ces questions sont étrangères au but que je poursuis en ce moment; elles ont été résolues, à ce que j'apprends, par le travail du docteur Winogradoff.

Dans son mémoire sur les métamorphoses organiques interstitielles des muscles, Meissner a vivement recommandé le ferricyanure de potassium pour découvrir l'oxydule de cuivre tenu en dissolution dans les liquides, après l'emploi du réactif de Trommer. Ce procédé, suivant lui, est d'une extrême sensibilité : il recommande d'acidifier d'abord la liqueur avec l'acide chlorhydrique et de la traiter ensuite avec une solution fraîche de ferricyanure de potassium; on obtient ainsi un précipité rouge qui démontre avec certitude l'existence de l'oxydule de cuivre. Dans le cas même où une certaine quantité d'oxyde de cuivre non réduit reste en solution, Meissner avance que la couleur rouge du ferrocyanure de cuivre se manifeste tout d'abord, si l'on ajoute goutte à goutte la solution réactive.

Je ne puis taire les doutes légitimes que je conçois au sujet de l'utilité de ce réactif. Je conviens que le ferricyanure de potassium est un moyen sensible et sûr de reconnaître l'oxydule de cuivre dans tous les liquides qui ne renferment pas de matières organiques, le précipité brun capucin qu'il détermine alors est caractéristique; mais si les liqueurs contiennent des produits organiques, le ferricyanure est décomposé. Il résulte de cette décomposition du ferrocyanure, et, s'il y a de l'oxyde de cuivre en solution, il se forme toujours un précipité brun capucin, de sorte qu'on croit à la présence de l'oxydule alors qu'il n'y a en réalité que de l'oxyde de cuivre. La facilité avec laquelle il se décompose enlève au réactif recommandé par Meissner toute son utilité pratique. Quelques expériences démontrent péremptoirement la vérité de mon assertion.

Une solution récente de ferricyanure de potassium donne, avec une solution de sulfate de cuivre, un précipité vert jaunâtre couleur olive; mais si, dans un verre à réactif, on ajoute à un mélange d'urine et de sulfate de cuivre quelques gouttes de ferricyanure, ce n'est plus un précipité vert jaunâtre qu'on obtient, c'est un précipité brun capucin. Ce fait démontre que, sous l'influence des matières organiques de l'urine, le ferricyanure s'est transformé en ferrocyanure.

L'expérience suivante est plus probante encore.

Si l'on ajoute à une solution de chlorure de fer quelques gouttes de ferricyanure, la coloration de la liqueur n'est pas sensiblement modifiée; mais si l'on mêle d'abord la solution de fer à une petite quantité d'urine et qu'on verse dans le mélange quelques gouttes de ferricyanure, il se forme un beau précipité de bleu de Prusse. Ici encore les matières organiques de l'urine ont décomposé le ferricyanure, et donné naissance à du ferrocyanure.

La conclusion évidente à tirer de ces faits, c'est qu'en raison de sa décomposition facile, le ferricyanure de potassium est un réactif très incertain pour reconnaître l'oxydule de cuivre, et qu'il ne mérite pas, à beaucoup près, les éloges que lui a décernés Meissner. Le meilleur réactif du sous-oxyde de cuivre est encore le ferrocyanure de potassium; toutes les fois que, dans une liqueur acidifiée, la solution de ferrocyanure détermine, non pas un précipité brun capucin, mais un précipité gris jaunâtre couleur de chair, on peut être absolument certain que le liquide contient de l'oxydule de cuivre.

J'ai cherché le sucre d'après la méthode de Brücke, et je me suis convaincu comme lui qu'une partie du sucre contenu dans l'urine est précipitée par l'acétate basique de plomb, sans addition préalable d'ammoniaque; mais j'ai toujours constaté que le précipité obtenu par le sel plombique est beaucoup moins riche en sucre que celui qu'on obtient par l'ammoniaque, lorsqu'on a débarrassé le liquide du premier précipité. Dans toutes mes recherches, j'ai traité séparément ces deux précipités, et il m'a toujours été possible d'obtenir avec l'un et avec l'autre de petites quantités d'alcool et d'acide acétique.

Pour former ces deux produits j'emploie environ 5000 centimètres cubes d'urine normale que je traite de la manière suivante :

D'après le précepte de Brücke je fais journellement précipiter l'urine au moyen de l'acétate de plomb, puis je précipite de nouveau la liqueur filtrée, avec l'acétate basique du même métal. Ce dernier précipité recueilli sur un filtre, pressé jusqu'à dessiccation sur du papier brouillard, est divisé dans un mortier et broyé avec de l'eau distillée. Cela fait, j'ajoute, en agitant toujours, une solution froide concentrée d'acide oxalique, jusqu'à ce que le liquide ne se trouble plus; ce mélange est alors filtré, saturé avec du carbonate de soude, acidifié avec de l'acide acétique et évaporé jusqu'au cinquième du volume. Une fois le liquide refroidi, j'y verse de l'alcool au titre et dans la proportion indiqués par Brücke. Après que l'oxalate de soude s'est déposé, je filtre de nouveau, et j'ajoute au liquide filtré une solution alcoolique de potasse, aussi longtemps que l'opacité de la liqueur augmente notablement. Après toutes ces opérations le liquide est laissé dans une cave pendant trois jours; au bout de ce temps il est complétement éclairci. Le sucrate de potasse est déposé à la surface interne du vase, et surtout sur son fond, sous forme d'une masse vis-

(1) Il ne faut pas perdre de vue que, dans tout le cours de son travail, Tüchen se sert du mot *diabète* comme synonyme de *glycosurie pathologique*, et cela afin d'éviter la confusion qui résulterait de l'expression *glycosurie* employée tour à tour pour désigner un phénomène normal et un phénomène morbide. (*Note du traducteur.*)

queuse de couleur brun clair : je décante le liquide et je le traite par une solution étendue d'acide oxalique ; puis je le sature au moyen du carbonate de chaux finement pulvérisé, et j'ajoute assez d'esprit-de-vin pour qu'il y ait dans le mélange une partie d'eau pour quatre d'alcool, et je filtre. J'acidifie la liqueur filtrée avec de l'acide acétique, je fais évaporer à siccité au bain-marie, et je réserve le résidu pour la fermentation, et pour la distillation.

On ne peut obtenir à l'état de cristallisation le sucrate de potasse qui se sépare d'une solution alcoolique. Il est facile de s'en convaincre en dissolvant un peu de sucre urinaire dans de l'eau distillée, en ajoutant au liquide quatre fois son volume d'alcool absolu, et en précipitant alors le sucre au moyen d'une solution alcoolique de potasse. S'il n'y a que très peu de sucre en dissolution, il ne se produit qu'un léger trouble au moment où l'on ajoute la solution de potasse; si la proportion de sucre est plus considérable, il se forme un beau nuage laiteux qui se dépose au bout d'un temps assez long, au fond du verre, sous l'aspect d'un précipité brun clair et visqueux. Ce précipité se dissout facilement dans l'eau et réduit fortement les sels de cuivre. On trouve en outre sur la paroi interne du vase, des cristaux réunis parfois en groupes ; mais si on les analyse, ils se montrent constitués par du carbonate de potasse, qui a pris naissance sous l'influence de l'acide carbonique de l'air.

Quant au précipité ammoniacal de sucre, je l'obtiens aussi par la méthode de Brücke. Lorsque l'urine a été débarrassée du précipité formé par l'acétate basique de plomb, je la traite par l'ammoniaque, et je lave à plusieurs reprises dans de l'eau distillée le précipité ainsi obtenu, afin de diminuer la proportion d'ammoniaque contenue ; puis je le sèche sur plusieurs doubles de papier brouillard. Pour ce qui est de la combinaison plombique, je la décompose avec l'acide oxalique, je sature avec du carbonate de chaux finement pulvérisé, je filtre, j'acidifie avec l'acide acétique et j'évapore à siccité. Je dissous le résidu dans l'alcool, j'ajoute quelques gouttes d'acide acétique et j'évapore après filtration, également jusqu'à siccité. Je dissous enfin ce résidu dans l'eau, et je le conserve pour le faire fermenter et pour en obtenir de l'alcool et de l'acide acétique.

Dissoute dans l'eau, la matière sucrée obtenue par l'une ou l'autre de ces deux méthodes (plomb, ammoniaque) réduit fortement le sel de cuivre. Les précipités résultant des procédés décrits plus haut transforment l'oxyde de cuivre du réactif de Trommer en oxydule, même à une température assez peu élevée. Une petite quantité de ces mêmes précipités, dissoute dans de l'eau distillée et traitée avec une solution de sulfate de cuivre et une lessive de soude, réduit une certaine proportion d'oxyde cuprique au bout de plusieurs heures, sans qu'il soit nécessaire de faire chauffer le mélange. Enfin, lorsqu'on traite ces précipités par une solution de carbonate de soude et une petite quantité de nitrate basique de bismuth, une partie de l'oxyde de bismuth passe à l'état de sous-oxyde sous l'influence de l'ébullition (1).

Quoiqu'il ne fût pas vraisemblable que ces diverses réductions fussent dues à la présence de l'acide urique, cependant j'ai soumis à plusieurs reprises mes précipités à l'épreuve de la murexyde, mais je n'ai jamais eu que des résultats négatifs (2).

Le plan de polarisation présentait une notable déviation vers la droite. Du reste, ce sucre a peu de tendance à la cristallisation; une fois seulement j'ai pu obtenir une combinaison de sucre et de chlorure de sodium.

Après toutes ces épreuves, les résidus sucrés ont été dissous dans une quantité suffisante d'eau distillée, et soumis à l'action d'une proportion convenable de levûre de bière récente et soigneusement lavée : la température était de 25 degrés Réaumur ; je dois faire remarquer à ce propos que le feu était éteint à sept heures du soir et rallumé seulement à sept heures du matin ; de sorte que pendant la nuit la température pouvait bien tomber à 12 degrés Réaumur. Je verse mon liquide dans deux tubes qui peuvent contenir 360 centimètres cubes, mais je ne les remplis qu'aux trois quarts ; je verse dans l'espace vide du mercure jusqu'à ce que le liquide déborde ; puis, fermant hermétiquement mes tubes avec le pouce, je les retourne rapidement et je les plonge dans une cuve à mercure.

J'ai toujours eu soin de m'assurer, au moyen d'une expérience conduite de la même façon, que la levûre ne contenait pas de sucre. Je traitais par l'eau distillée, acidulée avec l'acide acétique, une portion de ma levûre, et je l'abandonnais dans un verre à réactif sur la cuve à mercure, pendant le même espace de temps et à la même température ; je n'obtenais aucun dégagement d'acide carbonique.

Au bout de six heures la fermentation était commencée ; au bout de vingt heures (je commençais toujours l'expérience entre une et deux heures de l'après-midi), c'est-à-dire vers neuf heures du matin, le lendemain, l'opération était à son summum d'activité. De petites bulles d'acide carbonique se rassemblaient au fond du tube en chassant un volume proportionnel de mercure ; on voyait de petits globules de ferment, chargés de gaz, s'élever vers le fond du vase. J'absorbais l'acide carbonique au moyen de fragments de chaux.

Si la fermentation durait plus de vingt-quatre heures, la quantité d'alcool obtenue était faible, celle d'acide acétique plus notable ; l'opération était-elle interrompue peu après son début, la distillation fournissait toujours de l'acide acétique indépendamment de l'alcool.

Après fermentation, la liqueur acidifiée avec l'acide tartrique était distillée au bain-marie. A peine l'eau du bain avait-elle atteint la température de l'ébullition, qu'on voyait apparaître à la distillation un produit de couleur claire, à réaction fortement acide, à odeur pénétrante et spéciale.

Pour démontrer enfin que ce produit de la distillation contient de l'alcool et de l'acide acétique, je fais les expériences suivantes :

Je me propose d'unir l'acide acétique à l'oxyde de plomb, et de l'obtenir ainsi à l'état d'acétate de plomb. Dans ce but, j'ajoute au produit distillé autant d'oxyde de plomb que je puis en faire tenir sur la pointe d'un couteau, et je soumets le tout à une nouvelle distillation peu prolongée, pour retenir l'alcool dans le récipient refroidi. Dès qu'on recommence à chauffer, il devient évident que le liquide de la cornue a dissous de l'oxyde de plomb, car la couleur de celui-ci disparaît. Lorsqu'une quantité suffisante de liqueur alcoolique s'est réunie dans le récipient, lorsque le liquide de la cornue présente une réaction neutre, la distillation est interrompue ; je filtre pour me débarrasser de l'oxyde de plomb non dissous, et j'évapore au bain-marie jusqu'à consistance de cire molle.

Cette masse montre sous le microscope des cristaux évidents. J'en dissous une partie dans l'eau distillée, je précipite l'oxyde de plomb à l'état de sulfate de plomb au moyen du sulfate de soude, et l'acide acétique reste dans la solution à l'état d'acétate de soude. Une petite quantité de ce liquide filtré est mêlée dans un verre à quelques gouttes de chlorure de fer, et le mélange prend une couleur d'un rouge sombre très foncé (acétate de fer). En traitant enfin ce produit avec de l'acide sulfurique concentré, on développe une odeur faiblement piquante ; le papier bleu de tournesol, exposé à la vapeur du liquide, rougit légèrement.

(1) Le lecteur sera frappé sans doute de la différence fondamentale que présentent la méthode de Bücke et Tüchen, et celle de M. Lecoq. L'observateur français cherche le sucre *dans le liquide débarrassé du précipité plombique* ; les physiologistes étrangers obtiennent le sucre en traitant *les précipités eux-mêmes*, soit le précipité saturnin, soit le précipité ammoniacal. Voilà le fait capital. Les nombreuses opérations auxquelles ils soumettent ces précipités ont pour but principal, sinon unique, l'élimination des matières organiques qui pourraient induire en erreur. Il est certain que M. Lecoq n'a pu apprécier le chiffre véritable du sucre normal, puisque l'acétate de plomb en précipite une bonne partie. *(Note du traducteur.)*

(2) L'omission de cette épreuve indispensable suffit à elle seule pour jeter du doute sur les résultats obtenus par le docteur Lecoq. *(Note du traducteur.)*

Voici maintenant les faits qui démontrent la présence de l'alcool :

Le récipient contenait un liquide clair comme de l'eau, qui avait une odeur évidemment vineuse et non désagréable ; cette odeur fut taxée d'alcoolique par des personnes qui ignoraient absolument l'origine et la nature de cette liqueur.

Pour m'assurer qu'elle contient de l'alcool, je dissous une petite quantité de chromate de potasse dans de l'eau distillée, et j'ajoute à cette solution une égale proportion d'acide sulfurique. Le liquide ainsi obtenu a une couleur rouge jaunâtre ; j'en verse une petite quantité dans une éprouvette, et j'ajoute quelques gouttes de la liqueur à essayer ; aussitôt la couleur rouge jaunâtre du mélange disparaît, remplacée par la coloration vert foncé de l'alun de chrome ; preuve évidente que le produit de la distillation contient de l'alcool, puisque ce dernier a pour propriété caractéristique de transformer en sulfate de chrome vert foncé le chromate de potasse jaune rouge auquel on a ajouté de l'acide sulfurique.

En raison des résultats de la fermentation, en raison de la production d'alcool et d'acide acétique obtenus au moyen de l'urine normale de l'homme, je conclus que cette urine a pour élément constant une petite proportion de sucre. » (*Virchow's Archiv*, XXV, 1862, p. 267.)

Je termine ici cette traduction ; le reste du travail du docteur Tüchen est consacré à l'analyse de l'urine du cheval et de la vache ; l'auteur s'est assuré par les mêmes méthodes, que cette urine contient aussi du sucre à l'état physiologique.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

STATISTIQUE. — M. *Boudin* adresse une note ayant pour titre : *De l'influence de l'âge relatif des parents sur le sexe des enfants*.

« Il résulte de cette étude, dit l'auteur dans la lettre d'envoi : 1° que le sexe masculin prédomine quand le père est plus âgé que la mère ; 2° que le sexe féminin prédomine quand la mère est plus âgée que le père ; 3° que les deux sexes tendent à s'équilibrer, cependant encore avec une légère prédominance du sexe féminin, quand le père et la mère sont du même âge. D'autres observateurs sont arrivés aux mêmes résultats que moi en faisant des recherches sur d'autres points du globe. Parmi ces observateurs, je me bornerai à citer M. Hafacker à Tubingue, M. Sadler en Angleterre, M. Goehlert à Vienne, M. Boulanger à Calais. » (*Comm.* : MM. Audral, Rayer, Cl. Bernard, Bienaymé.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 MARS 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans le département de Loir-et-Cher. — *b*. Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Jobert* (de Guyonvelle), *Chonneaux-Dubisson* (de Villers-Bocage), *Ripoll* (de Toulouse), *Martin-Duclaux* (de Villefranche), *Richard* (de Fougères), *Tuefferd* (de Montbelliard). (*Commission des épidémies.*) — *c*. Un rapport de M. le docteur *de Puisaye* sur le service médical des eaux minérales d'Enghien (Seine-et-Oise) pendant l'année 1861. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Camille Leblanc*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de médecine vétérinaire. — *b*. Un travail de M. le docteur *Decaisne* (d'Anvers), intitulé : *Gangrène d'une partie de la base de l'encéphale causée par une thrombose du sinus latéral droit.* (*Comm.* : MM. Cloquet, Louis et Baillarger.) — *c*. Une note sur le choléra-morbus par M. le docteur *Kiel* (de la Haye). (*Commission du choléra.*)

3° M. *Mathieu* présente un nouveau *porte-aiguille* à ouverture mobile, pouvant être employé à travers les tissus sans accroche. L'ouverture du chas est constamment fermée, et il suffit d'appuyer sur la pédale pour laisser l'entrée ou la sortie libre au fil qu'on veut y placer en anse ou l'en retirer. Le levier peut être remplacé par le coulant de son porte-aiguille à lance mobile qu'il a fabriqué en 1854.

L'instrument présenté aujourd'hui a été imaginé pour opérer une chute du rectum.

M. *Michel Lévy* offre en hommage, au nom de M. le docteur *Périer*, un volume intitulé : ÉTUDES COMPLÉMENTAIRES A L'OUVRAGE DE PRINGLE SUR LES MALADIES DES ARMÉES ; — et, au nom de M. le docteur *Perrin*, un TRAITÉ D'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE, par MM. Perrin et Ludger-Lallemand.

Lecture.

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *Gobley*, au nom de la commission des eaux minérales, lit trois rapports officiels, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Élection.

L'Académie procède, par la voie de scrutin, à la nomination d'un membre titulaire dans la *section d'hygiène et de médecine légale*.

La liste de présentation, adoptée en *comité secret* dans la dernière séance, après le rapport de M. Vernois, porte : en première ligne, M. *Lélut* ; en deuxième ligne, M. *Boudin* ; en troisième ligne, M. *Delpech* ; en quatrième ligne, M. *Bergeron* ; en cinquième ligne, M. *Duchesne* ; en sixième ligne, M. *Girard de Cailleux*.

M. *Bouchut* est présenté comme candidat de l'Académie.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 77, et la majorité 39, M. *Lélut* obtient 30 suffrages ; M. *Bouchut*, 16 ; M. *Delpech*, 10 ; M. *Boudin*, 7 ; M. *Girard de Cailleux*, 7 ; M. *Duchesne*, 4 ; M. *Bergeron*, 2 ; M. *Barthez*, 1 ; un bulletin blanc.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité des voix, l'Académie procède à un second tour de scrutin. Les votants étant au nombre de 78, et la majorité étant 40, M. *Lélut* obtient 43 voix ; M. *Bouchut*, 18 ; M. *Boudin*, 6 ; M. *Delpech*, 6 ; M. *Duchesne*, 2 ; M. *Girard de Cailleux*, 2 ; M. *Bergeron*, 1.

En conséquence, M. *Lélut* est proclamé membre titulaire de l'Académie, sauf la sanction de l'Empereur.

Lecture.

VACCINE. — M. *Depaul* reprend la lecture du rapport général annuel sur le service des vaccinations en France pour 1861.

M. le rapporteur insiste longuement sur l'origine de la vaccine, et rappelle, à titre de documents d'une haute importance : l'épizootie observée, dans le canton de Rieumes, par M. Sarrans, en 1860, épizootie consistant en une éruption pustuleuse sur les chevaux, et coïncidant avec une épidémie de variole dans la même contrée ; — le cas particulier de la jument de M. Corail, traitée à l'École vétérinaire de Toulouse ; — l'observation de cette jument communiquée à l'Académie par M. Lafosse, professeur de clinique à ladite école ; — les expériences et les inoculations faites avec le liquide provenant des pustules de cette jument ; — le rapport de M. Bousquet sur ce sujet ; — la discussion qui s'ensuivit au sein de l'Académie, et à laquelle prirent part MM. Leblanc, Bouley, Renault, Depaul et Bousquet.

M. Depaul expose ensuite l'opinion de Jenner sur l'origine du cowpox, donne l'analyse des mémoires où l'éminent médecin a rendu compte de ses expériences et développé ses doctrines. Après une discussion sommaire de ces expériences et de ces opinions, M. Depaul conclut qu'on ne saurait en tirer rigoureusement la déduction que le vaccin provienne des eaux aux jambes du cheval, comme le pensait Jenner.

M. le rapporteur tend à admettre qu'il existe un virus spécial, *virus varioleux*, inoculable à l'homme et aux animaux, transmissible des uns aux autres, capable de subir des transformations d'une espèce à une autre, et susceptible de modifications suivant la structure et les conditions anatomiques très variables de la peau.

A l'appui de cette opinion, M. Depaul cite les expériences confirmatives de Sacco, et le résultat des études cliniques qu'il a entreprises récemment lui-même, avec le concours de M. Rayer, à l'École vétérinaire d'Alfort.

La discussion relative à l'origine de la vaccine, à l'occasion du rapport de M. Depaul, est ajournée jusqu'après la clôture de la discussion sur les eaux potables.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 6 MARS 1863.

Compte rendu de la commission pour l'examen des comptes du trésorier.

Discussion sur le secret médical dans le mariage.

Scrutin pour la nomination d'un membre correspondant.

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 28 JANVIER ET DES 4, 11 ET 18 FÉVRIER 1863.

SIÈGE DE L'S ILIAQUE DU CÔLON CHEZ LES NOUVEAU-NÉS. — MUTILATION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; PROTHÈSE. — DES EFFETS DE CETTE MUTILATION SUR LA FORME DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. — OPÉRATION D'ESMARCH. — OSTÉOMYÉLITE DE L'HUMÉRUS. — POLYPES DU LARYNX.

M. *Giraldès* a protesté encore une fois contre l'opinion professée par M. Huguier sur la situation de l'S iliaque chez les nouveau-nés. C'est à gauche et non à droite que se trouve l'S du côlon. A l'occasion de la discussion de l'Académie sur l'opération de l'anus contre nature, M. Giraldès a fait des recherches sur 150 enfants d'un à quinze jours, et 8 fois seulement il a trouvé l'S du côlon à droite. Les *Bulletins de la Société anatomique* ne contiennent qu'un seul cas d'anus imperforé, dans lequel l'S iliaque ait été situé à droite. Sur 6 opérations de Littre, faites aux Enfants malades, le même chirurgien a trouvé six fois l'S du côlon à gauche. Enfin, l'embryologie démontre que, à aucune époque du développement du fœtus, l'S iliaque n'est à droite.

M. *Huguier* a répondu qu'il avait apporté des faits qui démontrent que la fin de l'S iliaque, après avoir été à gauche, se porte à droite.

— M. *Legouest* a présenté un malade auquel il a enlevé la plus grande partie du corps du maxillaire inférieur, pour un kyste alvéolo-dentaire.

Ce malade porte un appareil prothétique construit par M. Preterre, et formé de deux parties bien distinctes. La première est destinée à suppléer la moitié du maxillaire inférieur qui a été enlevée. Cette partie de l'appareil offre un prolongement, une sorte d'aile très résistante, venant prendre son point d'appui sur la branche montante, qui a été respectée même du côté de la résection. Cette aile est assez forte pour repousser les molaires restantes et pour les maintenir exactement au-dessous des molaires supérieures. C'est une disposition précieuse, car presque tous les auteurs ont signalé, et M. Dolbeau a rappelé, dans ces derniers temps une complication des résections qui consiste, pour la mâchoire inférieure, dans l'ascension et dans la déviation en dedans de la portion restante, etc.

La seconde partie de l'appareil est destinée à remédier à une déformation consécutive moins connue, quoiqu'elle ait été signalée par Larrey père. Il s'agit de la voussure qui se fait dans la voûte palatine, à la suite des résections considérables du maxillaire inférieur. Cette voussure est telle parfois, et les deux portions de l'arcade dentaire sont tellement rapprochées que les dents opposées viennent presque se toucher.

Pour obvier à cette complication, M. Legouest a fait appliquer sur la voûte palatine une plaque métallique qui maintient la courbure de la voûte et la distance des arcades dentaires.

M. *Debout* s'est demandé si l'appareil prothétique de la mâchoire inférieure n'aurait pas suffi à prévenir la difformité du maxillaire supérieur. Il est probable, en effet, que cette difformité ne peut s'accomplir qu'en l'absence de restauration des parties enlevées.

Suivant M. *Trélat*, la déformation du maxillaire supérieur dépendrait de ce que les dents de cette mâchoire sont privées de l'appui que leur donnent normalement les dents inférieures qu'elles dépassent en avant lorsque les maxillaires sont rapprochés.

Il faut aussi tenir compte de l'action des parties molles et des lèvres, et la rétraction des cicatrices qui succèdent à des plaies avec perte de substance doit également être invoquée pour expliquer cette sorte de concentration des parties vers la ligne médiane. M. Legouest est convaincu de cette vérité, et par conséquent il admet que la déformation peut ne pas se produire à la suite de l'ablation chirurgicale de la mâchoire inférieure. Toutefois il a cru devoir prendre ses précautions, parce qu'il n'est pas suffisamment édifié sur ce point.

Il a présenté, dans la séance du 4 février, des dessins pris sur deux malades dont l'histoire est rapportée dans la CLINIQUE de Larrey. Ces dessins représentent les déformations subies par le maxillaire supérieur. L'un des malades avait été blessé par un biscaïen, qui avait enlevé le corps de la mâchoire inférieure. Chez lui, la voûte palatine n'est pas sensiblement rétrécie, mais les dents molaires ont été renversées et comme luxées en dedans, en sorte qu'elles sont presque au contact par leur couronne. Dans l'autre cas, et à la suite d'une blessure semblable, la voûte palatine s'est rétrécie, s'est élevée en ogive, mais les dents sont restées verticales.

M. *Foucher* a présenté un malade auquel Dupuytren, en 1831, a enlevé tout le corps de la mâchoire inférieure, brisée par un coup de feu. Aujourd'hui la voûte palatine a la forme d'une ogive. Les dents sont inclinées vers la ligne médiane, et celles de la partie antérieure sont presque horizontales. M. Foucher pense que chez cet homme la déviation des dents est due en grande partie à l'action des lèvres.

M. *Forget* a fait observer que les exemples de déformation de la mâchoire supérieure ont été pris, jusqu'à présent, chez des hommes qui avaient été blessés par des armes à feu. Or, qui ne comprend, dit-il, toutes les dissemblances qu'il y a entre ces mutilations si difficilement régularisées par le chirurgien, et l'ablation des tumeurs de la mâchoire inférieure, avec conservation des téguments et intégrité du maxillaire supérieur? Cette intégrité peut très bien n'avoir pas été parfaite chez le malade présenté par M. Foucher. En dehors des faits de la chirurgie militaire, on n'a rien indiqué de semblable aux déformations dont il est question aujourd'hui. M. Forget a vu un confrère opéré par Lisfranc il y a vingt-cinq ans. La moitié droite du maxillaire inférieur a été désarticulée, et il n'y a aucune difformité du maxillaire supérieur. Il en est de même chez un malade qu'il a opéré il y a trois ans.

M. *Richet* croit, comme M. Forget, que la déformation a peu de tendance à se produire après les ablations partielles faites par le chirurgien. Il a revu un de ses opérés et a constaté que la forme de la voûte palatine et la direction des dents supérieures étaient restées les mêmes.

M. *Giraldès* a formulé la conclusion de cette discussion en disant qu'il fallait attendre de nouveaux faits avant de se prononcer.

— M. *Boinet* a présenté une jeune fille chez laquelle il a pratiqué l'opération d'Esmarch pour remédier à une pseudo-ankylose de la mâchoire inférieure. Les bons résultats de l'opération n'ont été que momentanés : l'os coupé en avant des adhérences s'est consolidé, et aujourd'hui la récidive est complète. La malade ne peut plus introduire ses aliments que par l'ouverture latérale de la joue. Aussi M. Boinet se félicite-t-il de n'avoir rien tenté pour combler cette perte de substance.

Les détails de cette observation ont été rapportés par M. Verneuil dans l'article qu'il a publié sur les causes d'insuccès de l'opération d'Esmarch et sur les moyens d'y remédier (*Gaz. hebd.*, 13 février 1863).

A cet insuccès signalé par M. Boinet, il faut en ajouter trois autres, qui ont aussi été communiqués à la Société de chirurgie. Ce sont les cas de MM. Marjolin, Deguise et Bauchet. Nous ne voulons pas refaire, après M. Verneuil, l'histoire de ces quatre opérations, mais seulement nous arrêter à la discussion dont elles ont été l'objet.

Malgré l'insuccès qu'il a eu à regretter, M. Deguise est loin de condamner l'opération d'Esmarch. Il l'appliquerait au contraire de préférence à la section des brides, qui n'a pas encore donné un seul fait bien authentique de guérison; toutefois il y a lieu de se demander s'il n'y aurait pas quelque moyen de rendre plus efficace cette opération, qui n'est pas seulement séduisante, mais qui reste la seule ressource à employer contre l'ankylose vraie ou fausse de la mâchoire.

La même opinion a été exprimée par M. Marjolin, qui n'a pas plus confiance que M. Deguise dans la section des adhérences. Le tissu inodulaire qui constitue ces adhérences fait si bien corps avec l'os que, pour le détruire, il faudrait produire des dégâts considérables, et encore ce serait en pure perte, car ce tissu ne manquerait pas de se reproduire.

M. *Chassaignac* trouve qu'on fait trop bon marché de la section des brides cicatricielles. Quand ces brides sont disposées en faisceaux, il croit que l'ablation, ou même la section simple peut réussir. C'est, dit-il, ce qui arrive généralement quand la peau n'est pas malade.

Il voudrait qu'on réservât la section de l'os pour les cas seulement où la cicatrice est trop étendue, ou pour ceux dans lesquels il y a une ankylose.

Pour ce qui est de la réunion de l'os après la section, le meilleur moyen de l'éviter, ce serait, de l'avis de M. Chassaignac, d'en reséquer au moins 2 ou 3 centimètres.

Tout le monde est d'accord sur la difficulté qu'il y a à s'opposer à cette réunion osseuse. M. *Huguier* croit qu'elle se produira toujours infailliblement après la section simple. Toutes les fois en effet que pour enlever des cancers de la bouche il a été obligé de scier le maxillaire inférieur, il a vu l'os se réunir sans qu'aucun moyen de contention ait été employé. Le moyen proposé par M. Huguier pour empêcher la réunion osseuse consisterait à détacher de la mâchoire un fragment triangulaire, de telle sorte que les deux parties de l'os ne pourraient plus se correspondre.

M. *Trélat*, pour arriver au même but, a conseillé d'interposer entre les fragments osseux un lambeau du périoste. Ce qui l'a conduit à cette idée, c'est qu'il a remarqué que, à la suite des résections du coude, on obtient une plus grande mobilité quand on conserve le périoste sur l'extrémité des fragments.

M. *Boinet* serait disposé à employer un moyen plus radical, et il se déciderait volontiers à enlever toute une moitié du corps du maxillaire inférieur.

M. *Verneuil* a répondu d'abord à M. Chassaignac que, seul à défendre l'utilité des méthodes anciennes, il ne conteste pas que, s'il existe une seule bride peu étendue, que, si les adhérences sont restreintes et la peau saine, la section de l'os n'est pas indiquée. Mais ces cas sont extrêmement rares. D'ailleurs, si les adhérences sont minimes, elles céderont le plus souvent à la gymnastique buccale, ou bien elles persisteront, mais permettront encore un écartement de 1 à 2 centimètres dont on ferait bien peut-être de se contenter. Quant à la section de ces brides, il est permis de la tenter, bien qu'elle soit presque fatalement inefficace; mais l'extirpation de l'inodule doit, selon M. Verneuil, être rejetée, malgré le succès obtenu par Borelli.

M. Chassaignac paraît faire consister toute la gravité des cas de resserrement des mâchoires dans l'existence d'une ankylose, et il fait de cette ankylose l'indication nécessaire de l'opération d'Esmarch. Mais cette ankylose est d'une extrême rareté, et les adhérences géno-maxillaires ou intermaxillaires peuvent, en l'absence de toute ankylose vraie, acquérir le maximum de gravité, du moment où elles sont un obstacle à la parole et à l'alimentation.

Examinant ensuite les quatre cas de récidive qui ont été présentés à la Société, M. Verneuil fait remarquer que, chez tous ces malades, les adhérences étaient compliquées de perte de substance à la joue, d'où accumulation de tissu inodulaire autour du foyer de l'opération, circonstance défavorable qui mérite d'autant mieux d'être relevée que, dans les cas de MM. Ditti et Rizzoli, qui paraissent avoir été suivis de succès, les téguments extérieurs étaient, au contraire, sains ou à peu près.

Dans le cas de M. Marjolin, la section a été faite, suivant M. Verneuil, trop en arrière dans le lieu où abondait le tissu cicatriciel, qui s'est enflammé, puis mortifié, etc. Chez la malade de M. Bauchet, des accidents inflammatoires sont aussi venus favoriser la coaptation, en conduisant au repos la portion libérée de la mâchoire. Mais M. Bauchet a cru devoir, aussitôt après la section de l'os, procéder à la restauration de la joue et de la commissure buccale. Peut-être eût-il été préférable d'ajourner le temps ultime de l'opération pour ne point augmenter les chances d'inflammation locale.

La résection partielle n'a pas sauvé M. Bauchet ni M. Deguise de l'insuccès qu'ils ont éprouvé, tandis que la division simple sans perte de substance a laissé jouir l'opérée de M. Boinet, pendant un temps beaucoup plus long, des bénéfices de l'opération. M. Verneuil a fait ressortir de ce rapprochement la confirmation d'un fait qu'il a déjà énoncé, c'est que la section simple remplit mieux le but que la réduction. Faire l'ablation d'une grande partie ou même de la moitié du maxillaire, ainsi que l'a proposé M. Boinet, c'est adopter une méthode nouvelle et se résigner à une opération bien autrement sérieuse que celle d'Esmarch, qu'il s'agit non de remplacer, mais de perfectionner.

L'ablation proposée par M. Chassaignac d'un segment de 3 centimètres n'offre pas contre la consolidation osseuse une garantie plus certaine qu'une résection de moindre étendue. L'écartement permanent des surfaces osseuses mettant un obstacle absolu à leur coaptation, telle est, dit M. Verneuil, la condition fondamentale du succès; la résection n'y pourrait qu'aider, mais en elle-même elle est impuissante et illusoire. Jusqu'à présent, aucun moyen direct et durable n'a été mis en usage pour tenir à distance, et pendant le temps nécessaire, les deux pièces du maxillaire inférieur. Le seul obstacle qu'on a opposé à la consolidation a été d'imprimer des mouvements répétés, manœuvre dont l'utilité est loin d'être démontrée. La voie est donc tracée; il reste un choix à faire entre les divers expédients mécaniques ou opératoires capables de remplir cette indication capitale : l'écartement permanent des surfaces osseuses.

— Dans la séance du 4 février, M. Verneuil a communiqué une observation d'ostéomyélite qu'il a recueillie à l'hôpital de Lourcine.

La malade dont il s'agit est une femme de trente ans, d'une constitution molle et lymphatique. Elle a depuis une quinzaine d'années une affection de l'os iliaque qui a déterminé à plusieurs reprises des abcès dans la fosse iliaque et qui entretient encore aujourd'hui un trajet fistuleux. Toutefois, cette ancienne affection ne l'empêchait pas, dans ces derniers temps, de se livrer à ses travaux ordinaires. Le 21 janvier, elle est prise tout à coup d'une douleur vive dans toute l'étendue du membre supérieur droit. Pas de gonflement, pas de sensibilité à la pression; rien aux articulations. Dès le lendemain, la pression devient douloureuse un peu au-dessus du coude, et l'on sent un empâtement profond, fusiforme, autour de l'humérus. Dans les deux jours qui suivent, le mal empire beaucoup, malgré une application de sangsues; l'empâtement périosseux paraît avoir envahi les muscles sur les faces interne et externe du membre, et la fièvre est très vive. M. Verneuil vit là un phlegmon sous-périostique; mais il attendit, pour ouvrir la collection purulente, qui lui semblait s'être formée profondément, que la fluctuation fût perceptible. Le 26 janvier, l'état général s'était altéré, le gonflement avait envahi presque tout le bras et l'avant-bras jusqu'au poignet. Bien que la fluctuation ne fût pas manifeste, M. Verneuil alla à la recherche du pus.

Il fit une incision parallèle à l'axe du membre en longeant la cloison intermusculaire externe, et, par cette voie, pénétra non sans peine jusque dans un foyer très restreint contenant à peine une cuillerée de pus, et situé entre la face profonde du triceps et la face postérieure de l'humérus. A ce niveau, l'os était rugueux et dépouillé de son périoste. L'ouverture de ce foyer n'amena pas grand soulagement; mais plus tard un foyer accessoire s'ouvrit spontanément dans le premier, et il en résulta un amendement notable dans l'état local et dans l'état général. Le pus paraissait mélangé de gouttelettes huileuses. Le 30 janvier, l'état général s'aggrava sans qu'aucun changement apparent fût survenu dans le membre. La malade eut du délire et fit une chute sur le coude, dans laquelle elle prétendit qu'elle s'était cassé le bras. Le lendemain, l'aggravation des symptômes était telle que la mort semblait prochaine. L'examen du membre ne laissait pas de doute sur l'existence d'une fracture répondant au foyer de l'abcès. Il fallut reconnaître une ostéomyélite avec abcès central de l'humérus, nécrose partielle de la diaphyse et fracture du séquestre. Ce diagnostic étant admis, M. Verneuil se décida à pratiquer la désarticulation de l'épaule. L'opération, faite le 31 janvier, modifia très heureusement l'état de la malade. Dès le 18 février, la plaie de l'amputation était réduite des trois quarts et la guérison paraissait assurée.

D'ailleurs l'examen du membre amputé a justifié entièrement l'opération. Les altérations des parties molles étaient limitées au voisinage des foyers purulents sous-périostiques, en sorte qu'on eût pu croire au premier abord que l'amputation aurait pu être faite au tiers supérieur du bras; mais l'inspection de l'humérus fit voir les lésions les plus graves jusque dans la tête de l'os. En ces points pourtant, le périoste et le cartilage diarthrodiale ne paraissaient pas altérés. Les nerfs et les vaisseaux n'offraient rien de particulier: on vit seulement que le nerf radial avait été intéressé dans l'incision faite au côté externe du bras. Au niveau du quart inférieur de l'humérus existait une fracture différant totalement des fractures ordinaires par l'aspect vermoulu des extrémités osseuses. Au point où l'os s'était brisé était une perforation qui faisait communiquer la cavité médullaire avec le foyer purulent extérieur. On voyait sous le périoste, au pourtour de la fracture et dans la cavité médullaire, des exsudations osseuses produites sans doute avant le passage de l'ostéite à la suppuration. Dans toute la longueur de l'humérus la moelle était ou détruite et remplacée par un pus verdâtre, ou parsemée de foyers purulents, pour la plupart circonscrits et enkystés.

M. *Broca*, tout en approuvant la désarticulation dans les cas d'ostéomyélite aiguë et étendue analogues à celui qu'a rencontré M. Verneuil, fait cependant des réserves pour quelques variétés d'ostéomyélite, car il en est qui guérissent sans nécrose et d'autres qui se présentent sous la forme d'abcès chroniques enkystés et qui peuvent être guéris par l'opération de M. Brodie, c'est-à-dire par la trépanation de la diaphyse.

— M. *Follin* a présenté un jeune garçon chez lequel le laryngoscope a fait découvrir plusieurs polypes assez volumineux siégeant à l'entrée du larynx.

Ces productions n'étant pas d'origine syphilitique, il n'y a rien à attendre d'un traitement médical. Il faut donc les enlever, mais par quelle voie? M. Follin, en raison de leur volume, n'espère pas réussir à les enlever par la bouche. Ceux qu'on a pu arracher par cette voie étaient très petits, et encore a-t-on eu à surmonter les plus grandes difficultés. Chez le frère de M. Victor Bruns, par exemple, le polype était très peu volumineux, et Bruns n'a pas mis cependant moins de dix séances pour l'enlever. Ne serait-ce pas ici le cas de pratiquer la laryngotomie thyro-hyoïdienne? M. Follin demande à ses collègues leur avis sur cette opération.

M. *Verneuil* la pratiquerait volontiers, tout en s'attendant néanmoins à rencontrer et à couper l'épiglotte.

M. *Huguier*, dans la crainte que le sang s'écoulant dans les bronches ne déterminât l'asphyxie, assurerait d'abord la respiration en faisant, comme l'a fait Ehrmann, la bronchotomie. M. *Follin* croit qu'on peut éviter une opération accessoire aussi grave, en procédant lentement à la laryngotomie sus-hyoïdienne et en liant les moindres vaisseaux de façon à avoir une plaie presque sèche.

D[r] P. Chatillon.

IV
REVUE DES JOURNAUX.

Mémoire sur l'empoisonnement par les allumettes chimiques au phosphore blanc, par le docteur Hecquet.

La fabrication du phosphore est dangereuse, qu'il s'agisse du phosphore blanc ou du phosphore rouge, car tous deux offrent des chances d'inflammation; tous deux aussi exposent à une déflagration quand ils sont mêlés au chlorate de potasse pour la fabrication des allumettes chimiques. Aussi le plus prudent serait-il d'éliminer complétement le phosphore de la pâte inflammable des allumettes, et de s'en tenir aux *allumettes sans phosphore*, qui sont préparées avec un mélange de sulfate d'antimoine, de bioxyde de plomb et de chlorate de potasse en petite quantité, s'il existe, comme on l'assure, un procédé qui soustrait ce mélange à toute chance d'explosion.

A ne considérer que le phosphore dans son application à l'industrie des allumettes, tout le monde sait aujourd'hui quels sont les avantages du phosphore amorphe sur le phosphore ordinaire; tout le monde sait que, si le premier n'est pas vénéneux, la préparation du second expose à la nécrose des os maxillaires, et que certaines personnes la regardent (sans preuves suffisantes, il est vrai) comme susceptible de produire l'avortement : le phosphore des allumettes peut d'ailleurs servir à l'accomplissement de desseins criminels. En n'employant donc que le phosphore amorphe, on écarte une grave cause d'accidents; il reste encore la chance de la déflagration quand le phosphore et le chlorate de potasse sont associés dans la pâte; mais cette chance elle-même disparaît en isolant les deux substances, soit, à l'exemple de l'industriel suédois qui eut le premier cette idée, en fixant le phosphore sur une plaque et n'attachant à l'allumette que le chlorate de potasse, soit, comme on le fait dans certaines fabriques, en plaçant le phosphore sur l'allumette et le chlorate sur la plaque.

A cette heure, les allumettes au phosphore blanc sont exclues

des établissements militaires (arrêté du 27 avril 1858); mais, au civil, le commerce n'en est pas encore interdit, bien que le vœu en ait été souvent exprimé par les savants. En attendant que ce vœu soit accompli, il serait bien à souhaiter au moins que les industriels cédassent au conseil de MM. Causse (d'Albi) et Chevallier, qui est de mêler à la pâte phosphorée une substance très amère, telle que l'aloès, et une substance émétique; la première, propre à avertir les victimes d'une tentative d'empoisonnement, la seconde, destinée à provoquer le rejet prompt de l'agent toxique.

Ces indications, trop longues sans doute, étaient cependant nécessaires pour faire comprendre l'intérêt de la communication de M. Hecquet à la *Société d'émulation* d'Abbeville. Ce médecin, voulant offrir à la Société des exemples des deux modes d'empoisonnement que nous rappelions tout à l'heure, savoir : l'empoisonnement par inhalation de vapeurs phosphorées, et celui qui résulte d'une ingestion de la pâte, a emprunté le premier exemple à un mémoire de Magnus Huss, et tiré le second de sa propre pratique. Ces deux faits, dans lesquels les désordres fonctionnels ont porté principalement sur le système nerveux (tremblements des membres, fourmillements, faiblesse musculaire, paralysie de la sensibilité, somnolence, coma, etc.), ne diffèrent pas sensiblement quant à l'expression symptomatique de ceux qui ont été déjà publiés. Mais l'auteur en a pris occasion de tracer un tableau abrégé des principaux phénomènes présentés par les divers appareils circulatoire, respiratoire, digestif, nerveux et sécrétoire, et c'est ce tableau qui constitue le principal mérite de son travail. (*Mémoires de la Société impériale d'émulation d'Abbeville* pour 1867-1869.)

De la possibilité de reprendre l'allaitement après une suspension complète plus ou moins prolongée, par le docteur Laforêt (de Lavit).

L'engorgement du sein de la nourrice qui cesse d'allaiter, et bientôt après la diminution de la sécrétion lactée, sont des faits trop bien acquis à la science pour qu'il soit possible aujourd'hui de les mettre en doute. Si le défaut d'allaitement dure un peu longtemps, il devient souvent impossible de ranimer les fonctions de la glande. Néanmoins, la pratique offre de temps à autre des cas où le sein a pu être repris après une suspension prolongée, alors même que celle-ci était nécessitée par une maladie grave de la mère. M. Laforêt en mentionne deux exemples que nous ferons connaître en peu de mots :

1° Une femme de trente ans, bien constituée, nourrissait son enfant depuis six mois, quand elle fut prise de pneumonie double parfaitement caractérisée (point de côté, crachats rouillés, râle crépitant, etc.). On pratiqua deux saignées de 500 grammes chaque; vingt sangsues furent appliquées en deux fois: la malade fut mise à l'usage de l'oxyde blanc d'antimoine, de la digitale, du sirop diacode, et on lui appliqua deux larges vésicatoires sur la partie postérieure du thorax. Dès le deuxième jour, les seins deviennent flasques, bien que l'allaitement n'ait pas été suspendu; le quatrième jour, la lactation est supprimée et l'enfant est alimenté avec le lait d'une chèvre et celui d'une voisine obligeante. A la fièvre continue succédèrent des paroxysmes réguliers, avec délire, qui cédèrent à l'administration de l'hydroferrocyanate de quinine. « Ce ne fut qu'au bout de deux mois, dit l'auteur, que, encouragée par nous et se sentant des forces suffisantes, la mère céda à notre conseil de présenter souvent le mamelon à son enfant et de l'y exciter. Deux ou trois essais réussirent, et, avec de la persévérance et une bonne nourriture, cette mère intéressante put continuer d'allaiter son nourrisson sans déranger personne et à la satisfaction de sa famille, jusqu'à la fin. »

2° Dans le second cas, il s'agit d'une fille de vingt-deux ans, qui nourrissait son propre enfant depuis dix mois; elle prit à titre de nourrisson l'enfant d'une femme atteinte de fièvre typhoïde. Dix jours après, frappée elle-même de la maladie, elle fut obligée de restituer son nourrisson. Au bout de quatorze jours, elle entrait en convalescence; son enfant, sevré trop tôt, avait dépéri; il fut un peu ranimé par des toniques et des stimulants intérieurs et par des frictions à la teinture de quinquina camphré. « Mais il ne se remit complétement que lorsque sa mère, se sentant des forces (combien de temps après le début de la fièvre typhoïde?), ... eût habitué cette pauvre créature à reprendre le sein ; elle réussit très bien. » (*Journal de médecine de Toulouse,* janvier 1863.)

Valeur de la ***Revalenta arabica***, par le docteur Allewaert.

Il peut être bon quelquefois d'éclairer le public, même le public médical, sur la composition et la vraie valeur de certains remèdes, auxquelles une publicité effrénée et des observations sans valeur font une trompeuse réputation; à ce titre, nous croyons devoir indiquer les recherches que vient de faire un confrère Belge, M. Allewaert, sur la farine dite *revalenta*, que les clients demandent parfois à leur médecin.

Avec le sulfate ferrique cette farine n'a donné qu'une coloration à peine sensible ; on n'a pas remarqué de points noirs dans la masse, comme cela a lieu pour les féveroles et les lentilles, qui renferment du tannin dans leurs couches corticales; on peut donc conclure à l'absence de ces deux ingrédients, ce qui est confirmé par les deux réactions suivantes : exposée aux vapeurs d'acide nitrique, puis aux vapeurs ammoniacales, la farine étendue sur une capsule de porcelaine ne s'est pas colorée en rouge; traitée par l'acide chlorhydrique étendu, elle n'a donné qu'un résidu incolore.

L'incinération n'a pas accusé une plus forte quantité de cendres que dans les farines ordinaires; ces cendres n'offraient pas une composition particulière; elles renfermaient, comme celles des légumineuses, du phosphate de soude tribasique précipitant le nitrate d'argent en jaune.

« On peut conclure de ces essais que la *Revalenta arabica* n'est autre chose que la farine d'une légumineuse, probablement d'une légumineuse exotique, très analogue aux pois et aux haricots. Elle ne renferme pas, comme ses inventeurs le prétendent, une forte quantité de matière nutritive, pas plus que les légumineuses ordinaires, et ses propriétés ne peuvent être que celles de ces dernières. On ne peut expliquer les effets plus ou moins merveilleux qu'elle a produits, qu'en tenant compte du régime qui est le complément obligé de son administration, surtout si l'on remarque qu'elle réussit chez des malades fatigués par de longs traitements antérieurs, cas dans lesquels la médecine homœopathique ou la suppression complète de médicaments et un régime sévère produisent seuls de bons effets ». (*Arch. médic. de médecine belge,* janvier 1863.)

Observation de chromhidrose, par le docteur Cabasse.

En attendant que M. Leroy de Méricourt ait publié sur ce sujet le travail étendu que le bruit public nous a promis, et qui, au dire de plusieurs confrères très estimables et très instruits de Brest, consolidera ses premières affirmations, nous devons nous borner à enregistrer les faits. En voici un qui offre un grand intérêt par les précautions prises dans le but d'éviter toute supercherie.

Obs. — Mademoiselle Joséphine Jacquiet, âgée de dix-sept ans, yeux bleus et cheveux blonds, constitution vigoureuse, embonpoint considérable, taille au-dessus de la moyenne, réglée à treize ans, flux menstruel irrégulier et d'une durée habituelle de quatre à cinq jours, vie active, occupations de ménage et quelquefois des champs : atteinte de pleurésie à l'âge de dix ans. Cette jeune fille, depuis cette époque, a toujours joui d'une santé parfaite.

La maladie fut précédée de toux, de malaises, d'étouffements, de courbatures, de perte d'appétit, de céphalalgie et de quelques troubles intellectuels (accidents qui disparurent avec l'apparition des menstrues), et débuta le 20 septembre 1861 pendant les règles, qui venaient de reparaître après trois mois de suppression.

Mademoiselle Joséphine Jacquiet étant aux vignes, une jeune fille lui fit observer qu'elle avait les yeux cernés, et en revenant chez elle plusieurs personnes qu'elle rencontra sur son chemin lui demandèrent pourquoi ses paupières étaient colorées en bleu. — Comme elle avait travaillé à de la toile neuve de même couleur, elle n'attacha aucune importance à ce fait; mais elle fut très étonnée de voir, les jours suivants, que cette coloration existait encore, avait envahi la paupière supérieure, s'était étendue depuis l'angle interne de l'œil jusqu'à l'origine des joues, et avait pris une teinte plus foncée.

Un mois plus tard le flux périodique fut de nouveau précédé de malaises, courbatures, etc., qui décidèrent la malade à faire appeler son médecin ordinaire. Il confondit, à ce qu'il paraît, l'affection avec une cyanose, et crut avoir affaire à une maladie organique du cœur. (Prescriptions purgatives avec l'huile de ricin; traitement ferrugineux; pilules de Valet; un peu plus tard, saignée de 500 grammes, caillot peu volumineux, peu consistant, sérum très abondant.)

L'affection, sous l'influence de ce traitement, loin de diminuer, parut s'aggraver. Les parents effrayés appelèrent le docteur Moignien, qui les rassura, fit suspendre tout traitement, espérant que la maladie disparaîtrait d'elle-même.

Au mois de janvier, céphalalgie intense, qui diminua, ainsi que la chromidrose, sous l'influence d'une application de douze ventouses sèches sur les épaules. Un peu plus tard, douze ventouses scarifiées appliquées pour le même motif déterminèrent une émotion, augmentée presque immédiatement par les cris : au feu! Dès le lendemain, à l'exception du front, du nez et de la lèvre supérieure, une injection violacée avait envahi toute la face, et persista pendant plusieurs semaines.

Vers le mois de mars, la figure, le front surtout, se couvrirent d'une teinte jaune, sale, analogue à celle du masque des femmes enceintes, qui, s'épaississant de plus en plus, finit par prendre l'aspect d'une couche de substance séreuse sans que la coloration des paupières ait été sensiblement modifiée.

La médecine ayant été jusqu'alors impuissante sur cette singulière affection, la jeune malade, d'après le conseil de ses amies et des religieuses, fit une neuvaine à saint Joseph. Le dernier jour de la neuvaine, pendant la messe, elle éprouva une très vive émotion et versa d'abondantes larmes, on cria : Au miracle! Le mouchoir était teint en bleu. Alors, pour la première fois, elle s'aperçut que le lavage faisait disparaître la coloration bleue, qui, du reste, se reproduisait au bout de quelques heures. — Mais nous croyons devoir ajouter que ce ne fut qu'après des lotions et des frictions faites avec plus de soin que se manifesta cette décoloration.

Après avoir consulté inutilement un grand nombre de médecins, la malade partit pour Paris, où se trouvait alors le docteur Maignien, qui la présenta à plusieurs professeurs de la Faculté. Cette affection bizarre préoccupait assez vivement le monde médical. M. Leroy de Méricourt, qui le premier en France appela sur la maladie l'attention des médecins, après plusieurs communications antérieures, venait de présenter à cette société savante une malade atteinte de chromhidrose. Les expériences faites sur le sujet de ce confrère firent soupçonner une supercherie; le plus grand nombre nia l'existence de la maladie, les autres restèrent dans le doute. M. Hardy émit l'opinion que si l'affection ne reparaissait pas chez la malade pendant son séjour à Paris, il ne fallait en accuser que le climat.

Ce fut dans ces conditions de doute et d'incertitude sur la nature de cette maladie que la jeune fille fut présentée à la clinique de Saint-Louis, où elle fut soumise à quelques expériences. La chromhidrose était alors très intense, et la face était en outre recouverte des marques de l'enduit ocreux, dont il a été parlé plus haut. L'emploi des réactifs sur les matières colorées enlevées par le lavage, et recueillies sur du coton, donna un précipité d'une importance telle, que M. Lutz, pharmacien en chef de l'hôpital, déclara que la quantité de fer déposée sur la face de la malade était plus considérable que celle contenue dans la masse tout entière du sang.

La jeune fille voulut bien se soumettre alors, mais avec quelques difficultés, il faut le dire, à une réclusion de vingt-quatre heures et à une surveillance incessante. La coloration bleue des paupières, qui avait été enlevée avec soin, ne reparut pas. En présence de ces faits, M. le docteur Hardy perdit toute confiance, et celle du docteur Maignien lui-même, bien qu'il connût tous les précédents de cette affection chez la jeune malade, fut fortement ébranlée, mais non détruite. Il avait remarqué la symétrie que présentaient les deux cercles colorés, symétrie trop parfaite pour que la supercherie ne l'eût pas négligée; ainsi il avait remarqué souvent que les arcades sourcilières présentaient, sur certains points, une coloration moins prononcée.

Désirant connaître le dernier mot et s'assurer de l'existence si controversée de cette maladie, notre confrère me pria de voir la malade, et de faire, de concert avec lui, les expériences nécessaires pour constater la simulation, si toutefois elle existait.

Voici ce que j'observai : les paupières sont recouvertes d'une couleur bleue tout à fait semblable à celle que l'on obtiendrait avec une solution concentrée d'indigo, ou en estompent le pourtour de l'œil avec du coton trempé dans de la poudre fine de bleu de Prusse. Ce pigment accidentel paraît être le résultat d'une exsudation produite par les glandes sébacées ou sudorifères, et se concrétant au contact de l'air. La peau est sèche et rugueuse, et donne au toucher une sensation analogue à celle qu'on éprouverait si elle eût été recouverte de craie finement porphyrisée. Les parties malades sont le siége d'un prurit incommode et désagréable, qui oblige la malade à se gratter.

Les 18 et 21 mai, à 9 heures du soir, quelques jours après l'apparition du flux menstruel, époque à laquelle la coloration est toujours plus prononcée, après avoir enlevé complétement par le lavage l'enduit sécrété, nous couvrîmes le visage de la malade d'un voile de gaze parfaitement scellé. Chaque fois, à la levée de l'appareil, que nous avons toujours trouvé intact le lendemain matin, la teinte bleue avait reparu aussi intense que la veille.

Le 17 juin, nous faisons une dernière expérience, et nous substituons au voile un sac de gaze blanche qui enveloppait complétement la tête, et dont les extrémités, ramenées à la nuque, furent liées et scellées comme précédemment. Celle-ci ne put nous laisser aucun doute. L'intégrité que présentait l'appareil le lendemain nous donna la certitude que l'affection était réelle.

Dans le mois de juillet, nous nous proposions d'essayer à l'intérieur le perchlorure de fer ; une potion renfermant 0,50 de ce sel fut prescrite.

Le lendemain, le front et la figure se couvrirent de la teinte ocreuse déjà signalée, et qui s'était manifestée quelques jours auparavant. La jeune fille ne voulut pas continuer l'emploi du médicament.

Plusieurs jours après l'apparition de ce phénomène, il se produisit audessous du grand angle des yeux une érosion de la dimension d'une pièce de 20 centimes, et d'où partaient en éventail de petites plaies longitudinales, suivant les sillons formés par les plis des paupières inférieures. Ces érosions sont douloureuses, s'injectent le soir, et laissent échapper quelques gouttes de sang. Des onctions faites avec du cérat sans eau les font rapidement disparaître. Le 5 août, la coloration bleue diminue d'intensité; les 3/4 des arcades sourcilières sont décolorées d'une manière symétrique, et les autres parties offrent une teinte plus faible. (*Gazette médicale de l'Algérie*, 25 janv. 1862.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anesthésie chirurgicale, par MAURICE PERRIN et LUDGER LALLEMAND; in-8 de 668 p. Paris, 1863. Chamerot.

En 1860, MM. Lallemand, Perrin et Duroy publiaient, dans un excellent livre, le résultat de leurs recherches expérimentales sur le rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme. Ce premier travail devait amener les auteurs à en publier un second, plus chirurgical cette fois, sur l'application des anesthésiques aux opérations, et cette publication appartenait plus spécialement à MM. Lallemand et Perrin, tous deux agrégés du Val-de-Grâce, tous deux représentant avec la plus grande distinction la chirurgie militaire. Malheureusement, le livre préparé en commun ne devait être publié que par M. Perrin. Appelé au poste de médecin en chef du corps expéditionnaire français au Mexique, M. Ludger Lallemand fut une des premières victimes du fléau qui dévore tant de nos soldats, sur ces tristes rivages que ravage la fièvre jaune, et par un pieux sentiment, M. Perrin a voulu que le traité d'anesthésie fût comme un hommage rendu à la mémoire d'un ami.

L'anesthésie chirurgicale ne comprend pas seulement l'histoire de l'éthérisation et de la chloroformisation, aussi les auteurs nous ont-ils décrit les procédés si divers du mesmérisme, du somnambulisme, de l'hypnotisme, de l'inhalation des gaz carbonique, protoxyde d'azote, etc., l'anesthésie locale et les moyens de l'obtenir. Le livre de MM. Perrin et Lallemand est divisé en deux grandes sections : la première renferme l'histoire de la découverte des divers agents destinés à supprimer la douleur, l'étude des phénomènes qui suivent leur application, les accidents qu'ils peuvent déterminer, les causes de ces acci-

dents, leur fréquence, leur gravité, etc.; la seconde partie, sous le titre de *Pratique de la méthode anesthésique*, renferme cinq chapitres qui devront nous arrêter un instant, car ils embrassent les sujets qui ont pour les chirurgiens un très haut intérêt.

La peur de la douleur est si naturelle à l'homme, que l'idée de la supprimer ou du moins de la diminuer pendant les opérations chirurgicales, devait se présenter à l'esprit comme un problème à résoudre dès l'origine de l'art; c'est en effet ce que nous montre M. Perrin dans un historique très complet qu'on lira avec un vif intérêt. Les plus anciens auteurs, Aristote, Galien, avaient déjà constaté que la compression des carotides amenait une insensibilité plus ou moins complète, et si les recherches modernes ont montré les causes, l'antiquité connaissait déjà les effets de l'anémie cérébrale. Les Assyriens employaient une ligature médiate agissant sur la totalité du cou. Puis vinrent la pierre de Memphis, la mandragore et les breuvages somnifères, si employés pendant le moyen âge pour échapper en partie aux affreuses douleurs de la torture, que le grand inquisiteur d'Aragon, Nicolas Eymeric, en est réduit à accuser, de connivence avec le diable, de sorcellerie et de sortilége ses impassibles victimes.

La compression, la réfrigération des parties sur lesquelles devaient porter le couteau, l'ivresse alcoolique prirent place dans la pratique moderne jusqu'au moment où parurent le somnambulisme et son dérivé l'hypnotisme. Nous ne rappellerons pas toutes les discussions que souleva récemment encore l'emploi de ces derniers moyens, et nous ne pouvons que renvoyer au livre de MM. Perrin et Lallemand.

C'est de Boston que nous vint la découverte ou l'application à la chirurgie des propriétés stupéfiantes de l'éther. Un chimiste, Jackson, mit le premier hors de doute ce fait capital, qu'une insensibilité générale est un des effets habituels de l'éther sur l'organisme; mais ce fut un dentiste, Morton, qui appliqua le premier le procédé à une opération légère, et le répéta sous les yeux de MM. Warren et Hayward, à l'hôpital du Massachusetts, à Boston, dans les opérations les plus sérieuses de la chirurgie. En Amérique, ce sol sacré de l'industrialisme moderne, le dentiste, garanti par des brevets, put dépouiller le savant des bénéfices légitimes de sa découverte. Telle fut l'origine de l'anesthésie chirurgicale moderne; ajoutons toutefois un détail, que paraissent avoir ignoré MM. Lallemand et Perrin, c'est que, par une lettre adressée récemment au BOSTON MEDICAL JOURNAL, Jackson se dépouilla lui-même de sa découverte, en établissant par des *affidavits* fournis par les malades, que le docteur W. C. Long (d'Athènes) avait employé les exhalations stupéfiantes d'éther pour des opérations, le 30 mars 1842, le 3 juillet 1842 et le 9 septembre 1843.

Le peu de développement que nous sommes forcé de donner à cette bibliographie, que nous voudrions pouvoir faire beaucoup plus étendue, car le sujet et la manière remarquable dont il est traité demanderaient de plus longs détails, nous oblige à passer sous silence tout ce qui concerne les phénomènes de l'anesthésie, le mode d'action des divers agents, pour arriver au chapitre qui intéresse et préoccupe le plus les chirurgiens, celui des accidents amenés par le chloroforme et l'éther.

Ces accidents sont malheureusement trop nombreux, les cas de mort n'ont été que trop fréquents, mais on en a exagéré encore la fréquence.

On a attribué à l'éther et au chloroforme des cas de mort survenue quelques heures, plusieurs jours et même plusieurs semaines après leur administration. C'est là une exagération dont les auteurs font bonne justice en appuyant leur jugement sur la meilleure base, c'est-à-dire sur les observations publiées; déduction faite de ces cas, il ne reste pas moins de 77 faits dans lesquels la mort est survenue subitement pendant l'administration du chloroforme. Ces faits sont rapportés en détail, et ils sont de plus rassemblés dans un tableau d'ensemble qui permet de les rapprocher avec plus de facilité.

Nous sommes trop partisan nous-même de cette manière facile et claire de résumer les observations, pour ne pas féliciter hautement M. Perrin du tableau que renferme son ouvrage; cependant il nous permettra un léger reproche, c'est de ne pas avoir mis à côté du nom des malades les noms des chirurgiens et la date des opérations. Cette adjonction nous paraît indispensable; en effet, nous avions rassemblé depuis quelques années une cinquantaine de cas de mort pendant la chloroformisation; un certain nombre de ces faits ne figurent pas dans ses statistiques, et il nous a fallu un assez long temps pour en collationner quelques-uns avec ceux que renferme son tableau; or ce collationnement eût été bien autrement facile si nous avions eu pour nous guider la date de la mort du malade ou le nom du chirurgien.

Comme le fait observer M. Perrin, en présence du nombre absolument inconnu des chloroformisations, une statistique exacte des accidents serait tout à fait inutile; il nous suffit de savoir que la mort a pu se montrer assez souvent pendant l'administration des anesthésiques, pour nous engager à la plus grande prudence et nous forcer à étudier les causes des accidents et les moyens de les éviter.

Les conditions dans lesquelles se sont montrés ces accidents ne sont pas toujours identiques.

« Dans quelques cas comparativement rares, puisqu'ils ne se sont présentés que quatre ou cinq fois, l'issue funeste n'est pressentie par aucun prodrome. La chloroformisation est des plus régulières, toutes les fonctions s'exécutent bien; puis, à un moment donné, le pouls, déjà très faible, disparaît subitement, la respiration s'arrête un instant après, la face pâlit, et le patient s'affaisse comme une masse inerte entre les bras de l'opérateur.

D'autres fois le malade est pris de suffocation aussitôt que l'agent anesthésique est placé devant les narines. Dans un état d'anxiété extrême, il cherche instinctivement à écarter l'appareil jusqu'à ce qu'il tombe foudroyé par les premières inhalations; mais ce n'est pas ainsi que la scène se déroule habituellement. La chloroformisation dangereuse commence par être très laborieuse; le malade résiste, la période d'excitation est interminable, la face devient vultueuse, le cou se gonfle, le tronc se soulève en masse; et, par une transition soudaine, le pouls disparaît, le muscle contracté se relâche, la face devient livide, terne; la mort est consommée.

D'autres fois la chloroformisation est manifestement incomplète et sans cause appréciable; ou lorsque le chirurgien procède à l'opération, l'accident se traduit par un arrêt brusque des mouvements du cœur, quelques phénomènes vitaux, quelques mouvements respiratoires irréguliers persistent, puis tout s'arrête et ce n'est plus qu'un cadavre que l'opérateur voit couché devant lui. »

La mort est-elle le résultat d'une action toxique? Cela se voit chez les animaux qu'on tue avec le chloroforme; mais sur l'homme, M. Perrin repousse avec raison cette cause, car les anesthésiques ne sont jamais donnés avec une persistance et une incurie assez grandes pour amener un tel résultat. Il repousse également cette fin de non-recevoir qu'on appelle l'idiosyncrasie chloroformique. En effet, sur cinquante observations de morts subites relatées par M. Snow, treize sont relatives à des sujets déjà soumis impunément au chloroforme une ou plusieurs fois.

La mort est-elle le résultat d'une action locale du chloroforme sur le parenchyme pulmonaire? Cette opinion, défendue par le docteur Faure, est repoussée par les auteurs des traités qui n'ont trouvé aucune autopsie qui lui fût favorable. La mort peut-elle être attribuée à la présence accidentelle des fluides aériformes dans le système circulatoire? Pas un seul fait n'autorise à accepter cette théorie. Il ne reste donc que deux explications, l'asphyxie et la syncope. « Au point de vue de la marche et de la succession des accidents, rien, disent les auteurs, ne rappelle l'asphyxie, l'arrêt brusque des mouvements du cœur a toujours été le symptôme initial, en outre, l'issue fatale, accompagnée ou non de congestion, a été imprévue,

soudaine, instantanée. Les résultats fournis par l'autopsie conduisent à des conclusions analogues. »

En procédant ainsi par exclusion, on se trouve donc amené à admettre que la mort dans la chloroformisation est causée par une syncope. Mais comment expliquer cette syncope? Il nous faut ici revenir en arrière et nous demander quel est le mode d'action des agents anesthésiques. MM. Lallemand et Perrin paraissent se ranger à l'opinion de MM. Flourens et Longet, et admettre une action spéciale et élective sur le système nerveux et sur diverses parties de l'encéphale, de sorte que les effets varieront à mesure que l'éthérisation atteindra le bulbe, la protubérance, le cerveau et le cervelet.

Les recherches et les expériences de ces physiologistes ne nous ont pas convaincu, et nous pensons avec MM. Édouard Robin et Ozanam, que l'insensibilité doit être attribuée à une espèce d'asphyxie. En effet, toute la série des corps carbonés, volatils ou gazeux, est douée de pouvoir anesthésique, ou en renversant la proposition, tous les agents anesthésiques sont des corps fortement carbonés; ainsi en est-il pour l'amylène ($C^{10}H^{10}$), l'éther (C^4H^5O), le chloroforme (C^2HCl^3). C'est encore comme gaz irrespirable que paraît agir le protoxyde d'azote (AzO); l'asphyxie, quelle qu'en soit la cause, submersion, pendaison, obstruction du larynx par des fausses membranes, paraît s'accompagner d'abord d'un degré variable d'anesthésie, analogue à celle de la chloroformisation.

Il y a en effet dans l'anesthésie provoquée un phénomène sur lequel nous voulons appeler l'attention. Le malade, au réveil, ne se souvient de rien de ce qui lui a été fait, prétend n'avoir éprouvé aucune douleur, et cependant, — quelquefois pendant la première partie de l'opération, lorsque la chloroformisation n'avait pas encore amené un sommeil complet, — l'opéré a eu conscience de ce qu'on lui faisait, a parlé de la douleur qu'on lui causait au chirurgien qui l'opérait. D'autres fois le malade paraît tout à fait anesthésié, chante ou rit pendant l'opération; mais quand le bistouri atteint la peau, des filets nerveux, les chants s'interrompent un court instant pour faire place à des cris, à des plaintes nettement formulées, puis le calme revient, et au réveil tout est oublié. Nous disons oublié, car, par les nombreux exemples que nous avons observés, nous sommes fermement convaincu que le malade a senti, a souffert, et que l'ébranlement a été le même sur l'organisme, seulement, comme l'individu complétement ivre, il ne se souvient plus au réveil de ce qu'il a senti et souffert pendant son ivresse.

C'est dans cette combinaison de l'asphyxie et de la syncope que nous plaçons la cause de la mort pendant la chloroformisation.

Si la douleur est oubliée au réveil, elle n'est pas moins sentie par l'organisme qu'elle ébranle; comme à l'état de veille elle peut amener une syncope, mais cette syncope qui, dans les circonstances ordinaires, eût été peu grave, devient mortelle pour un individu chez lequel une asphyxie incomplète a rendu à peu près impossible toute réaction vitale énergique.

Rien ne peut jusqu'à présent, en dehors des lésions organiques du cœur ou des poumons, faire prévoir chez quels malades la chloroformisation présentera des dangers; aussi doit-on s'en abstenir toutes les fois qu'elle n'est pas absolument indiquée, ou lorsqu'elle peut être remplacée par l'anesthésie locale. Cette question des indications et des contre-indications de l'emploi des anesthésiques forme un des chapitres les plus intéressants du livre de MM. Lallemand et Perrin. Nous voudrions pouvoir parler du choix des agents stupéfiants, éther ou chloroforme, des moyens de remédier aux accidents, de l'influence de l'anesthésie sur le résultat des opérations, mais nous sommes obligé de nous restreindre, et nous ne pouvons que féliciter hautement M. Perrin de l'œuvre qu'il vient de mener à si bonne fin. 600 pages sur l'emploi des anesthésiques peuvent sembler, au premier abord, pouvoir prêter à l'application de la maxime : « l'excès en tout est un défaut; » mais nous sommes convaincu que notre avis sera partagé par tous les lecteurs du livre, c'est qu'il ne renferme rien de trop; l'intérêt qu'éveillent les premières pages consacrées à l'historique, se soutient jusqu'à la fin de l'ouvrage, dans lequel on trouve en même temps des considérations physiologiques du plus grand intérêt, des indications pratiques des plus importantes pour les chirurgiens, auxquels le traité d'anesthésie de MM. Perrin et Lallemand est plus spécialement destiné.

LÉON LE FORT.

VI

VARIÉTÉS.

Les annonces dans les journaux de médecine.

A M. LE DOCTEUR A. DECHAMBRE, RÉDACTEUR EN CHEF DE LA *Gazette hebdomadaire*.

Monsieur le rédacteur,

Je regrette beaucoup que votre deuxième article, inséré dans le n° 9, 27 février dernier de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, m'oblige à user envers vous d'un procédé qui me répugne plus que je saurais dire. Mais vos lecteurs me rendront cette justice, et je la réclame de leur bienveillance, c'est qu'il ne s'agit, entre nous, ni de science, ni de philosophie, ni de pratique, ni même, quoi que vous en disiez, d'intérêts professionnels, cas dans lesquels je comprendrais le droit de discussion dans son sens le plus large et le plus libéral, cas dans lesquels j'aurais exposé et défendu mes idées et mes opinions dans mon propre journal sans recourir au vôtre.

Mais vous avez placé la discussion sur le terrain de la personnalité; ce ne sont pas mes opinions, ce sont mes actes que vous incriminez, leur but, leur intention, leur moralité, et je ne dois les défendre que dans le journal qui les attaque.

A l'imputation d'accueillir, de tolérer les annonces dans le journal dont la rédaction m'est confiée, j'ai répondu par la lettre des trois membres du conseil de surveillance et du gérant de la Société l'UNION MÉDICALE; vous répondez à cette communication par des assertions complétement erronées, et vous me forcez ainsi de rétablir la vérité des faits.

Plus exactement renseigné, vous auriez appris que, si parmi les signataires de la lettre que je vous ai communiquée, il en est au moins un, comme vous le dites, qui ait combattu l'insertion des annonces, il n'a pas été le seul dans la Société l'UNION MÉDICALE. Il y en a eu deux ou trois autres et, parmi eux, moi; moi, monsieur, sur qui vous essayez de faire retomber la responsabilité de cette mesure. En effet, vous dites, citant incomplétement ma réponse à M. Diday : « Rien donc » de plus clair : le rédacteur en chef a donné le conseil d'in» sérer des annonces. »

Rien n'est moins clair, au contraire, que ce que vous dites. La clarté, la voici : l'insertion des annonces ayant été adoptée et pratiquée depuis longtemps dans l'UNION MÉDICALE, et ces annonces occupant le corps du journal, j'ai dit à M. Diday, et j'ai l'honneur de vous répéter que, par mes conseils et par mon influence, le corps du journal a été expurgé de toute annonce. A ce point que chaque volume broché ou relié n'en contient plus une seule. Voilà ce que j'ai conseillé, ne pouvant faire autre chose, et voilà qui est bien différent de votre affirmation.

Vous n'avez pas été mieux éclairé sur mes intentions, si vous avez pensé que vous étiez menacé par moi d'une « révélation terrible. » Je me défends, je n'attaque pas. Ce qu'il vous convient de faire ou de ne pas faire dans votre journal ne me regarde pas. Jamais, surtout, l'idée ne me serait venue de faire intervenir, dans l'intérêt de ma défense, M. Victor Masson, qui a été l'un de nos actionnaires, l'un des membres même de notre conseil de surveillance, et dont les avis éclairés, l'expérience et l'intelligence des affaires, ont rendu à notre

Société des services dont elle gardera toujours le bon souvenir.

Mais puisque vous êtes disposé à exonérer de tout reproche les propriétaires des journaux qui accueillent les annonces, vous m'autorisez plus logiquement à vous demander la même exonération pour les rédacteurs des journaux, surtout quand il vous est démontré qu'ils ne prennent aucune part à l'administration de l'entreprise.

En voulez-vous une autre preuve, en ce qui me concerne? Je la tire du passage suivant, extrait du procès-verbal de la dernière assemblée générale de nos actionnaires, tenue le 20 février dernier. Je n'en supprime que les noms propres :

« *Un membre* croit qu'il résulte du rapport du conseil de » surveillance qu'une nouvelle décision est demandée à l'as» semblée sur la question de l'insertion des annonces dans le » journal. Il n'y a, selon lui, aucune opportunité à consulter » de nouveau l'assemblée. L'administration n'a-t-elle pas reçu » deux fois de pleins pouvoirs à cet effet ? Ces pouvoirs sont-ils » expirés ? »

« *Un autre membre* répond que le préopinant paraît n'avoir » pas bien compris la signification du passage du rapport du » conseil de surveillance auquel il fait allusion. Il ne s'agit pas » d'un vote nouveau demandé à l'assemblée; il s'agit d'indi» quer plus nettement encore que par le passé la séparation » qui existe entre la rédaction et l'administration du journal, » et c'est précisément ce que le conseil de surveillance a voulu » faire, afin d'enlever tout prétexte à des attaques qui se sont » récemment produites contre le rédacteur en chef de l'Union » médicale à l'occasion des annonces.

« *Un autre membre :* Il est bien entendu que l'assemblée re» connaît et déclare que la rédaction est étrangère aux » annonces.

» Cette déclaration est unanimement acceptée. »

Je vous félicite, monsieur le rédacteur, d'avoir obtenu de l'honorable propriétaire de votre journal l'abandon irrévocable des annonces. Je n'ai pas eu le même bonheur; il est vrai qu'au lieu d'un seul propriétaire j'en ai soixante et onze, et vous reconnaîtrez que c'est une conquête plus difficile à faire que celle que vous avez faite.

D'ailleurs, sous la pression de vos articles, puis-je vous faire connaître mon sentiment sur les annonces ? Vous m'empêchez même de profiter de votre exemple que vous me citez en guise de leçon. Car les actionnaires de l'Union médicale ne pourraient pas répondre à mes incitations :

« Quoi ! notre plus vif adversaire trouve légitime que les propriétaires des journaux accueillent les annonces, et cette déclaration ne vous suffit pas ? Quoi ! dans toute la collection de nos annonces, il n'a pu récolter que deux ou trois membres de phrases plus ridicules que méchants ? N'est-ce pas reconnaître notre vigilance, notre sévérité, notre respect pour le public ? Il est des choses qui offrent peut-être plus de danger pour la société et pour le corps médical que les annonces, c'est d'ouvrir les colonnes d'un journal important à la doctrine, si brillamment exposée soit-elle, *du libre exercice de la médecine*. Vous avez refusé de laisser traiter ce sujet dans notre journal, et vous avez sagement fait. Voilà en quoi notre journal s'est montré véritablement soucieux des intérêts moraux, sociaux et professionnels du corps médical. »

En vérité, je ne saurais que répondre aux propriétaires de l'Union médicale, médecins, comme vous le dites, et j'ajoute médecins honorables, haut placés, jouissant de l'estime et de la considération publiques et portant aussi fièrement que quiconque le sentiment de la dignité professionnelle. Ce qu'ils ont cru devoir faire, je ne peux le défaire, je ne suis pour rien dans la question, pas plus, et moins peut-être que les honorables membres de l'Académie impériale de médecine, et voire même les professeurs, rédacteurs en chef de journaux qui accueillent des annonces, et sur lesquels vous n'avez pas fait tomber cependant les foudres de votre critique.

Ces explications données, je crois, monsieur le rédacteur, que vous reconnaîtrez que, dans votre indignation, vous avez dépassé les limites de la justice et de la vérité. Vous reconnaîtrez que vous avez mieux à faire, dans l'intérêt même de votre journal, que de poursuivre ma personne et mes actes de vos articles véhéments. *Nihil violentum durabile*, dit un de nos vieux aphorismes. Votre journal mérite mieux que la prose que vous me forcez d'infliger à vos lecteurs. Il est sérieux, il est savant, il est instructif, il est admirablement imprimé sur papier magnifique; ne cherchez pas ailleurs des conditions de succès: celles-là ne peuvent manquer de vous y conduire.

Je termine en relevant un mot bien dur : « vous ne voulez » pas me perdre », dites-vous. Votre pitié est trop cruelle, monsieur; je la repousse. Me perdre!... En quoi? De quelle façon? Est-ce comme rédacteur en chef de l'Union médicale? Vous n'y sauriez songer. Est-ce dans mes fonctions de secrétaire général de l'Association générale? Ne soyez pas si pressé. En octobre 1864 expireront les cinq années de travaux forcés auxquels m'a condamné la bienveillance de l'assemblée générale. Je suis plus désireux que vous ne sauriez croire d'abandonner ce lit de roses à qui voudra l'occuper. Est-ce dans ma fortune ? Ici l'intervention de votre Jupiter ne serait pas de trop, mais à la condition qu'il voulût bien pénétrer dans mon humble logis sous forme de pluie d'or.

Car, si vos critiques avaient une autre portée, ce dont je ne vous accuse pas, je vous dirais :

Après vingt-sept ans de journalisme, je le quitterais aujourd'hui plus pauvre que je n'y suis entré.

J'ajouterais : De toutes les insinuations dirigées contre moi, il n'en est qu'une qui eût été vraie, et mes ennemis n'ont pas eu la chance de la trouver. Permettez que je la leur indique :

Non, je ne mérite aucun éloge, aucun remercîment pour le concours que j'ai donné à la fondation de l'Association générale; je ne m'y suis pas employé, hélas ! sans prévision, sans intérêt, car si aujourd'hui je disparaissais de ce monde, demain ma veuve devrait implorer les bienfaits de l'Association.

Je vous dis cela sans honte, monsieur le rédacteur, sans amertume, même sans émotion, mais non sans une intime satisfaction de conscience qui me donne la force de réagir contre toutes les malveillances.

Ma pauvreté, c'est ma richesse morale, et personne ne me fera perdre cette richesse-là. Je la mets avec confiance sous la protection de tous vos honnêtes lecteurs.

J'espère qu'il me suffit de vous prier, et sans autre réquisition, de vouloir bien insérer intégralement cette lettre dans votre numéro du 6 mars prochain. Elle est loin d'excéder le double des deux articles que vous avez bien voulu me consacrer.

Veuillez agréer, etc. Latour (Amédée).

RÉPONSE.

Monsieur le rédacteur,

J'ai résisté à des instances qui m'ont été faites, sans votre participation sans doute, pour ne pas prolonger cette discussion. La fin de votre lettre, par les considérations très inattendues qu'elle renferme et dont je ne me permettrai pas d'apprécier l'à-propos, devrait peut-être m'interdire d'en discuter le commencement. Mais il m'a paru que ne pas soutenir jusqu'au bout une polémique de cette gravité, dans laquelle la dignité de la presse et — je le montrerai tout à l'heure, — l'honorabilité professionnelle se trouvent si fort engagées, c'était m'exposer à encourir le blâme que vous m'adressez tout d'abord, celui d'en vouloir aux personnes plus qu'aux principes; car c'est avec les personnes seulement et non avec les principes qu'il est permis de capituler. Ce reproche de *personnalités* est, du reste, dans les circonstances actuelles, un non-sens. N'approuvant pas que le *journal des intérêts moraux et professionnels*

du corps médical fasse commerce avec le charlatanisme, je n'ai pas pu m'en plaindre sans nommer l'Union; et ne trouvant pas d'un bon exemple que ce journal fût signé par le secrétaire général d'une association créée dans un but d'*influence moralisatrice*, je n'ai pu le dire sans vous nommer. Pourquoi vous plutôt que tel ou tel autre rédacteur en chef? Parce que je vous fais cet honneur mérité de croire que votre situation unique dans la famille médicale vous oblige à des délicatesses particulières, qui s'imposent moins rigoureusement à nos autres collègues. Des personnalités de ce genre, je ne m'en défends pas : je les avoue hautement.

Mon insistance a déjà porté ses fruits. D'abord vous avez daigné enfin vous expliquer, témoignant ainsi d'une appréciation plus juste du sentiment public, et vous êtes allé même jusqu'à fournir sur la question de fait de précieux éclaircissements. Mais le meilleur à mes yeux des résultats obtenus est cette déclaration d'aujourd'hui, que vous vous êtes prononcé contre les annonces dans l'assemblée de vos actionnaires. Je vous crois sans réserve, avec plaisir, avec bonheur. La phrase que j'avais empruntée à un de vos articles et que je n'ai pu citer *incomplétement*, puisque j'ai reproduit tout le passage qui s'y rapporte ; cette phrase : « C'est moi qui ai conseillé et fait adopter cette combinaison » était ambiguë, ou je l'avais mal comprise. Le ciel en soit loué !

Mais je pars de là, et je demande si la question a changé au fond. De quoi se préoccupe la conscience de l'Association médicale? D'un usage qui met depuis longtemps au service des charlatans le journal dont elle a fait le dépositaire de ses pensées de moralisation, sous la direction de celui qui en est le mandataire officiel. Tous les *distinguo* du monde ne corrigeront pas le vice de cet accouplement. Il lui importe peu que le conseil en soit venu de celui-ci ou de celui-là, et si je vous ai attribué l'initiative, c'était très accessoirement, et parce que j'avais cru, avec bien d'autres, en voir l'aveu dans une phrase de votre réponse à M. Diday. Or :

1° Vous avez appris, non à moi, mais au public, que l'Union médicale, avant le traité passé avec un fermier d'annonces, accueillait la réclame, c'est-à-dire l'annonce déguisée sous une forme scientifique, un acte d'industrie sous la figure d'un enseignement, le loup devenu berger. « C'est moi, disiez-vous, qui ai banni les *annonces* du *corps du journal*. » Et vous écrivez encore aujourd'hui que l'insertion des annonces avait été adoptée et pratiquée *depuis longtemps* dans l'Union médicale » et que « ces annonces occupaient le corps du journal. » Il ne s'agit donc plus ici de feuilles supplémentaires, d'*adhérences*, de brochure et de reliure, de tous ces expédients qui ont pour effet (si une plaisanterie n'est pas trop déplacée en ce moment) de suspendre littéralement la dignité de la presse à un *fil*. Tout alors, articles sincères, articles de contrebande, faisait partie du corps du journal ; tout paraissait sous la garantie et la responsabilité de votre signature. Et il y a plus, — pourquoi m'obligez-vous à le rappeler? — deux ans seulement se sont écoulés depuis la *combinaison* que vous avez fait adopter : c'était au commencement de 1861. A quelle époque invitiez-vous les sociétés médicales de France à s'agréger pour la défense commune de leurs intérêts moraux et matériels? En 1857. Quelle est la date des statuts de l'Association générale? Septembre 1858. Quand donc l'Union se constituait l'apôtre de ces hauts sentiments, elle était au régime reconfortant de la réclame, et elle y est restée, son rédacteur en chef étant déjà assis dans le fauteuil de secrétaire général de l'Association. Notez, je vous prie, que je n'invente rien, que je ne suppose rien, que je me borne à enregistrer un fait déclaré par vous-même. Et je viens de les parcourir ces réclames! Quelle tendresse pour le *Rob Boyveau-Laffecteur!* Quel feu pour les *bandages!* Quelles entrailles pour les *chaînes électriques!* Mais surtout quels noms on est surpris de rencontrer au bas de ces surprenants articles de *thérapeutique!* N'ayez peur, je ne les citerai pas.

2° L'Union, *expurgée* de réclames, tombe dans les annonces. Elle y tombe malgré vous, mais elle reste le journal de l'Association, et vous continuez à la diriger ; — malgré vous, et au lieu de protester dans votre feuille avec l'autorité et les droits d'un rédacteur en chef, contre cette intrusion du mensonge, comme je l'ai fait à trois reprises dans la Gazette hebdomadaire, *avant* et *pendant* la négociation des éditeurs avec un courtier, vous vous contentez d'un vote négatif sur une assemblée d'actionnaires ; — malgré vous, et vous plaidez en faveur des annonces les circonstances atténuantes ; vous les déclarez *sans danger ;* vous m'accusez de faire beaucoup de bruit pour *deux ou trois* annonces *plus ridicules que méchantes*, comme si tout le monde ne pouvait s'assurer qu'on en compte de pareilles dans l'Union par vingtaines ; vous allez même jusqu'à nier qu'il s'agisse ici d'intérêts professionnels. Que demande donc sempiternellement le corps médical? La suppression des *remèdes secrets* et de l'*exercice illégal*. Or un grand nombre de vos annonces ne contiennent ni formules ni même indication de médicaments : remèdes secrets. Ceux-ci ne sont annoncés, dans un journal médical d'abord, ensuite dans un journal politique, que pour être vendus à tout venant dans la pharmacie : exercice illégal. Demandez-le plutôt à l'inventeur de ce « spécifique unique » contre la coqueluche, de cette préparation qui a « la confiance des médecins », que « son *efficacité a fait regarder comme la plus sérieuse* », et que, pour ce motif sans doute, vous annoncez aujourd'hui même. En attendant, rappelez-vous de quel nom sévère ont été flétries les annonces de remèdes secrets, accompagnées de *promesses fallacieuses* et faisant naître des *espérances imaginaires*, tantôt par M[e] Paul Andral que vous avez pu entendre à la séance annuelle de l'Association, tantôt par M. Tardieu, dans un excellent article que vous retrouverez au tome X, page 193 de l'Union médicale.

Déclamer contre de telles manœuvres, en demander la répression, et fournir argent comptant, le moyen de les mettre en pratique, c'est une conduite absolument injustifiable.

Eh bien ! monsieur le rédacteur, voilà ce qui nous blesse, toute personnalité à part, nous membres de l'Association, et, pour ma part, je serai franc, voilà ce qui a amassé en moi, contre l'Union, un nuage noir dont elle a reçu parfois les gouttes, mais que vous avez fait crever en le touchant par vos affectations de dédain, vos hauteurs ou vos insinuations. Personne ne désire plus vivement que moi qu'il ne se réforme pas. Vous avez chassé les annonces du corps du journal ; tâchez d'en débarrasser également sa couverture, en commençant par y effacer le titre que vous y maintenez bien à tort, selon vous-même, puisque vous ne jugez pas cette partie de la feuille assez vouée aux *intérêts moraux* pour en accepter la responsabilité. Mais voyez le malheur ! Comme vous défendiez tout à l'heure les annonces en déclarant que vous n'en aviez pas voulu, maintenant vous élevez d'avance des objections contre leur suppression éventuelle. Vous prêtez même sur ce point à vos actionnaires un langage assez peu raisonnable et, permettez-moi de vous le dire, assez peu digne. Des actionnaires *médecins* se croiraient justifiés de spéculer sur les annonces, parce que j'ai trouvé cette spéculation « naturelle » (c'est mon expression) de la part d'éditeurs non médecins ! « Ce sont, dites-vous, des confrères honorables, haut placés, jouissant de l'estime et de la considération publique ; » je le crois sans peine ; je suppose de plus qu'ils sont sensés ; et c'est pour cela même que je vous trouve un peu prompt à vous décourager. Croyez-vous que si l'Union médicale était menacée de perdre votre direction, qui a fait son succès, et, avec votre direction, l'appui de l'Association générale, les *soixante et onze* n'y regarderaient pas à deux fois? Votre modestie va sans doute me répondre négativement ; mais essayez toujours !

Là se termine ma réplique. Mais comme vous me reprochez mon goût pour la *personnalité*, la violence de mon langage, toutes choses qui ont d'ordinaire leur source dans de mauvaises passions, je vous demande la permission de mettre sous vos yeux deux passages qui vous aideront à juger si des confrères incontestablement désintéressés traitent la question en litige

autrement ou moins vivement que moi. Le premier est extrait du Journal de médecine de Bordeaux ; Bordeaux, qui a été, vous le savez mieux que moi, le berceau de l'Association générale, qui lui a donné ses parrains, et où vous avez fait ce bon dîner que vous avez narré en termes si appétissants. Le second passage est emprunté à une des feuilles les plus dignes et les plus savantes des départements, la Gazette médicale de Strasbourg.

Nous ne pouvons nullement être touchés des arguments que le rédacteur en chef de l'Union médicale de Paris veut faire valoir. — Non, on ne peut séparer le *Gérant* du *Rédacteur;* non, on ne saurait dire qu'on n'est pas *taché* par des annonces, parce qu'elles sont sur une feuille à laquelle on n'a pas mis sa signature, et qui est en dehors ou par dessus ce qu'on écrit; non, aucun intérêt pour les médecins ne s'attache à ces publications! Certainement, ce n'est pas pour eux qu'elles sont faites. Et si quelques-uns y prennent garde, c'est pour être détournés des voies scientifiques, pour y désapprendre la matière médicale, pour ne plus tenir compte des indications individuelles, pour placer tous les malades, toutes les maladies sous un même niveau, en prescrivant toujours les pilules de monsieur tel, les poudres, les pastilles, les sirops de messieurs tels ou tels. Et pour le public, quel écueil! Les annonces de médicaments qui ne se trouveraient qu'aux journaux politiques seraient sans autorité : elles l'empruntent à la *couverture* médicale. Un remède *annoncé*, et, mieux que cela, *prôné* par un organe médical en prend toute sa valeur, et le mal que cela produit pour la société est incalculable...

M. A. Latour aurait dû se rappeler qu'au Congrès médical déjà on avait agité la question d'interdire, même aux journaux politiques, les insertions de médicaments, parce qu'ils font, en quelque sorte, par là de la médecine sans droit, et qu'un tort immense peut en résulter pour la société. (*Journal de médecine de Bordeaux.*) C. (Coste)

Charlatanisme. — Le corps médical se plaint à juste titre du charlatanisme éhonté des inventeurs de remèdes secrets. Il y a cependant de nos confrères qui prêtent à cette industrie la publicité de leurs journaux, en insérant des annonces charlatanesques. Si le corps médical, au lieu d'en appeler à l'autorité, mettait en pratique la devise : *aide-toi, le ciel t'aidera*, il diminuerait les bénéfices de ce commerce illicite. Qu'on s'abstienne de s'abonner aux journaux de médecine qui acceptent de pareilles annonces, nous y gagnerons en honorabilité ce que les charlatans pourront y perdre. C'est une mesure que nous recommandons vivement à l'appréciation de nos confrères. Eissen.

J'ai la conviction, monsieur le rédacteur, que ces articles expriment le sentiment général de la presse médicale des départements. Les médecins de la province, s'ils peuvent demander parfois des lumières au foyer scientifique de la capitale, n'ont aucun besoin d'y venir puiser des inspirations de morale professionnelle, et ils se fient trop aisément aux beaux discours qu'ils y entendent pour n'être pas particulièrement sensibles aux déceptions (1).

A. Dechambre.

MM. Victor Masson et fils ont adressé la lettre suivante à M. le docteur Bossu, rédacteur en chef de l'Abeille médicale :

Paris, le 24 février 1863.

Monsieur,

Vous dites dans l'Abeille médicale du 23 février : « Les » journaux où ne paraissent pas encore d'annonces sont ou » ont été en pourparlers avec un fermier bien connu. L'un a » signé un traité dont la mise à exécution n'est que retardée ; » un autre *a voulu se vendre trop cher*, et le troisième a compris » que sa périodicité attardée ne pouvait se prêter aux exigences » de l'affaire. »

La Gazette hebdomadaire étant nécessairement comprise dans ces trois journaux, et n'ayant ni un traité signé avec un fermier ni « une périodicité attardée », il est clair que c'est elle que vous désignez comme « ayant voulu se vendre trop cher. »

(1) Nous savons de bonne source que des journaux de médecine des départements ont reçu de courtiers d'annonces des propositions qu'ils ont rejetées. Il n'est que juste de nommer, parmi eux, la Gazette médicale de Lyon et le Journal de médecine de Bordeaux, qui ont rempli un rôle si honorable dans la discussion actuelle.

Vous voudrez bien insérer à cet égard, dans votre plus prochain numéro, la rectification suivante :

Nous n'avons aucune raison d'être plus scrupuleux, en matière de dignité médicale, que le corps médical lui-même, auquel nous n'avons pas l'honneur d'appartenir. Nous sommes très disposés à insérer des annonces dans les publications dont nous sommes propriétaires, et nous l'avons dit à qui a voulu l'entendre ; ce n'est donc pas par un scrupule de ce genre que nous ne mettons pas et ne mettrons pas d'annonces dans la Gazette hebdomadaire.

Notre motif n'est pas non plus dans l'insuffisance des offres que nous aurions reçues, car, lorsqu'il y a deux ans environ, l'industriel à qui sont affermés maintenant la plupart des journaux de médecine vint nous apporter ses propositions, il nous les fit extrêmement avantageuses, espérant décider par notre exemple l'acquiescement de journaux encore indécis; nous refusâmes purement et simplement, sans aucune discussion de prix. Depuis, sur les instances d'un courtier d'annonces alors spécialement attaché à notre maison, et qui nous poussait à tirer parti de la couverture qui accompagne notre journal, nous fîmes avec lui quelques calculs dont le résultat était fort séduisant au point de vue pécuniaire. Il s'agissait d'une entreprise à nos risques et périls; nous n'avions donc pas à nous vendre plus ou moins cher; à refuser ou à accepter les offres de tel ou tel fermier.

Ce qui nous fit abandonner notre projet presque aussitôt après l'avoir conçu, c'est la répugnance qu'ont de suite montrée notre rédacteur en chef et nos principaux collaborateurs dès que nous le leur avons communiqué. Ils n'ont pas eu de peine à nous faire reculer devant le tort moral que les annonces feraient à l'honorabilité de notre feuille, et nous avons fait sans hésitation cette concession à des scrupules parfaitement justifiés.

Telles sont, monsieur, les seules causes de notre abstention. Elles ne partent donc, en ce qui nous concerne, ni d'un principe que nous n'avons pas qualité pour discuter, ni d'une question de chiffres dans le produit des annonces, mais de l'intérêt bien entendu de notre feuille et de notre déférence pour la rédaction. Cela est si vrai que, le jour où nous créerons à côté de la Gazette un organe médical d'une portée scientifique moins élevée, il contiendra bien certainement des annonces.

Agréez, monsieur le rédacteur, nos salutations empressées.

Victor Masson et Fils.

Par arrêté du 28 janvier, M. le docteur Gordon est nommé bibliothécaire adjoint de la Faculté de Montpellier, en remplacement de M. Piron, démissionnaire.

Par arrêté du 28 février, M. Hannequin, ancien directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est nommé directeur honoraire de ladite Ecole.

— M. le docteur Diday continuera, le mercredi 4 mars, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n. 3 de l'Ecole pratique, son cours sur l'histoire naturelle de la syphilis.

Obstétrique. — M. le docteur Joulin commencera un cours public sur les accouchements laborieux et les opérations obstétricales, le jeudi 12 mars, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n. 3, à sept heures du soir. — Il sera continué *tous les jours, excepté le mercredi.*

— La Société de médecine, de chirurgie et pharmacie de Toulouse, dans sa séance ordinaire du 21 février, a déclaré une place vacante dans la section de médecine et de chirurgie. MM. les docteurs en médecine qui désirent concourir pour cette place doivent adresser leur demande, accompagnée de leurs titres et d'un travail manuscrit *ad hoc*, avant le 21 mars prochain.

— M. le docteur Constantin James a été nommé membre correspondant de l'Académie des sciences de Lisbonne.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. | PARIS, 13 MARS 1863. | N° 11.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Traitement chirurgical des polypes du larynx. — II. **Travaux originaux.** Thérapeutique : Traitement des congestions cérébrales, ainsi que des dyspepsies et gastralgies par la médication arsenicale. — III. **Revue clinique.** Sémiologie : Étude sur un cas de lésion multiple du cœur (insuffisance et rétrécissement des orifices aortique et mitral, communication interventriculaire, polype fibro-crétacé). — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — V. **Revue des journaux.** Coïncidence de la fièvre jaune à Vera-Cruz avec des fièvres intermittentes. — Note sur l'emploi de la liqueur de Villate dans le traitement de la carie et des fistules consécutives aux abcès froids. — VI. **Variétés.** Du secret médical dans les questions de mariage.

I

Paris, 12 mars 1863.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES POLYPES DU LARYNX.

Parmi les questions nouvelles dont nous avons résolu d'entretenir nos lecteurs, il n'en est guère de plus importantes que celle du traitement chirurgical des tumeurs développées dans les divers points de la cavité du larynx. Il n'en est aucune surtout qui démontre d'une manière plus éclatante les progrès de l'art moderne, au double point de vue du diagnostic et de la thérapeutique efficace.

Sous le rapport nosologique, l'histoire des tumeurs du larynx se divise nettement en trois périodes; la première commence à Lieutaud et finit à M. Ehrmann, 1767-1844; la seconde, se termine vers 1858, époque où la laryngoscopie pratique s'introduit dans la science; la troisième dure encore.

Dans la première période, qu'on pourrait dire d'anatomie pathologique, les tumeurs intra-laryngées sont regardées comme des curiosités rares, on les découvre à l'autopsie, le plus souvent, par hasard, ou parce que le malade, de son vivant, a présenté des symptômes d'asphyxie ou de suffocation; du reste, point de symptomatologie décrite, point de diagnostic exact.

En conséquence, traitement nul ou empirique par les médicaments qui restent naturellement sans effet contre une cause mécanique, ou par la trachéotomie opposée, *in extremis*, à une dyspnée extrême.

M. Ehrmann, et c'est là un beau titre de gloire pour ce chirurgien vénérable, inaugure la seconde période: celle du diagnostic et du traitement rationnel. Il collige avec patience les notions anatomiques fournies par ses devanciers, il compare les faits et en déduit la symptomatologie aussi exactement qu'on pouvait le faire en l'absence de constatation directe, et avec l'aide des seuls signes rationnels, le diagnostic qui, jusqu'alors, n'avait pour ainsi dire jamais été posé, devient, sinon facile, au moins possible pour les phases avancées de la lésion. Dès lors, indication formelle d'attaquer directement le mal en s'ouvrant une voie jusqu'à lui par une opération préliminaire sanglante. A la vérité l'idée d'extirper ces tumeurs était déjà venue aux chirurgiens; Desault, Dupuytren, Dawousky, Herbert Mayo, Gluge avaient énoncé la possibilité et la nécessité d'aller à la recherche de ces productions morbides, mais cette suggestion si naturelle leur était venue après coup, un peu tard, c'est-à-dire à l'amphithéâtre et en présence du cadavre, la cause de la mort ayant été méconnue. D'ailleurs, ils n'avaient point décrit de procédés spéciaux, et n'avaient pas même théoriquement prévu les difficultés, ni tracé les règles de l'opération. De tout cela, il était resté si peu de chose qu'en 1850, M. Ehrmann pouvait encore écrire, avec raison, la phrase suivante : « Dans toutes les observations recueillies jusqu'à ce jour, à » l'exception d'une seule, l'issue de la maladie a été funeste, » et la mort est arrivée parfois avec une promptitude telle » que l'art s'est trouvé réduit à une complète impuissance... »

Toutefois, il y a lieu de faire trois honorables exceptions en faveur de Brauers et de Roux, que M. Ehrmann a cités (1), et de M. Green (de New-York), dont les travaux, à cette époque, n'étaient pas encore publiés.

Brauers (de Louvain) soignait, en 1833, un architecte âgé de quarante ans, affecté d'une gêne de la respiration *qui semblait devoir être attribuée à une tumeur ayant son siége dans le larynx*. Il se décida en conséquence à faire la laryngotomie thyroïdienne. Toute la cavité du larynx était remplie de tumeurs verruqueuses qu'on traita par les cautérisations répétées, mais sans grand succès, il y eut donc, dans ce cas, un diagnostic porté approximativement, et une opération directe justifiée.

Roux visita, sur l'invitation de M. Rayer, une malade affectée de tumeur implantée par sa base vers le bord supérieur du ventricule gauche, et qui se prolongeait en s'épanouissant au-dessus de l'ouverture supérieure du larynx.

(1) *Histoire des polypes du larynx*, p. 12, 1850.

Roux la reconnut *par le toucher en portant le doigt dans l'arrière-gorge*. Il y avait dyspnée suffocante, sifflement laryngé, etc. « Si, ajoute M. Rayer, l'existence d'une inflammation aiguë du poumon n'avait éloigné de l'opération de la trachéotomie, elle eût été pratiquée par M. Roux, et peut-être suivie de succès. » Notons ici un diagnostic exact rendu possible par le siége et le volume de la tumeur, et cependant une opération indirecte, uniquement palliative, la trachéotomie est seule mise en question.

M. Green (de New-York) (1) vit pour la première fois, en 1837, une fille de quatre ans, affectée de troubles respiratoires encore légers, et qu'on attribua d'abord à l'hypertrophie de l'amygdale droite: la résection de cette glande fut faite sans grand résultat. Pendant plusieurs années les mêmes symptômes persistèrent, mais sans aggravation; en 1844, la santé était même très satisfaisante. Au printemps de 1845, le tableau change, dyspnée, altération de la voix, anxiété. On resèque l'amygdale gauche qui était hypertrophiée ; soulagement temporaire. Dans l'été de 1846, les accidents reparaissent. M. Green, en déprimant la langue avec une spatule, provoque un violent accès de toux, et aperçoit aussitôt un corps arrondi du volume d'une cerise, blanc, d'aspect fibreux, qui surgit du larynx. Le pédicule paraissait s'insérer vers le ventricule gauche ou la corde vocale correspondante.

Opération : Enfant assise sur une chaise, tête renversée, langue déprimée, tumeur saisie avec une pince et attirée. Pédicule sectionné près de sa base avec un bistouri ; hémorrhagie très minime, amélioration immédiate de la voix, tous les accidents disparaissent promptement.

Ce fait nous montre une erreur de diagnostic prolongée pendant près de neuf ans, les accidents ayant été longtemps rapportés à l'hypertrophie des amygdales. Aussitôt la vraie cause reconnue, M. Green opère *par les voies naturelles*, et guérit sa malade.

Dans un autre cas (1846), le même chirurgien rapportant à une affection du larynx des troubles variés, porte dans la cavité même de l'organe une petite éponge fixée à une tige flexible et imbibée d'une solution de nitrate d'argent; en retirant cette éponge on ramène de petites excroissances à pédicule grêle, grosses comme des grains de millet ou de petits pois (*cauliflower excrescences*), d'autres sont expulsées par la toux. Pendant trois semaines, on continue à enlever jusqu'à trente de ces végétations, puis on cautérise pendant plusieurs mois. La plupart des accidents disparaissent, mais la voix reste sibilante.

Ici le diagnostic ne fut porté qu'à posteriori. En revanche la méthode d'extraction par les voies naturelles s'enrichit d'un nouveau procédé : le *ramonage du larynx*, qu'on me passe cette expression triviale. La cure radicale n'est rien moins que certaine.

Dans une troisième observation (1848), on opéra encore par la bouche, mais sans succès, il s'agissait à la vérité d'une tumeur maligne qui remplissait l'arrière-gorge et paraissait naître de la base de la langue. L'excision partielle qui provoqua une hémorrhagie abondante n'arrêta pas d'ailleurs les progrès du mal; la mort survint le trentième jour. La tumeur irrégulière, fongueuse, avait des insertions ou au moins des adhérences multiples au côté du larynx, à la grande corne de l'hyoïde, au cartilage cricoïde, à la trachée, au corps thyroïde, etc. Il eût été préférable de se borner ici à la trachéotomie palliative et au cathétérisme œsophagien.

Les beaux travaux de M. Ehrmann ne portèrent pas tous les fruits qu'on pouvait en attendre, car un bon nombre de malheureux succombèrent encore sans secours. A la vérité, quelques opérateurs hardis, tels que MM. Gurdon Buck (1851), Middeldorpf (1853 et 1857), Pratt (1859) et quelques autres peut-être osèrent marcher sur les traces du chirurgien de Strasbourg, mais il suffit de considérer les circonstances dans lesquelles ils se décidèrent à intervenir pour reconnaître que la médecine opératoire, tout en ayant conquis la place, n'apportait encore aux malades qu'une ressource ultime, dangereuse et incertaine.

Dans la plupart des cas auxquels je fais allusion, le mal datait déjà de plusieurs années, la tumeur avait acquis un grand volume et causé dans les parties voisines des désordres souvent irréparables. Pour ne parler que des fonctions délicates du larynx, la phonation était abolie et la respiration gravement menacée, aussi l'opération devenue urgente et indispensable au salut de la vie n'assurait guère que le rétablissement du passage de l'air. Instituée pour remplir cette indication dominante, elle ne s'occupait point de rétablir la fonction vocale, elle ne songeait point à la ménager et n'aurait point reculé au besoin devant son anéantissement définitif. Ajoutons que le diagnostic avait été singulièrement facilité par le degré même auquel les lésions étaient parvenues, c'est-à-dire par le volume des tumeurs et par la possibilité de les toucher ou de les voir au fond de la bouche largement ouverte.

Tel était, en réalité, l'état des choses au début de la troisième période, c'est-à-dire à l'avènement de la laryngoscopie. Ce précieux moyen d'exploration ne tarda pas à changer du tout au tout la nosologie et le traitement des tumeurs du larynx, et l'on peut affirmer que de là datera l'achèvement de cette grande question chirurgicale. Le regard pénétrant dans cette région profonde montra tout d'abord mieux que l'anatomie pathologique et la clinique ensemble, la fréquence non soupçonnée des polypes du larynx, il révéla leur début, leur marche, leur siége, leur nombre et jusqu'aux variétés anatomiques qu'ils présentent. En un mot, le laryngoscope permit de porter un diagnostic précis *à toutes les époques*.

Avec un tel progrès on devait s'attendre à voir surgir de nouvelles questions de médecine opératoire, et une révision radicale des indications curatives était imminente. Ainsi le mal étant désormais reconnaissable dès le début, ne pouvait-on pas agir en temps opportun sans attendre que les accidents locaux et généraux aient assombri le pronostic ? — Assuré qu'on était de prévenir l'asphyxie et la suffocation, ne pouvait-on pas, par une opération précoce, obtenir même la conservation de la voix ? — Aux graves désordres nécessités souvent par l'extirpation de tumeurs volumineuses ou nombreuses, ne pouvait-on pas substituer des manœuvres plus bénignes pratiquées par les voies naturelles ? — Si l'opération sanglante était jugée nécessaire, ne devenait-il pas possible d'appliquer, non plus au hasard, mais en connaissance de cause, le meilleur entre les nombreux procédés d'ouverture artificielle des voies aériennes ? — Enfin, dans les cas reconnus de nature à proscrire tout essai d'extirpation radicale, le chirurgien, disposant toujours au reste de la trachéotomie palliative, n'était-il pas délivré de la crainte justifiée par les faits d'entreprendre une opération impossible à achever ?

On peut l'affirmer sans exagération, toutes ces questions si

(1) *Polypi of the Larynx and Œdema of the Glottis*, New-York, 1852. Je n'ai pu consulter cet ouvrage. J'extrais les citations suivantes de la thèse de M. Reichelt, *Tumores laryngei*, Breslau, 1861.

neuves, si intéressantes, ont déjà reçu une solution sinon définitive, — les faits sont encore trop peu nombreux, — au moins très approximative; il ne reste plus qu'à discuter les points secondaires, et grâce à l'activité scientifique de notre époque, tout porte à croire que les bases fondamentales de la pratique seront bientôt posées.

Le progrès réside si évidemment dans le diagnostic que nous n'avons à annoncer, ni à prévoir de découverte marquante en médecine opératoire proprement dite. A la vérité, on a récemment imaginé des pinces plus ou moins longues, larges ou courbes, munies de mors ou d'anneaux diversement configurés, et l'on inventera bien d'autres instruments encore, mais quant aux méthodes générales, elles sont créées depuis longtemps, il ne reste plus qu'à les perfectionner et à les adapter avec discernement aux cas particuliers. En effet, le traitement chirurgical des tumeurs du larynx repose sur les mêmes principes que celui de toutes les productions morbides développées dans les canaux muqueux à une certaine distance des orifices naturels. Il sera donc *indirect ou palliatif* quand il ne s'adressera qu'aux symptômes prédominants sans attaquer la cause; *direct ou curatif* au contraire quand il aura pour but la destruction définitive du mal.

— Le traitement palliatif ne comprend guère qu'une seule opération, la trachéotomie, destinée à combattre la suffocation. Or, depuis bien longtemps on y a eu recours contre les polypes du larynx, tantôt parce qu'on n'avait pas porté le diagnostic exact, tantôt parce qu'on n'osait pas aborder directement le mal, tantôt enfin parce qu'avant de songer à une opération radicale, il fallait assurer la respiration (Ehrmann). C'est ainsi que l'ouverture de la trachée fut faite par Pelletan, Foville (1), Trousseau, Bertherand, Gluge, conseillée par Dawousky et Ehrmann, mais refusée par la famille, pratiquée enfin dans ces dernières années par Mason, Harpeck et Türck (cités par M. Reichelt).

— Jusqu'ici la trachéotomie n'a pas donné de brillants résultats, ce qui tient à ce qu'elle a presque toujours été pratiquée trop tard (2), et que d'un autre côté elle est incapable d'empêcher les progrès de la lésion principale, cependant elle doit être conservée à titre de palliatif, et constituera une ressource utile dans les cas suivants qu'il me paraît bon de préciser :

1° En l'absence de diagnostic précis et lorsqu'il y aura mort imminente. En effet, le diagnostic ne peut pas toujours être posé, soit parce que le malade est suffoquant, lorsque le médecin le voit pour la première fois, soit parce que l'examen laryngoscopique n'est pas toléré et pourrait avoir des dangers chez un sujet en état d'asphyxie ou attaqué d'un accès violent de dyspnée.

2° Lorsque les explorations antécédentes ont permis de reconnaître une tumeur maligne du larynx (cancer ou cancroïde) dont l'extirpation serait contre-indiquée.

3° Comme opération préliminaire et adjuvante précédant l'essai de cure radicale. C'est ainsi que M. Ehrmann, avant de procéder à la laryngotomie thyroïdienne chez une malade en proie à une dyspnée intense, pratiqua la crico-trachéotomie et plaça une canule. Les accidents aigus cédèrent rapidement; deux jours plus tard, l'opération fondamentale fut exécutée sans coup férir et avec le succès que l'on sait. Cette manière de faire ne saurait trop être recommandée ; aujourd'hui encore M. Ehrmann (communication inédite) lui attribue la réussite.

4° Cette combinaison de l'opération fondamentale et du moyen adjuvant peut se faire en sens inverse. Ainsi M. Gurdon Buck, chirurgien de l'hôpital de New-York, après avoir fait la laryngotomie crico-thyroïdienne, pour extirper une tumeur dont l'ablation ne put être achevée séance tenante, divisa et reséqua partiellement les deux premiers anneaux de la trachée pour placer une canule à demeure. Il recommande d'en agir ainsi toutes les fois que l'on sera forcé d'effectuer en plusieurs temps la destruction de la tumeur.

5° Le même chirurgien, dans la même observation, ne put triompher du mal local qui récidiva avec une opiniâtreté désespérante. Pour prolonger l'existence de sa courageuse patiente, il fit au-dessous du siége de la première opération une nouvelle ouverture à la trachée, tout proche la fourchette sternale, et retarda de quelques semaines l'issue funeste inévitable (1).

6° Quoique pratiquée dans le but seulement d'assurer la respiration, la trachéotomie pourrait servir encore à reconnaître *de visu* les polypes insérés très bas, comme M. Türck rapporte l'avoir fait dans un cas, p. 43.

7° De même cette opération pourra trouver son application, comme opération préliminaire, conduisant directement sur un polype de la trachée ou de la partie inférieure du larynx, dont l'insertion aura été reconnue par le laryngoscope. Nous avons vu un cas de ce genre. Si l'extirpation que l'on tente par les voies naturelles ne réussit pas, et si les accidents devenaient assez pressants pour nécessiter l'ouverture des voies aériennes, l'ouverture de la trachée serait le meilleur procédé à suivre, à moins qu'on ne préférât la laryngotomie crico-thyroïdienne.

J'arrive au traitement direct, c'est-à-dire aux opérations ayant pour but et pour effet l'extirpation des tumeurs laryngées. Il comprend deux méthodes rivales qui se trouvent toujours en présence toutes les fois qu'il s'agit de corps étrangers venus du dehors ou développés sur place et occupant les cavités qui communiquent avec l'extérieur. Dans la première on s'efforce d'atteindre et d'extraire le corps par les voies naturelles; dans la seconde, on pénètre jusqu'à lui par la voie la plus courte, ouverte à travers les parties molles saines en pratiquant une opération préliminaire sanglante. Ces deux grandes méthodes, dont nous aurons à discuter la valeur respective et les indications, ne datent pas d'aujourd'hui. Elles sont représentées, soit à titre de conseil, soit même à titre d'exécution, dès la première période historique que nous avons admise. Bichat, après avoir rapporté que Desault avait eu connaissance de trois cas de polypes du larynx dont le pédicule s'insérait dans l'un des ventricules, ajoute cette phrase très catégorique. « Alors la double indication de leur extirpation ou de leur ligature et du rétablissement du passage de l'air, nécessite l'opération de la bronchotomie (trachéotomie, laryngo-trachéotomie); il est rare en effet que, saillantes dans la bouche, ces excrois-

(1) Cité par Ferrus, *Archives générales de médecine*, 1re série, t. V, 1824, p. 562. Dans les remarques qui suivent cette observation, nous trouvons page 564 la phrase suivante, qui dénote une singulière timidité chirurgicale : « Si la laryngotomie eût été pratiquée de bonne heure, et qu'elle eût fait reconnaître l'existence de cette tumeur, aurait-il été possible, aurait-il été prudent de chercher à en faire l'extirpation ?

(2) Ce qui le prouve, c'est que deux fois la trachéotomie a été pratiquée avec succès durable sur des animaux affectés de tumeurs du larynx par des vétérinaires allemands, MM. Prioz (de Dresde) et Kœnig (de Cologne), cités par Ehrmann. L'opération avait été faite de bonne heure; les chirurgiens auraient dû mettre à profit cet avertissement.

(1) *On the Surgical Treatment of morbid Growths within the Larynx*, Philadelphia, 1853, brochure in-8 de 29 pages. Ce travail ne paraît pas connu en Europe.

sances puissent être saisies, extirpées ou liées par cette voie naturelle. »

Dupuytren regrette de n'avoir pas examiné la gorge d'un malade qui mourut subitement à l'Hôtel-Dieu dans un accès de suffocation. Car l'autopsie démontra l'existence d'un polype long de dix-huit lignes, inséré sur un des replis aryténo-épiglottiques, et qui faisait saillie dans le pharynx. S'il eût été diagnostiqué pendant la vie, il eût été facile à enlever.

Sans aucun doute Dupuytren aurait opéré par les voies naturelles.

Dans le cas de Rayer et de Roux ce ne fut pas le diagnostic qui fit défaut, mais bien la possibilité d'opérer.

Herbert-Mayo conseille de son côté, mais en des termes très vagues, l'extirpation. Il est possible que cette opération ait été pratiquée par Astley Cooper, à une époque qu'il n'est pas possible de préciser, non plus que le procédé mis en usage, quoique tout porte à croire qu'on eût agi par les voies naturelles. Il existe en effet au musée anatomique de Guy's Hospital sous le nº 1691, un larynx dont Astley Cooper a enlevé de l'épiglotte à deux reprises différentes une tumeur (excroissance cancéreuse). La malade était âgée de cinquante ans, elle mourut d'hémorrhagie après la seconde opération. (Communication de M. Ehrmann.)

Nous ne sortons de cette période incertaine qu'avec Brauers (de Louvain), 1833, et H. Green (de New-York), l'un inaugurant, comme nous l'avons dit plus haut, les opérations préliminaires, l'autre, l'opération par les voies naturelles. Depuis cette époque et grâce surtout à l'impulsion donnée à la chirurgie militante par la tentative heureuse et hardie de M. Ehrmann, les deux méthodes font leur chemin, et comptent quelques faits, très clair-semés à la vérité. A l'extirpation par la bouche, se rapportent d'abord les cas cités plus haut de Green, puis l'observation bien connue de Middeldorpf. On sait qu'il s'agissait d'un prêtre âgé de quarante deux ans qui, depuis l'année 1852, présentait des symptômes d'affection laryngée, toux, suffocation, aphonie, gêne de la respiration et de la déglutition, amaigrissement, etc. A deux reprises différentes il avait expulsé des fragments de la tumeur; celle-ci se voyait lorsque la bouche était largement ouverte, du volume d'une noix, lobulée à sa surface, elle dépassait de quelques lignes le bord supérieur de l'épiglotte et semblait naître de la région susglottique du larynx. Le 20 mai 1853 on en fit l'ablation avec l'anse galvanocaustique. L'opération fut facile, prompte, très peu douloureuse; l'épiglotte ne fut pas lésée. Le rétablissement fut très prompt. En 1854, il y eut apparence de récidive, et le malade rejeta par la toux une tumeur d'un certain volume. Malgré le diagnostic porté (*carcinome*) et le pronostic correspondant, l'opéré était dans un état très satisfaisant en 1861 (1).

Il est probable que d'autres extirpations semblables ont été faites, mais elles sont restées inédites ou rapportées si sommairement qu'à peine si on peut les invoquer. C'est ainsi que d'après Middeldorpf (*Galvanocaustik*, 180), Herrich aurait opéré par arrachement, à l'aide d'une pince, un polype du larynx faisant saillie au-dessus de l'ouverture supérieure de cette cavité. C'est ainsi encore que M. Türck attribue à Regnoli une extirpation par la bouche, faite à l'aide du bistouri; mais faute d'indications bibliographiques, nous n'avons pu retrouver ce fait. (Türck, ***Rech. cl. sur div. mal. du larynx, de la trachée et du pharynx, étudiées à l'aide du laryng.***, 1862, p. 45.) J'en dirai tout autant des deux notes suivantes, que j'emprunte à la théorie de M. Reichelt, p. 22-23, sans avoir consulté moi-même les originaux.

— Chez une jeune veuve, un polype fibreux, du volume d'un gland, était né de la surface antérieure de l'épiglotte; il rendait la voix sourde et gênait beaucoup la respiration. Langenbeck enleva cette tumeur avec l'écraseur linéaire; mais, comme elle s'insérait à toute la surface de l'épiglotte, il en resta une partie qui, un an plus tard, reprit un volume presque aussi grand que la première fois. On l'enleva donc par deux incisions semi-lunaires, et cette fois elle ne revint plus. (Langenbeck, cité par Senftleben, in *Fibroïde und Sarkom.*)

— Une jeune fille de vingt ans avait un catarrhe laryngé avec dyspnée et aphonie; on découvrit à la fin, à la partie supérieure de l'épiglotte, une petite tumeur circonscrite, qui provoquait ces symptômes; on les fit cesser en enlevant deux calculs très durs, blanchâtres, du volume d'un petit pois. (Pravaz, cité par Lebert, *Anatomie pathologique*, t. Ier, p. 600.)

L'extirpation à la faveur d'une opération préliminaire compte de son côté plusieurs faits consécutifs à la tentative de Brauers. En première ligne celui de M Ehrmann que je ne rapporte point ici, parce que tout le monde le connaît et qu'on peut lire d'ailleurs tous ses détails dans le mémoire cité p. 23; vient ensuite le fait de M. Gurdon Buck, qui est beaucoup moins connu.

Dame, cinquante et un ans, symptômes d'obstruction du larynx, grande dyspnée, aphonie. Du reste, toutes les apparences d'une robuste constitution, elle consulte M. Buck en avril 1851; l'examen par la bouche et par le toucher n'apprend rien, mais les troubles fonctionnels font porter le diagnostic d'une tumeur siégeant dans le larynx et dont la nature reste inconnue. Les accidents redoublant d'intensité, on se décida à opérer le 3 mai.

Incision longitudinale sur la ligne médiane, ouverture de la membrane crico-thyroïdienne, puis section à l'aide de forts ciseaux du cartilage thyroïde qui était ossifié, du cartilage cricoïde et des anneaux supérieurs de la trachée. Le larynx est rempli de végétations solides d'apparence condylomateuse. On en extirpe une partie, mais l'ablation complète étant jugée impossible, on ajourne la fin de l'opération. Excision partielle des deux premiers anneaux de la trachée pour placer une canule à demeure; un grand soulagement suit ce premier acte opératoire.

Le lendemain, seconde séance d'excision, qui reste encore incomplète; cautérisation du reste de la tumeur avec le nitrate acide de mercure, il en résulte un gonflement considérable qui masque tout à fait la cavité du larynx. On décide à attendre la guérison de la plaie pour agir de nouveau.

Le 20 septembre, seconde opération. On incise depuis l'ouverture trachéale occupée par la canule jusqu'à un pouce et demi du menton, divisant ainsi sur la ligne médiane les deux cartilages et les membranes jusqu'à l'os hyoïde, puis on prolonge d'un pouce en bas l'ouverture permanente de la trachée. On arrache et on excise quelques portions pédiculées, mais on reconnaît alors que la tumeur est trop étendue pour qu'on puisse l'enlever en entier, on retranche ce qu'on peut pour désobstruer la glotte. Réunion partielle de la plaie. Canule remise en place. Cette cruelle opération est bien supportée. Elle ne provoque pas d'accidents sérieux, mais bientôt les accidents d'obstruction reparaissent, la canule se déplace à chaque instant. Pour prolonger la vie, on fait le

(1) Le commencement de cette observation se trouve dans l'excellent chapitre que notre éminent ami Middeldorpf a consacré aux polypes du larynx dans son *Traité de galvanocaustique*, Breslau, 1854, p. 222. Le complément dans la thèse de Reichelt.

7 janvier 1852 une troisième opération, palliative cette fois, et qui consiste à inciser la trachée très bas pour y placer de nouveau la canule. Celle-ci pour des causes bien étudiées dans l'observation se déplace aussi au bout d'un certain temps. Le 4 août, la malade retire le tube pour le faire changer. Un accès de suffocation survient, l'instrument ne peut être replacé assez vite, la mort résulte de ce retard.

Je n'ai pu donner ici qu'une analyse très succincte de cette remarquable observation, elle suffira cependant pour montrer ce que peut être la thérapeutique en l'absence d'un diagnostic suffisamment précis, c'est la seule remarque que me permette l'étendue restreinte de la simple revue rétrospective que je fais ici.

La dernière observation que je veux rappeler est relative à une extirpation de tumeur laryngée, précédée cette fois d'une opération préliminaire qui jusqu'alors était restée seulement à l'état théorique, je veux parler de la *laryngotomie sous-hyoïdienne* qu'on appellera si l'on tient beaucoup à la rigueur du langage *pharyngotomie inférieure*.

Ce n'est ni dans la vieille Europe, ni dans la jeune Amérique, c'est en pleine Polynésie que cette opération a pris son droit de cité dans la pratique. Elle a été exécutée par M. le docteur Prat, chirurgien de la marine, chef du service de santé à l'hôpital de Papeiti (île d'Otahiti).

La relation se trouve GAZETTE DES HÔPITAUX, 1859, numéro du 3 septembre. En voici un extrait :

Homme, d'origine américaine, atteint de tubercules en voie de ramollissement, gêne assez prononcée de la déglutition attribuée par le malade à des excroissances syphilitiques du pharynx, pour lesquelles on avait employé le mercure et l'iodure de potassium.

On constate un peu de rougeur érythémateuse de la partie inférieure du pharynx, sans ulcérations ni fausses membranes. Le doigt introduit profondément touche un corps résistant qui paraît s'insérer à l'orifice du larynx, au niveau de l'épiglotte, mais dont on ne peut apprécier rigoureusement les caractères à cause des contractions du pharynx et des nausées que cette exploration provoque. Gargarismes alumineux, cataplasmes sur le cou, continués pendant un mois sans succès. La déglutition est de plus en plus gênée, et la respiration s'embarrasse ; M. Prat tente d'attaquer la tumeur par la bouche, mais tous ses efforts sont vains, les accidents augmentent, le malade souffre de la faim et de la soif, il implore à tout prix du secours. On pratique la laryngotomie sous-hyoïdienne.

Incision transversale longeant le bord inférieur de l'os hyoïde, division de la membrane thyro-hyoïdienne. On arrive sur l'épiglotte qui est déformée, épaissie, rugueuse, la tumeur s'insère du côté gauche, à quelques millimètres de l'angle supérieur et de là se dirige vers le pharynx, elle mesure 15 millimètres de long, sa base a 7 à 8 millimètres d'épaisseur. Formée par un tissu fibreux compact, elle est recouverte d'une muqueuse épaissie et dégénérée ; on l'enlève avec des ciseaux courbes.

Aucun vaisseau à lier, réunion de la plaie à l'aide de trois points de suture, pansement simple, bandage approprié. Cessation des accidents. Le malade peut manger, néanmoins la tuberculisation continua ses progrès, et plus tard amena la mort, mais sans les horreurs de la faim et de la soif.

Dans aucun des cas que j'ai indiqués précédemment, le laryngoscope n'est intervenu pour faciliter le diagnostic ou guider les instruments. Dans un prochain article je rassemblerai au contraire les faits plus récents où la lésion a été reconnue et étudiée à l'avance, à l'aide du miroir, puis traitée chirurgicalement. Quoique ces faits soient encore peu nombreux, nous trouvons encore en présence les deux grandes méthodes opératoires dont nous avons parlé plus haut. — A la méthode par les voies naturelles se rapportent les cas de Bruns, de Walker, de Gibb, de Lewin, nous y joindrons une observation inédite de M. le docteur Fauvel.

A la méthode par la voie artificielle se rattache une très belle opération de laryngotomie sus-thyroïdienne, pratiquée récemment et avec le plus grand succès par notre habile et savant ami le docteur Follin.

A. VERNEUIL.

La discussion sur les *eaux potables* a été reprise mardi dernier à l'Académie de médecine. Une courte allocution de M. Gibert et un demi-discours de M. Robinet ont défrayé la séance. Le dernier orateur est entré dans des considérations nouvelles qui sont d'un grand poids dans la question ; mais nous persistons à attendre la fin de ce débat si vif pour voir si nous devons modifier nos premières appréciations.

— Nous avons assisté hier à la seconde leçon de M. Diday sur l'*histoire naturelle de la syphilis*. Une note qu'on trouvera aux *Variétés* expliquera pourquoi nous ne disons encore rien de ce cours, suivi avec un empressement sympathique par les élèves; mais nous y reviendrons en temps et lieu.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

TRAITEMENT DES CONGESTIONS CÉRÉBRALES, AINSI QUE DES DYSPEPSIES ET GASTRALGIES PAR LA MÉDICATION ARSENICALE, par M. le docteur MASSART (1).

M. Lamarre-Picquot adressa, en 1856, à l'Institut et à l'Académie de médecine de Paris, un mémoire sur l'action préventive de l'acide arsénieux contre les congestions de forme apoplectique. Il est regrettable que ce travail n'ait pas obtenu jusqu'à ce jour un examen, un rapport académique ; cela est regrettable, moralement surtout, parce que M. Lamarre-Picquot est un médecin sagace et consciencieux, qui mérite d'être encouragé et non d'être blessé. Quant à la solution de la question pratique, elle se fera sans les Académies ; elle s'est toujours faite ainsi d'ailleurs.

M. Lamarre-Picquot pose d'abord comme principe nosologique : que la disposition à l'apoplexie dépend communément d'un accroissement outre mesure des globules du sang, d'une hyperglobulie ; l'épanchement est un phénomène secondaire. Ce principe est discutable, mais je ne le discuterai pas, parce que j'établirai moi-même, et d'après mon expérience, les indications de l'arsenic, de manière à ne soulever incidemment aucune question de pathologie.

L'acide arsénieux a pour effet de rendre le sang moins riche en globules et moins plastique ; il est donc le remède préventif des congestions de forme apoplectique. Pour démontrer ce fait thérapeutique, M. Lamarre-Picquot a réuni une série d'observations qui s'élèvent aujourd'hui à vingt-trois.

Avant de commencer la médication arsenicale chez les sujets prédisposés aux affections apoplectiques, ce médecin prescrit,

(1) Cet article est détaché d'un mémoire très étendu que l'auteur avait adressé à la *Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, en réponse à la question suivante qui avait été mise au concours : « Faire connaître, au point de vue pratique, les diverses maladies dans lesquelles les préparations arsenicales sont réellement utiles. » Le mémoire de M. Massart a été couronné.

comme indispensable, la constatation de l'état de richesse du sang ou de son altération, afin de ne pas entreprendre ce mode de traitement chez les sujets où ce fluide est pauvre en globules. Dans ce but, il pratique des saignées d'exploration de 15 à 20 grammes. En général, il trouve l'arsenic indiqué, lorsqu'il y a de légers symptômes de congestion cérébrale : embarras à la tête, vertiges, bourdonnements d'oreille, et qu'en même temps le cruor dépasse 54 pour 100. L'emploi de la saignée exploratrice, ou la constatation par l'analyse chimique du degré de richesse du sang, ne me paraît pas indispensable, pas même nécessaire : M. Lamarre-Picquot n'a en vue que les sujets à hyperglobulie hématique ; or, ces individus, à tempérament sanguin, ont une constitution et des apparences qui les caractérisent suffisamment, pour que le clinicien distingue facilement, sans autre examen que l'examen clinique, les hyperglobuliques des aglobuliques. Notre confrère a, du reste, fini par comprendre que des saignées d'exploration étaient fort peu indispensables, puisque, depuis 1856, il les pratique rarement : c'est lui-même qui en fait l'aveu.

Il administre l'acide arsénieux au moment des repas, depuis 4 milligrammes jusqu'à 1 centigramme par jour ; il en prolonge l'usage au delà du terme de la guérison et le continue pendant longtemps dans le cas de récidive des affections apoplectiques. En général, un mois suffit pour obtenir quelques résultats ; mais, pour arriver à reconstituer l'état normal, il est nécessaire d'administrer l'acide arsénieux plus longtemps.

Les faits publiés par l'école italienne sur l'action hyposthénisante cardiaco-vasculaire de l'acide arsénieux viennent à l'appui des idées et des faits annoncés par notre confrère.

Les résultats publiés par M. Lamarre-Picquot sont exacts, je les ai vérifiés. Ce traitement n'a qu'un défaut, celui d'être trop lent, en face de dispositions qui peuvent éclater tout à coup ou très prochainement en accidents graves. Aussi, tout en conservant l'arsenic comme agent de déglobulisation, lui ai-je associé deux autres collaborateurs thérapeutiques, qui rendent beaucoup plus prompte l'action modificatrice qu'on veut obtenir. Voici ma formule :

Pr.	Arséniate de potasse	5 centigrammes.
	Alcoolature d'aconit-napel	10 grammes.
	Teinture de digitale pourprée ..	5 —
	Eau alcoolique distillée	300 —

Une cuillerée à bouche, matin et soir, dans un verre ou dans un demi-verre d'eau sucrée, deux heures avant ou après le repas, pendant dix ou vingt jours, suivant la persistance des accidents. On a recours au même moyen pendant une période de temps égale, si les accidents se reproduisent, pour interrompre de nouveau et ainsi de suite.

J'ai recours à cette mixture dans les cas de pléthore sanguine, de congestion pulmonaire ou encéphalique imminente ou effectuée, mais à un degré léger, et d'apoplexie hémorrhagique également imminente :

Chez les sujets sanguins, qui mènent une vie sédentaire ou se livrent à des travaux intellectuels prolongés ou immodérés.

Chez les personnes à constitution apoplectique, arrivées à la maturité de l'âge, qui ont une première attaque à redouter, ou qui, en ayant subi déjà une, éprouvent certains symptômes précurseurs d'une nouvelle.

Chez les individus sanguins, sujets à des palpitations de cœur qui ajoutent une chance de plus aux congestions ou aux hémorrhagies cérébrales.

Dans tous les cas ainsi spécifiés, j'ai obtenu, à l'aide de ma formule, les résultats les plus satisfaisants ; je n'ai pas eu occasion d'accuser son insuffisance et de faire intervenir les émissions sanguines ; je dis plus : les émissions sanguines lui sont inférieures en efficacité. J'en ai acquis la preuve cette année : en effet, consulté par M. Métréjean, professeur au Lycée, et par le chaufournier de M. de Puybernan, pour des vertiges, bouffées de chaleur au visage, pesanteur de tête, somnolence, embarras des membres, palpitations de cœur insolites, etc., avec intégrité de l'appétit et des autres fonctions en général, j'ai appris de ces deux consultants qu'ils avaient été déjà soumis à plusieurs reprises, pour les mêmes accidents, à la saignée du bras, aux sangsues à l'anus et aux purgatifs salins, plus à un régime approprié, — que le soulagement produit par ces moyens n'était que provisoire, et qu'actuellement les mêmes moyens restaient à peu près sans effet. Je les soumis pendant dix jours à la médication, dont j'ai donné la formule, sans supprimer dans leur manière de vivre autre chose que les alcooliques et le café, et je leur recommandai d'en rester là, si, au bout de ce temps les accidents étaient dissipés, sinon de renouveler la mixture et d'en user de la même manière pendant une nouvelle période de dix jours. J'ai revu plusieurs fois ces messieurs depuis leur consultation, et ils m'ont assuré, comme beaucoup d'autres, que jamais les émissions sanguines ne leur avaient procuré un soulagement aussi marqué ni aussi prolongé. Ils ne voient plus revenir maintenant que deux ou trois fois par an les accidents dont ils se plaignaient auparavant toutes les six semaines, ou chaque deux mois. Quand ces accidents reparaissent, ils ont aussitôt recours à la mixture pendant dix jours, et tout rentre dans l'ordre pour longtemps.

Ces excellents résultats pourront d'abord causer quelque étonnement, peut-être même provoquer l'incrédulité de ceux qui ne croient qu'à l'autorité thérapeutique de la lancette et des sangsues. Mais les détails explicatifs, dans lesquels je vais entrer, feront voir que mes assertions n'ont rien d'extraordinaire. Tout ce qui paraît merveilleux est, en fin de compte, toujours fort simple, quand l'intelligence le comprend ou que la science le dévoile. Comment agissent les émissions sanguines, prescrites dans les cas que j'ai spécifiés en commençant? Par la soustraction d'une certaine quantité de sang, et en conséquence de cette soustraction, par l'élévation provisoire de la proportion de l'élément séreux. Je dis provisoire, parce que, sous l'influence seule de la sanguification, cette perte est plus ou moins promptement réparée, et la proportion de l'élément séreux s'abaisse relativement. C'est un fait vulgaire en pratique, que cette réparation est d'autant plus rapide que les émissions sanguines sont renouvelées plus souvent, de telle sorte qu'il arrive un temps où la saignée préventive ne soulage plus ou soulage à peine. Alors la saignée a perdu tous ses avantages éphémères et ne conserve plus que des inconvénients. Ce que j'avance, je l'ai observé maintes fois, et je ne veux avancer que ce que j'ai vu. Dans ces dernières années, on a tenté de proscrire la saignée ; une phalange de médecins a fulminé contre elle. Ce bruit a attiré mon attention, mais je ne briserai pas ma lancette, parce qu'il y a en pratique des abus et des indications défectueuses. Je ne prétends pas substituer ma formule aux émissions sanguines : je veux seulement préconiser ses avantages et son efficacité dans certains cas. Voici comment agissent les trois éléments que j'ai réunis dans ma prescription : l'arséniate de potasse exerce une action catalytique (καταλυτης, destructeur) sur le globule sanguin, l'alcoolature d'aconit-napel diminue la contractilité des parois vasculaires, et la teinture de digitale hyposthénise l'organe central de la circulation. La proportion dangereuse de l'élément excitateur du sang est réduite, et le mouvement circulatoire est ralenti. Ce double effet est précieux, puisqu'il est antagoniste de la double condition, qui fait la pléthore active, la congestion active, l'apoplexie active. La saignée n'a pas évidemment une action aussi élective, aussi directe sur les causes angiohématiques de ces affections ; elle ne peut agir aussi longtemps qu'une médication qui se prolonge pendant dix, vingt jours et plus, s'il le faut, et sans inconvénients. Cette médication a le grand avantage, pour les malades, de ne pas interrompre le cours de leurs affaires et de ne pas exiger un changement profond dans le régime. Si la manière de vivre,

les habitudes acquises, la vie sédentaire continuent à fournir au sang, comme par le passé, les mêmes matériaux qui ont constitué déjà une richesse dangereuse, cet apport sera annulé au fur et à mesure qu'il se produira, par la continuation de l'action déglobulisante de l'arsenic et de l'action hyposthénisante de l'aconit et de la digitale. Voilà la raison qui m'a fait laisser les malades libres de continuer ou non leur manière de vivre, ce que je ne tolère pas après les émissions sanguines; et la preuve que je n'ai pas compté sur une théorie idéale, c'est que je n'ai jamais eu à me repentir d'avoir autorisé un pareil laisser-aller. Je dois déclarer, en terminant cet article, que l'essai isolé de chacun des trois médicaments que je préconise, ne m'a jamais donné un résultat complétement satisfaisant, ce qui prouve que leur réunion est indispensable pour obtenir entièrement le double effet dont j'ai parlé.

(La suite à un prochain numéro.)

III

REVUE CLINIQUE.

Sémiologie.

ÉTUDE SUR UN CAS DE LÉSION MULTIPLE DU CŒUR (INSUFFISANCE ET RÉTRÉCISSEMENT DES ORIFICES AORTIQUE ET MITRAL, COMMUNICATION INTERVENTRICULAIRE, POLYPE FIBRO-CRÉTACÉ), par le docteur P. DUROZIEZ, ancien chef de clinique de la Faculté.

N'y a-t-il pas lieu d'être étonné du découragement des cliniciens lorsqu'il s'agit du diagnostic des maladies du cœur? A quoi bon localiser? disent-ils. Or, est-il indifférent pour un malade d'avoir une anasarque par simple dilatation du cœur, que peuvent guérir ou améliorer rapidement la digitale et l'électrisation, ou une anasarque due à un rétrécissement mitral? Est-il indifférent d'avoir un rétrécissement mitral simple ou ce même rétrécissement compliqué d'insuffisance aortique? Est-il indifférent d'avoir une lésion du péricarde ou une lésion de l'orifice aortique? Enfin, il faut le dire, est-il indifférent d'avoir une maladie du cœur ou de n'en avoir pas? Localiser, c'est le principe de l'école moderne, de l'école de Bichat, de l'école de Paris. Lequel de nos maîtres nous a jamais défendu de nous élever à la généralisation?

Je ne doute pas qu'un des grands obstacles à la localisation des maladies du cœur se trouve dans l'étude du rétrécissement mitral, et dans l'idée trop répandue que le plus souvent ce rétrécissement ne donne lieu à aucun bruit. L'insuffisance aortique a trop exercé les esprits et les oreilles. Je veux montrer une fois de plus que le rétrécissement mitral donne naissance à un bruit de grondement, de roulement au second temps, que l'insuffisance aortique donne naissance à un souffle, et qu'il est facile de diagnostiquer ces lésions séparées et réunies. Tel est le but principal de cette étude, les communications interventriculaires étant trop rares pour être placées en première ligne.

Le diagnostic du rétrécissement mitral, dans certaines conditions, est si facile, si évident que, dans un article publié par les ARCHIVES DE MÉDECINE (avril et mai 1861), et intitulé : *Du double souffle intermittent crural comme signe pathognomonique de l'insuffisance aortique*, j'avais écrit que l'intérêt de l'autopsie du nommé Banna n'était pas dans la constatation du rétrécissement mitral, rendu évident comme la lumière par le dédoublement du second claquement, et le bruit de roulement de tonnerre au second temps, mais dans la constatation de l'insuffisance aortique, démontrée par un nouveau signe, par le double souffle intermittent crural. Or, nous avions raison de prendre cet intérêt à la lésion de l'orifice aortique, puisque l'autopsie montrait une communication interventriculaire qui pouvait donner lieu à un souffle au second temps, au niveau de l'orifice aortique.

OBS. — Banna, âgé de quarante-trois ans, commissionnaire, entre à la Charité le 28 septembre 1857, et en sort en 1860. A trente et un ans, il a une première attaque de rhumatisme articulaire aigu en apparence peu grave; il ne garde le lit que quinze jours; il n'a pas de fièvre; il se remet bien. A trente-trois ans, il a une seconde attaque pour laquelle il ne garde même pas le lit. A trente-cinq ans, il contracte dans la Meurthe une fièvre tierce qui dure quinze jours. A trente-six ans, un nouvel accès dure dix jours. A trente-huit ans, il est alité cinq à six semaines pour une fièvre typhoïde? et ne se remet plus. Il n'interrompt son travail qu'à quarante ans, à cause des battements de cœur et de l'enflure des jambes.

A l'entrée, le pouls est à 48, irrégulier, inégal, tendu; le cœur est très gros. La main perçoit un beau frémissement au second temps au niveau de la moitié inférieure du cœur; parfois il semble qu'on entend à la pointe un triple bruit, avec un souffle au commencement et un grondement à la fin; à la pointe seulement on trouve un souffle net au premier temps; un souffle au second temps existe depuis le second espace intercostal droit jusque vers la pointe; froissement peu marqué, diffus, général; râle sous-crépitant aux deux bases; foie gros; urine louchie par l'acide nitrique et éclaircie par la chaleur.

Le 1er octobre, pouls un peu irrégulier, assez roide, à 60; claquements assez nets de droite et de gauche; à droite, souffle peu prolongé au second temps; à la pointe, souffle au premier temps, suivi d'un triple claquement, suivi d'un roulement.

Le 8, pouls à 52, quelques irrégularités; traces de triple bruit avec ronflement à la fin.

Le 10, pouls à 52, assez régulier; douleur en ceinture au niveau du foie; deux rhythmes, un à droite, un autre à gauche : à droite, *deux temps simples;* à gauche, *dédoublement des temps.*

Le 31, vers la pointe, le souffle au second temps a lieu sous la forme d'un grondement; le dédoublement du second claquement est mal marqué; double souffle intermittent crural.

Le 14 janvier 1858, différence remarquable entre les deux côtés du cœur : à droite, souffle au second temps en jet de vapeur; à gauche, second souffle ronflant; cyanose; nez bleu et rouge.

Le 3 février, à la pointe, souffle ronflant prolongé, limité; on l'entend surtout en un point qu'il faut chercher; on perçoit toujours mal le dédoublement du second cloquement; figure très cyanosée.

Le 1er avril, pouls à 64, irrégulier, inégal; cœur considérable; deux mouvements, un premier à la pointe, et un second ondulant, frémissant dans l'espace situé au-dessus de la pointe; en bas du sternum, souffle au second temps; sur le ventricule gauche, ronflement pendant le second temps; bruits péricardiques surajoutés; lèvres violettes.

Le 8, pouls à 76, 80, inégal, irrégulier. Le malade étant couché sur le dos, la matité précordiale mesure 19 centimètres du troisième espace intercostal gauche, contre le sternum, à la pointe (longueur du ventricule gauche). Le malade étant couché sur le côté droit, la pointe rentre de 4 centimètres. Le malade étant couché sur le côté gauche, la pointe s'élève et s'avance 1 centimètre plus en dehors que pour le décubitus dorsal. Cyanose considérable; pas de souffle au premier temps considérable à la pointe; ronflement au second temps; frémissement vibratoire profond.

Le 4 juillet 1858, pouls à 36, irrégulier; la matité précordiale mesure 19 centimètres du troisième espace intercostal à la pointe, et 15 à 16 verticalement; la pointe bat dans le sixième espace intercostal à 6 centimètres en dehors du mamelon; dans le sixième espace, on voit la pointe battre en avant au premier temps, puis se retirer; dans le cinquième espace, il semble que le premier mouvement se fasse en arrière; puis survient une trépidation en rapport avec le frémissement cataire que l'on perçoit à la main au second temps. On entend un double souffle au niveau du sternum; le second étant de beaucoup le plus fort, et suivant la ligne de l'insuffisance aortique. Le premier claquement est difficile à percevoir, soit à droite, soit à gauche; pas de triple claquement; le second bruit est profond, ronflant; double souffle intermittent crural; toujours même cyanose; les jambes n'enflent pas depuis cinq à six jours; peu d'oppression.

Le 6 octobre, toujours souffle double à droite en bas du sternum, *communication par le trou de Galien* (dit de Botal).

Le 13, peu d'impulsion du cœur; on le sent à peine, on le voit à peine; la main sent sur la moitié inférieure du cœur un frémissement très fin au second temps; on entend les claquements assez bien frappés sur la ligne inférieure du cœur, l'oreille à distance; l'oreille approchée entend à gauche une sorte de grondement au second temps, qui devient soufflant vers le sternum; double souffle crural; à peine un peu d'œdème des pieds le soir, disparaissant très facilement; pas d'œdème des mains; aucun épanchement.

Le 10 février 1859, même souffle au second temps sur toute la surface du cœur; deux bruits à droite, trois à gauche; pas de souffle en jet de

vapeur au premier temps ; pouls inégal; rudiments de double souffle dans la crurale ; cyanose ecchymotique.

Le 25 juillet, figure piquetée, pointillée de noir, cyanique ; premier claquement nul ; frémissement vibratoire très beau au second temps ; bruit de bombe un peu moins marqué.

Le 17 août, trois bruits bien distincts, et même quatre à gauche ; à droite, long souffle au second temps.

Le 24, grand souffle d'aspiration, sourd, bruyant ; bruit de *bombe* dans le lointain à gauche, au second temps.

Le 19 décembre, frémissement modèle au second temps ; pouls régulier.

Nous avions perdu le malade de vue depuis le mois de janvier 1860, quand nous reçûmes de l'obligeance de M. Woillez la note suivante :

Obs. — 1860, hôpital Lariboisière (salle Saint-Henri). — Banna, souffle râpeux précédant et accompagnant le premier bruit du cœur, et couvrant uniformément le premier silence et le second bruit ; entendu dans toute la partie antérieure du côté gauche, et moins fort (à mesure qu'on s'éloigne du cœur) dans tout le reste de la poitrine.

A *l'autopsie*, cœur volumineux, quelques adhérences lâches et anciennes du péricarde vers la base du cœur ; rétrécissement avec induration et insuffisance probable de la valvule mitrale ; obstruction incomplète de l'orifice aortique par un polype fibrineux ovoïde, très ancien, fixé dans les colonnes charnues, avec tête arrondie tenant écartées les valvules sigmoïdes, et les rendant par suite insuffisantes. Le tissu de ce polype est comme fibroïde, jaunâtre, et contient dans ses mailles de petites concrétions calcaires. Il y a, en outre, une communication interventriculaire ronde, à bords mousses, et du diamètre d'une large lentille à la partie supérieure de la cloison.

Qu'on nous permette accessoirement une remarque sur les rapports du pouls et des fonctions urinaires avec l'administration de la digitale. Notre malade prend pendant onze jours 0gr,50 de poudre de digitale dans un litre de tisane ; il boit 1lit.,40 dans les vingt-quatre heures, et urine 2lit.,60, c'est-à-dire un litre de plus qu'il ne boit. Le pouls, qui était à 48, est maintenu entre 32 et 36. On cesse la digitale pendant quinze jours, le malade continue à boire 1lit.,40 environ ; il n'urine plus qu'un litre ; l'urine devient foncée, albumineuse. Le pouls oscille entre 36 et 40 (4 pulsations de plus que pendant l'administration de la digitale).

Pendant onze jours, le malade prend irrégulièrement (de deux jours l'un environ) 0gr,30 de poudre de digitale ; il boit de 1 litre à 1lit.,20, et urine de 1lit.,20 à 1lit.,50. Le pouls est à 40.

Pendant quatorze jours, le malade prend régulièrement 0gr,30 de poudre ; il boit 1lit.,40, et urine de 1lit.,40 à 2 litres. Le pouls descend à 34, 36.

En somme, nous voyons le pouls et la miction notablement influencés par la digitale.

Passons maintenant à l'interprétation des signes cardiaques. Nous avons insisté sur le bruit anormal du second temps, nous l'avons montré existant à peu près constamment pendant un séjour de plus de deux ans dans les salles de la Charité, prenant souvent la forme du tonnerre lointain, irrécusable, évident, s'accompagnant d'un frémissement vibratoire pathognomonique, et parfaitement facile à distinguer du souffle qui se trouvait à droite, et qui dépendait, au moins en partie, de l'insuffisance aortique.

Je ne sais, en vérité, pourquoi on nie la fréquence du bruit anormal du second temps en relation avec le rétrécissement mitral ; il est aussi fréquent que le souffle de la pneumonie. Il y a un malentendu. Bien qu'on sache qu'une lésion grave des orifices peut exister sans symptômes graves, on l'oublie facilement. Qu'on se donne la peine d'ausculter un grand nombre de malades avec soin, et on sera bien étonné de trouver chez des individus qui n'ont que des palpitations, qui n'ont pas la moindre enflure, qui se couchent étendus, qui ont le pouls parfaitement régulier, la matité du cœur presque normale, de trouver, dis-je, chez eux tous les signes stéthoscopiques du rétrécissement mitral, c'est-à-dire souffle au premier temps, terminé par un claquement, dédoublement du second claquement et roulement pendant le second temps, roulement qui va rejoindre le souffle du premier temps, de manière à produire un bruit continu. C'est dans ces cas où le cœur a toute sa puissance, où le ventricule gauche est revenu sur lui-même, hypertrophié concentriquement, que l'on trouve dans toute sa splendeur, dans toute son évidence, le bruit anormal du second temps. S'il me fallait citer toutes les observations de ce genre, il me faudrait autant d'espace que pour citer des cas de souffle, d'insuffisance aortique ; je n'exagère pas. Au moment où j'écris, j'en connais deux cas dans le service des femmes de M. Bouillaud, et un dans celui de M. Trousseau.

Il est bien évident que, à mesure que la circulation s'embarrassera, à mesure que le pouls deviendra plus petit, si de plus l'insuffisance aortique ouvre une nouvelle voie de réplétion, le sang passera avec moins d'abondance et de rapidité de l'oreillette gauche dans le ventricule ; mais, même à travers ces complications, si l'on attend que le malade se repose, si la digitale, en ralentissant les battements du cœur, permet à celui-ci de se remplir, je dis, et je l'ai prouvé, que le plus souvent le bruit anormal du second temps apparaît et juge le rétrécissement mitral.

Pourquoi le bruit mitral prend-il une forme particulière ? A cela je répondrai : pourquoi les deux claquements provenant de la tension de membranes de même espèce prennent-ils un timbre différent ? Du reste, la forme en entonnoir que prend la valvule rétrécie doit être pour une grande part dans la forme du bruit, et peut-être est-ce la valvule qui ici produit le bruit, tandis qu'à l'orifice aortique ce serait plutôt le sang. Enfin le sang entre avec bien moins de rapidité à travers l'orifice mitral rétréci qu'il ne le fait à l'orifice aortique quand il est rejeté en arrière par la systole artérielle.

Quoi qu'il en soit, la forme particulière du bruit existe, et permet de le séparer du souffle de l'insuffisance aortique.

Notre malade présentait le souffle de l'insuffisance, et, nous l'avons dit, l'insuffisance pour nous était démontrée par la présence du double souffle intermittent crural, par l'étendue de la matité précordiale. L'insuffisance aortique nous expliquait l'absence de l'anasarque, et le peu de suffocation éprouvé par notre malade : en effet, si le rétrécissement mitral congestionne les capillaires, l'insuffisance aortique les vide, le sang refluant des capillaires vers le cœur.

Mais alors pourquoi cette cyanose ecchymotique noire ? Nous avions pensé à une communication interauriculaire. La communication interventriculaire trouvée à l'autopsie expliquait bien mieux la cyanose et l'absence d'œdème en permettant le passage facile du sang noir des cavités droites dans les cavités gauches. L'auscultation ne pouvait nous être d'un grand secours ici : l'insuffisance aortique nous gênait avec son double bruit de souffle. La communication anormale donnait-elle lieu, de son côté, à un double souffle ? MM. Charcot et Vulpian ont publié dans les Mémoires de la Société de biologie, 1861, une observation de perforation de la tricuspide doublée d'une perforation inter-ventriculaire ; il y avait un double souffle au niveau de la partie moyenne du cœur, double bruit que ces médecins rapportent à l'orifice de la tricuspide, et qu'il me semble tout aussi naturel de rapporter à la communication anormale. La question, comme toujours, est difficile à résoudre, à cause des complications.

La communication était-elle congénitale chez notre malade ? Bien probablement ; la cyanose ne sera survenue que sous l'influence du rétrécissement mitral.

Pouvons-nous remonter à la date de la formation du caillot ? M. Woillez le déclare très ancien, et de plus admet que l'insuffisance aortique résultait de l'engagement de la tête de ce caillot dans l'aorte. Or, dès l'arrivée de Banna nous avons constaté la présence du double souffle crural, c'est-à-dire de l'insuffisance aortique, le caillot daterait donc de trois ans au moins. Il est regrettable que M. Woillez ne nous ait pas transmis de détails aussi nets sur l'orifice aortique qu'il l'a fait pour la communication interventriculaire.

Quoi qu'il en soit, il ressortirait de cette observation que chez un individu présentant avec les signes d'un rétrécissement mitral et d'une insuffisance aortique l'absence de tout œdème et une cyanose ecchymotique, on pourrait penser à une communication entre les deux ventricules, et il ressort surtout pour nous qu'on peut diagnostiquer sûrement le rétrécissement mitral et l'insuffisance aortique, qu'ils soient séparés ou réunis.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 MARS 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

(Nous donnerons le compte rendu de cette séance dans le prochain numéro.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 MARS 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Cazaintre* sur le service médical des eaux minérales de Rennes (Aude) pour l'année 1861. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Gabiot* sur des épidémies de fièvre typhoïde et de dysenterie qui ont régné en 1862 aux Riceys (Aube). (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Alexis Moreau*, qui offre à l'Académie, en son nom et au nom de sa famille, le buste du professeur Moreau, son père, dû au ciseau de M. Paul Cabet. — *b*. Une note de M. le docteur *Mastieurat-Lagémard* sur les eaux potables dans le département de la Creuse. (*Comm.:* M. Poggiale.) — *c*. Un travail sur les sueurs dites nocturnes des phthisiques, par M. le docteur *Lovallée* (de Nantes). (*Comm.:* M. Roger.) — *d*. L'exposé d'une nouvelle méthode de traitement des fissures anales, sans opération, par M. le docteur *Combe*. (*Comm.:* M. Huguier.) — *e*. Un travail sur la vaccination, par M. le docteur *Calosi* (de Florence). (*Commission de vaccine.*)

M. *Gavarret* dépose sur le bureau un mémoire sur la *physiologie du cœur*, par MM. *Chauveau* et *Marey*. (*Comm. :* MM. Béclard, Bouillaud, Grisolle, Gavarret.)

M. *Larrey* présente : 1° un travail manuscrit ayant pour titre : ESSAI DE LA TRANSPLANTATION DE L'ARBRE A QUINQUINA EN ALGÉRIE, DANS L'OASIS DE PHAMRA, par M. le docteur *Ribadieu;* 2° au nom de M. *Appia* (de Londres), un volume anglais intitulé : LE CHIRURGIEN D'AMBULANCE; 3° une brochure intitulée : SOUVENIR DE SOLFERINO, par M. le docteur *Dunant;* 4° un travail de M. le docteur *Michaux* sur les polypes naso-pharyngiens.

M. *Trousseau* offre en hommage, au nom de l'auteur, un TRAITÉ DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, par M. le docteur *Beyran*.

M. *Béclard* fait hommage de la cinquième édition du TRAITÉ D'ACCOUCHEMENTS de M. le professeur *Nægelé*, publié par M. le docteur *Grenser*.

M. *le Président* annonce qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section de médecine opératoire.

Lecture.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *Trousseau* lit un rapport officiel, demandé d'urgence par l'administration, sur les instructions à donner à M. le docteur *Henri Dumont*, chargé d'une mission pour l'étude de la fièvre jaune au Mexique.

Ce rapport est approuvé par l'Académie, à la suite de quelques explications échangées entre MM. *Michel Lévy*, *Bouillaud*, *Larrey*, *Cloquet* et *Trousseau*.

M. *Boudet* lit une série de rapports sur des remèdes secrets ou nouveaux. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

Discussion sur les eaux potables.

M. *Gibert*. Après le discours si complet de M. Boudet, après l'argumentation si pratique de M. Briquet, après la discussion si satisfaisante et si médicale de M. Jolly, je ne veux dire que quelques mots en réponse aux assertions de notre savant collègue M. Poggiale L'honorable rapporteur m'a reproché mon incompétence. S'il peut avoir raison sur le terrain *des expériences*, je crois qu'il a tort sur celui *de l'expérience;* et, quant au premier chef, le discours de M. Bouchardat a suffisamment prouvé que la chimie était impuissante à établir, sans le contrôle *de l'expérience*, l'insalubrité ou la salubrité comparatives des eaux potables, tandis que l'allocution de M. Robinet a montré que la physique n'y était pas plus apte, puisque des eaux déclarées malsaines par l'hydrométrie étaient, au contraire, réputées excellentes d'après l'expérience commune.

Or, c'est uniquement sur cette dernière base que j'avais posé la question, et je ne puis m'empêcher de faire remarquer au savant rapporteur que, tout en tenant compte des expériences précises et rigoureuses auxquelles il s'est livré avec un zèle assurément très digne d'éloge, nous savions tous, même sans ces expériences, que l'eau de la Seine est chaude en été et froide en hiver. On s'est écrié à cette tribune : il faut que les pauvres aient en été de l'eau pure et fraîche ! Notre estimable collègue, M. Jolly, a suffisamment prouvé que la question de température était une question relative et non point absolue : en présence des moyens si simples et si à la portée de tous, de faire rafraîchir l'eau, selon le besoin, dans les deux ou trois mois de l'année où cela peut devenir nécessaire pour la boisson, cette question devient bien secondaire; elle n'est évidemment posée que pour faire nombre ; d'ailleurs, au milieu de tant d'autres besoins plus évidents et plus impérieux, offrir aux pauvres de l'eau claire et fraîche, n'est-ce pas une sorte de dérision de la philanthropie?

Je l'avoue ici avec humilité, au risque de déchoir un peu dans l'estime de notre excellent collègue M. Robinet, je suis un buveur d'eau; mais je ne suis pas sybarite au point où m'a élevé M. Poggiale, je n'exige pas absolument de l'eau de Seine. Depuis cinq ans je me contente parfaitement, moi et ma famille, de l'eau de l'Ourcq, et nous la trouvons excellente, bien que M. Robinet l'ait, de son autorité privée, déclarée détestable... Nouvelle erreur du savant bonne à constater en passant.

Je conviens d'ailleurs que l'eau de l'Ourcq, pour l'usage de la table, a grand besoin d'être filtrée, et j'en reviens à dire, à la fin de cette discussion, ce que j'avais établi dès le commencement, c'est qu'il n'y a qu'un seul inconvénient attaché à l'usage des eaux de rivière en général, et de celles de la Seine en particulier, c'est la nécessité du filtrage pour la quantité d'eau destinée à la boisson, mais seulement pour celle-là, et non pas pour toute l'eau de la rivière, comme on l'a dit par ironie.

Or, à Paris, la Compagnie des Célestins a prouvé pendant quarante ans que ce filtrage en grand était praticable, même pour l'industrie privée, même avec des appareils imparfaits, et d'ailleurs, comme on l'a fait observer au savant rapporteur, la somme des filtrages partiels qui s'opèrent à Paris dans presque tous les ménages n'équivaut-elle pas à un filtrage en grand, surtout si l'on y apporte les perfectionnements proposés par notre confrère M. Burth? Ces perfectionnements, que M. Poggiale m'a sévèrement reproché de ne présenter que sur le papier, ne sont pas autre chose que l'application sur une plus vaste échelle et avec un moteur sans frais, des procédés usuels rendus encore plus sûrs et plus économiques par la substitution aux pierres naturelles, qui s'altèrent à la longue, et s'obstruent assez facilement, d'une pierre artificielle argileuse, qui ne coûte presque rien, filtre avec abondance et rapi-

dité, et n'est point attaqué par l'acide carbonique. Enfin il est évident que le filtrage serait encore bien simplifié si l'on puisait l'eau de la Seine là où elle est claire, c'est-à-dire avant l'entrée à Paris, au lieu de la prendre où elle est trouble, c'est-à-dire au sein même de la capitale.

M. Robinet, lui, trouve qu'il n'y a rien de plus simple que de faire venir à grands frais de quarante lieues de distance, et dans des aqueducs souterrains (et pourtant aérés), de l'eau que l'on ferait ensuite descendre des hauteurs qui environnent la ville pour la faire remonter enfin jusqu'au cinquième étage des maisons (où je doute fort, par parenthèse, qu'elle ait conservé sa fraîcheur)... Eh bien! moi, je me permets de penser qu'il y a encore quelque chose de plus simple : c'est quand on a le bonheur, comme à Paris, d'avoir de bonne eau sous la main, *de se baisser et d'en prendre.*

— M. *Robinet* se propose de répondre, aussi brièvement que possible, à ses honorables contradicteurs.

M. Gaultier de Claubry a revendiqué pour lui-même l'invention de l'eudiomètre à alcool; c'est un instrument dont il aurait indiqué dans ses leçons l'utilité théorique, bien avant qu'il en fût fait mention devant l'Académie. M. Robinet ne conteste pas la déclaration de M. Gaultier; seulement il se contente d'objecter qu'il n'a jamais eu l'honneur de suivre les savantes leçons de M. Gaultier, et d'affirmer que ce n'est pas de là que lui est venue l'idée d'employer l'alcool pour mesurer la quantité de gaz contenue dans l'eau. M. Robinet croit que la réclamation de priorité adressée à l'Académie des sciences par M. Bobière (de Nantes) est beaucoup mieux fondée; aussi n'hésite-t-il pas à faire taire ses prétentions devant les justes revendications de cet honorable savant.

M. Gaultier de Claubry maintient qu'une bonne eau potable doit renfermer de l'oxygène. Pourquoi, demande M. Robinet, dans quel but? Quel est le physiologiste qui admette aujourd'hui que l'oxygène est utile ou nécessaire à l'accomplissement d'une bonne digestion? Pour admettre une semblable opinion, il faudrait revenir à la théorie surannée de la fermentation gastrique. M. Gaultier de Claubry serait-il donc disposé à se faire le défenseur de cette doctrine? Non, grâce au ciel, il ne se produit point de fermentation dans notre estomac; car s'il y avait fermentation, un verre d'eau sucrée avec 15 grammes de sucre suffirait pour donner lieu à un dégagement de 4 litres de gaz. Ce serait là pour M. Briquet une excellente occasion de faire un beau discours sur les dangers d'un verre d'eau sucré, lui qui a si bien parlé sur les dangers d'un verre d'eau fraîche!

M. Robinet demeure donc convaincu que l'oxygène ne joue aucun rôle important dans l'acte de la digestion; d'où il conclut qu'il ne faut pas attribuer une si grande importance à l'aération dans les eaux potables.

Mais il est un autre gaz dont on ne saurait, selon lui, contester l'utilité, c'est l'acide carbonique. Dupasquier, le premier, M. Terme après lui, ont fait ressortir toute l'importance de la présence de ce gaz dans les eaux potables; et, dernièrement, M. Le Fort, dans son excellent mémoire, a insisté sur le même sujet. Ce qui permet de croire encore que l'acide carbonique est un des éléments les plus nécessaires des boissons, c'est qu'on le trouve dans tous les liquides *fermentés* et, par conséquent, non aérés, dont l'homme fait usage : les vins, les cidres, les bières, les poirés, les piquettes, etc.

Ces considérations ont conduit M. Robinet à rechercher quelles quantités d'acide carbonique dégageaient les eaux potables de nos principales villes; il a trouvé : pour la Loire, 5 centimètres cubes; pour la Garonne, 20; pour la Seine, 33; pour le Rhône, à Lyon, 40; pour les eaux d'Arcueil, 46; pour l'Ourcq, 61; pour les eaux de source de Besançon, 65; pour les eaux de source de Dijon, 70; pour celles de Bordeaux, 94; pour le puits artésien du faubourg Saint-Antoine, 129; pour la Marne, à Épernay, 60.

Cet acide carbonique provient, comme on sait, des carbonates en solution dans les eaux potables; la présence des carbonates est donc utile dans ces eaux; elle est même nécessaire, en dépit de tout ce que l'on a pu dire récemment, pour fournir un dégagement suffisant de gaz acide carbonique.

Toutefois, ajoute M. Robinet, il est probable que la chaux et la magnésie en excès peuvent avoir des inconvénients, bien qu'il soit établi par l'expérience qu'une sorte de tolérance permet à la longue de boire, sans aucun dommage pour la santé, des eaux très calcaires et même très magnésiennes. Mais où est principalement le danger, c'est dans la transition brusque, dans le passage rapide d'une eau à une autre, soit que l'on substitue une eau calcaire à une eau pure, soit même que l'on passe d'une eau calcaire à une eau qui l'est moins.

D'ailleurs, il est un moyen très simple et très commode de débarrasser les eaux calcaires de leur excès de carbonate de chaux; ce moyen consiste à faire bouillir l'eau pendant trente minutes ou une heure avant de s'en servir. L'ébullition préalable peut rendre les plus grands services à l'industrie et à l'hygiène en corrigeant les eaux employées aux usages domestiques et industriels; elle rend, en effet, l'eau plus propre au savonnage, à la cuisson des légumes, aux infusions, aux macérations, au lavage de la soie et des tissus; elle prévient les incrustations des appareils et des chaudières; enfin elle donne à l'eau de meilleures qualités pour la boisson. A ce propos, M. Robinet a voulu se rendre compte du degré de réduction hydrotimétrique qui pouvait être obtenu à l'aide de l'ébullition pour les différentes eaux de France. Il met sous les yeux de l'Académie un tableau où sont consignés les résultats de ses recherches. Pour ne parler que de l'eau de Seine, il a trouvé que l'ébullition réduisait son degré hydrotimétrique, en moyenne, de 69,55 pour 100.

M. Robinet passe ensuite à l'argumentation de M. Briquet, avec lequel il n'a pas, dit-il, la prétention de faire assaut d'esprit et de jeux de mots. Cependant il ne saurait accepter la leçon de modération que son honorable collègue a voulu lui donner. M. Robinet croit n'être sorti des bornes du calme et de la réserve que parce qu'il avait été outrageusement provoqué par les adversaires des projets de la ville de Paris, et nommément par M. Jolly.

— M. *Jolly* proteste.

— M. *Robinet* rappelle les articles insérés par M. Jolly dans l'*Union médicale*, en septembre 1861.

— M. *Gibert* proteste contre la tournure toute personnelle que M. Robinet cherche à donner aux débats.

— M. *Robinet* déclare que l'on a le droit de se défendre quand on a été attaqué par un collègue aussi vivement qu'il l'a été lui-même par M. Jolly.

M. *Briquet* interrompt l'orateur avec une grande animation.

M. le *Président* impose silence à M. Briquet et invite M. Robinet à se renfermer dans les limites d'une discussion exclusivement scientifique.

M. *Robinet* déclare que la résignation est difficile dans de pareilles circonstances; mais il se soumet à l'autorité de M. le président. Les attaques dont il a été seul l'objet étaient d'autant plus injustes qu'il n'avait été que le rédacteur du rapport de la commission de la Dhuis, et que ce travail était en quelque sorte le résultat de la collaboration des membres les plus éminents de la commission, chimistes, ingénieurs, médecins, administrateurs, hydrographes, jurisconsultes du premier mérite.

Quant à M. Briquet, s'il a désapprouvé à la tribune académique les plans de l'édilité parisienne et les conclusions de la commission administrative, c'est qu'il les a sans doute mal étudiés et mal connus. Que veut, en effet, la ville de Paris? Fournir abondamment, copieusement, à discrétion, de l'eau bonne à boire à toutes les maisons, à tous les étages, à toutes les familles; elle veut aussi supprimer les vidanges et établir

un lavage permanent des immondices qui souillent nos habitations et les rues de la grande cité. Comment parvenir à cet immense résultat? Prendre l'eau de la Seine? l'élever au sommet des collines qui entourent Paris? la filtrer? La rafraîchir par des procédés dispendieux et incertains? — Mais c'était là une entreprise impossible. N'était-il pas plus simple d'amener à Paris, comme des rivières artificielles, de grandes masses d'eau prises à leur source même, et n'exigeant l'intervention d'aucun procédé mécanique, ni pour leur élévation, ni pour leur filtrage, ni pour leur rafraîchissement. Que M. Briquet veuille mieux y réfléchir, et peut-être alors sera-t-il moins disposé à attaquer des intentions essentiellement généreuses et vraiment philanthropiques.

Vu l'heure avancée, M. Robinet remet à la prochaine séance la suite de son argumentation.

Lecture.

Médecine. — M. le docteur *Jourdanet* lit le résumé d'un mémoire intitulé : *De l'anémie des altitudes et de l'anémie en général dans ses rapports avec la pression de l'atmosphère.* Je cherche, dit l'auteur, à démontrer la nature particulière de l'anémie des sujets qui vivent sur les lieux élevés, et de préciser quels sont les degrés barométriques qui servent de transition entre les effets utiles et les actions nuisibles de la pression de l'atmosphère, dans ses rapports avec l'oxygénation du sang.

Ce travail se divise en trois parties : dans la première, je porte mon attention sur les sujets qui vivent au delà de 2000 mètres sur les plateaux de l'Amérique tropicale, et j'ai cru que cet examen m'autorisait à constater un état anémique général dominant la pathologie des habitants de ces régions élevées.

Pour arriver à déterminer la nature de cette anémie, je m'occupe, dans la seconde partie de mon travail, de l'oxygénation du sang dans ses rapports avec la pression de l'atmosphère. Les réflexions et les expériences qui me servent de base sur ce sujet m'ont paru légitimer la conviction que la densité de l'oxygène du liquide nourricier puise à la fois ses raisons d'être dans le nombre de globules et dans le poids de l'air; ce qui me conduit à admettre, en pathologie, une anoxémie hypoglobulaire et une anoxémie barométrique, selon que l'un ou l'autre de ces éléments d'oxygénation se trouve primitivement altéré. Mais, tandis qu'une altération dans le nombre de globules est susceptible de donner un résultat immédiat par la diminution de l'oxygène du sang en rapport avec les globules qui font défaut, l'abaissement du poids de l'atmosphère ne saurait produire un effet aussi immédiatement et aussi généralement appréciable; c'est que l'affinité faible qui fixe l'oxygène aux globules représente une force indépendante jusqu'à un certain point de la pression de l'air. Mais cette force n'est pas assez puissante pour résister longtemps à la tension de ce gaz, lorsqu'une diminution graduelle du poids de l'atmosphère tend à la rendre de plus en plus prépondérante.

Lors donc que, par une ascension suffisante, on arrive à porter atteinte à l'action chimique qui s'exerce entre l'oxygène et les globules, on altère forcément la densité physiologique de ce gaz dans le sang. Mon étude s'efforce de préciser le degré d'altitude susceptible de donner ce résultat qui constitue l'anémie des habitants des grandes hauteurs du globe.

Dans la troisième partie, je prétends démontrer la part que l'acide carbonique prend à son tour dans la régularisation de l'hématose. Après avoir établi que la densité exagérée de ce gaz diminue forcément l'action de l'oxygène dans le sang, et après avoir constaté, par cela même, le rôle que l'acide carbonique joue dans les phénomènes de l'oxygénation animale, je m'efforce de déterminer les effets du poids de l'atmosphère sur la densité du gaz carboné qui circule dans les vaisseaux sanguins.

Les expériences dont je rends compte dans mon travail à ce sujet m'ont paru démontrer que la dépression de l'air influe plus promptement pour faciliter la sortie anormale de l'acide carbonique que pour altérer la quantité normale de l'oxygène du sang. Ceci conduit naturellement à cette conclusion qu'une altitude modérée, modifiant au profit de l'oxygène le rapport normal entre les deux gaz, favorise indispensablement l'hématose par la prépondérance de celui qui en est l'élément essentiel.

Il résulte donc théoriquement de mon travail ce que les faits nous avaient déjà pratiquement enseigné : 1° que le climat des montagnes peu élevées est corroborant, parce que la quantité moyenne de l'acide carbonique de la circulation s'y trouve diminuée; 2° que les grandes altitudes produisent un effet contraire, parce que la dépression de l'air y porte atteinte à la densité de l'oxygène en altérant la force qui unissait ce gaz aux globules.

Cherchant alors à préciser par des chiffres ces effets opposés du poids de l'air sur l'hématose, je dis : 1° que l'atmosphère la plus lourde n'est pas la plus favorable à la respiration parfaite; 2° que l'homme se trouve dans les conditions les plus favorables entre 70 et 75 centimètres de pression barométrique; 3° que beaucoup de tempéraments entreraient en souffrance entre 65 et 60; et 4° que peu de sujets jouiraient du bénéfice d'une hématose satisfaisante au delà de cette dernière limite.

J'ai la conviction que je suis dans le vrai d'une manière générale. Toutefois, je confesse que, dans les exceptions à mes conclusions, il faut faire la part des tempéraments, des climats et des variations de l'organisme que l'habitude peut produire.

La séance est levée à cinq heures un quart.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Coïncidence de la fièvre jaune à Vera-Cruz avec des fièvres intermittentes, par M. Fuzier, médecin-major de 1re classe.

En attendant la suite des articles de M. Bucz, qui nous sont annoncés, et dont les mouvements de la guerre ont retardé l'envoi, on prendra sans doute avec intérêt connaissance des détails suivants, qui sont extraits d'un rapport de M. Fuzier.

« La fièvre jaune avait disparu de Vera-Cruz; cependant, dans le courant d'octobre, au milieu d'une augmentation soudaine des maladies, quelques cas graves de vomito se montrèrent sporadiquement : l'hôpital de la marine en recevait encore des bâtiments en rade; nous pûmes donc tout d'abord craindre un retour sérieux de l'affection épidémique, malgré l'abaissement relatif de la température et la presque constance d'un vent nord-est, et cela en raison du débarquement simultané d'un grand nombre d'Européens; de la soudaineté de l'invasion de la maladie, se montrant chez un grand nombre d'hommes à la fois; de la nature de quelques-uns des premiers symptômes, vomissements bilieux, fièvre, brisement des forces, douleurs poly-articulaires; de la continuité de la fièvre, sans rémission sensible dans beaucoup de cas.

» Mais bientôt diverses circonstances d'observation nous firent douter de notre premier diagnostic : l'acuité des premiers symptômes fébriles et leur durée, dépassant le plus souvent le troisième et le quatrième jour; le peu de constance de quelques symptômes assez caractéristiques de la fièvre jaune, maux de reins, céphalalgie le plus souvent sus-orbitaire, etc.; enfin les accidents nerveux ataxiques, souvent très prononcés, qui se montraient dès le début.

» Nous fûmes bientôt assez heureux pour pouvoir complétement réviser ce diagnostic. Citons les principaux motifs sur lesquels se fonda notre conviction : 1° l'efficacité bien vite reconnue du sulfate de quinine, dont l'administration au mois

de mai, dans les cas de fièvre jaune, ne nous avait paru fournir que des résultats nuls, si ce n'est fâcheux; 2° la constatation, souvent facile, de l'hypertrophie de la rate, accusée fréquemment par la douleur; 3° le petit nombre de décès relativement à la violence des symptômes et au nombre des malades atteints; 4° l'absence des hémorrhagies autres que des épistaxis, même dans les cas les plus graves; 5° l'absence constante de l'albumine dans l'urine, dans les cas graves et à une époque de la maladie qui devait correspondre à la seconde période de la fièvre jaune; 6° les lésions anatomiques spéciales observées à l'amphithéâtre, lésions caractérisées fréquemment par un peu de rougeur, par du piqueté de la muqueuse stomacale, une légère injection des méninges (dans le cas où des symptômes cérébraux s'étaient manifestés), mais principalement et constamment une rate volumineuse et ramollie, du poids de 500 à 600 grammes, souvent enfin une hypérémie du foie; 7° l'absence complète de toute lésion caractéristique du vomito, telle que la coloration jaune du cadavre avec marbrures violacées, les matières noires dans l'intestin, la décoloration du foie se rapprochant du jaune, altérations que quelques zouaves condamnés, et venant du fort Saint-Jean-d'Ulloa, nous présentaient comme pour nous fournir un tableau de frappant contraste; 8° les faits recueillis autour de nous dans la ville même. En effet, de nombreux habitants nés à Vera-Cruz, ou qui y sont acclimatés par un long séjour et qui avaient eu la fièvre jaune, étaient atteints des mêmes fièvres que celles que nous observions à l'hôpital; et au même moment, d'après les renseignements que nous fournissait notre collègue, M. Mouillac, les malades traités à l'ambulance de la Soledad (point de la route d'Orizzaba), jusqu'ici à l'abri de la fièvre jaune, présentaient les mêmes symptômes; 9° l'immunité dont ont joui les nombreux officiers débarqués en même temps que le 20e bataillon de chasseurs; aucun n'a présenté d'affection fébrile grave : des conditions hygiéniques meilleures, de nourriture, d'habitation surtout, avaient suffi pour les en préserver, tandis qu'elles s'étaient montrées insuffisantes pendant l'épidémie de fièvre jaune. M. Ehrman, médecin en chef du corps expéditionnaire, que nous pouvons citer comme exemple, fut atteint, vers la fin de septembre, d'une fièvre qui dura, sans rémission appréciable, trois jours et trois nuits, et fut compliquée d'une grande agitation; une douleur à la région splénique nous fit bientôt douter de la nature de son mal, qu'autour de lui on appelait *vomito*, et nous mit sur la voie du traitement. Le sulfate de quinine donné à la fin du deuxième nychthémère, au milieu de la fièvre, agit très favorablement; le pouls resta encore fréquent pendant vingt-quatre heures, puis la fièvre se jugea par de copieuses sueurs; 10° enfin la non-immunité des soldats de la garnison de Vera-Cruz qui avaient été déjà atteints de fièvre et qui étaient de nouveau frappés.

» Ainsi, par tous ces motifs, nous avons dû considérer ces affections comme des fièvres de nature paludéenne, se montrant sous des types divers; elles nous présentent toute la série des manifestations morbides des localités insalubres de l'Algérie, celles de notre ancienne Bône, par exemple. La fièvre continue, que nous avons observée ici, n'est autre que la fièvre pseudo-continue décrite par M. l'inspecteur Maillot; en même temps s'offraient à nous des fièvres rémittentes bilieuses et d'assez nombreux accès pernicieux.

» Ce diagnostic, si important pour diriger notre thérapeutique, a été accepté par tous nos collègues, familiarisés avec les maladies de l'Algérie. Nous n'avons rencontré qu'un seul opposant, M. Grand-Boulogne, médecin civil requis à l'hôpital militaire, qui persiste à voir la fièvre jaune dans tous ces cas morbides, conformément à l'opinion vulgaire, accréditée dans le pays, que toute espèce de fièvre sévissant chez un étranger nouvellement arrivé à Vera-Cruz ne peut être que le *vomito*.

» Le type de la continuité s'est principalement observé vers le milieu d'octobre, puis celui de la rémittence, puis enfin celui de l'intermittence qui domine aujourd'hui. Cependant, des troupes nouvellement débarquées, celles surtout qui ont fait quelques marches ou séjourné dans la terre chaude, qui à cette époque de l'année comme à aucune autre, du reste, ne peut être impunément habitée, offrent encore aujourd'hui quelques fièvres pseudo-continues et des fièvres rémittentes graves. » (*Recueil de mémoires de médecine et de pharmacie militaires*, t. IX, 3e série, Ier fascicule.)

Note sur l'emploi de la liqueur de Villate dans le traitement de la carie et des fistules consécutives aux abcès froids; par le docteur Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.

Il n'est pas de chirurgien qui, ayant eu à traiter des malades atteints de carie des côtes, n'ait été frappé de l'impuissance de la thérapeutique contre cette affection. On hésite avec raison à faire une opération toujours plus ou moins sérieuse pour guérir une maladie qui, en définitive, ne fait pas mourir; et, d'un autre côté, les traitements généraux les mieux entendus et les injections iodées ne donnent souvent aucun résultat. Et cela est si vrai que, dans l'ouvrage si complet d'ailleurs de M. Boinet, où il cite de nombreuses observations d'abcès par congestion déterminés par une altération osseuse et guéris par l'injection iodée, il ne nous donne pas un seul exemple de carie des côtes. « C'est qu'en effet, dit l'auteur, tout en reconnaissant l'utilité de l'iode dans cette affection, nous avons tous pu souvent nous convaincre de son peu d'efficacité. Ce fut donc avec une véritable satisfaction que j'appris de M. Corbière, vétérinaire à Lisieux, que, dans les caries des os et des tendons, on se servait, chez les animaux, d'une mixture escharotique employée avec succès d'abord par M. Villate, et ensuite par beaucoup d'autres vétérinaires.

» En voici la formule, telle qu'on la trouve dans le *Traité élémentaire de matière médicale vétérinaire* de Moiroud (Paris, 1831, page 600) :

« Sous-acétate de plomb liquide....		30 grammes.
Sulfate de zinc cristallisé........	*āā*	15 grammes.
Sulfate de cuivre cristallisé......		
Vinaigre blanc..................		200 grammes.

» Après avoir dissous les sels dans le vinaigre, on ajoute peu à peu le sous-acétate de plomb et on agite le mélange. Il se forme des acétates de zinc et de cuivre, et du sulfate de plomb qui se précipite. Il y a en plus excès de vinaigre, du sulfate de zinc et du sulfate de cuivre. Il faut agiter cette liqueur avant de s'en servir.

» Ce médicament hâte l'exfoliation des parties nécrosées ou cariées, et donne un plus bel aspect aux surfaces livides ou blafardes, et tend à tarir certaines exhalations morbides, comme celles qui accompagnent les eaux aux jambes. »

M. Notta rapporte plusieurs observations relatives à l'emploi de la liqueur de Villate.

Dans la première, il s'agissait d'une carie datant d'un an, qui avait résisté à l'usage de l'iodure de potassium pris à l'intérieur, et qui, évidemment, n'avait aucune tendance à se guérir; or, vingt jours après la septième injection, ce qui représente une durée de traitement d'un mois, le malade était guéri, et depuis cette époque la guérison s'est maintenue.

La guérison, pour n'avoir pas été aussi rapide dans l'observation suivante, n'en est pas moins remarquable. Il s'agissait d'une carie de la sixième côte, datant d'un an. Au niveau de l'altération osseuse, la plèvre costale était décollée et formait une petite cavité en arrière de la côte, communiquant à l'extérieur par deux fistules : l'une située sur le bord supérieur, l'autre sur le bord inférieur de la côte. L'injection faite par un des trajets fistuleux ressortait par l'autre, et les mouvements d'expiration faisaient refluer le liquide au dehors et tendaient à vider la cavité formée par le décollement de la plèvre. On avait donc affaire ici à une carie, non plus seulement superficielle, mais profonde; et ce ne fut pas sans une certaine crainte

que l'on reconnut que le liquide de l'injection n'était séparé de la cavité de la plèvre que par la membrane séreuse, doublée, il est vrai, du périoste. On redoutait que l'inflammation ne s'étendit à la plèvre ; heureusement il n'en fut rien ; elle resta bornée dans de justes limites, la guérison a été obtenue au bout de quatre mois et demi. Pendant tout ce temps, vingt-cinq injections out été pratiquées. « Sans doute, la durée de ce traitement a été longue, dit l'auteur ; mais il fait remarquer d'abord qu'une amélioration sensible s'est fait sentir presque immédiatement, les douleurs ont diminué, et le malade a pu reprendre au bout de deux mois ses travaux, qui exigent des efforts musculaires énergiques. Nous devons ajouter que notre malade est dans des conditions véritablement déplorables ; pendant que nous traitons sa carie, des tubercules se développent dans le testicule, et néanmoins nous obtenons une guérison définitive, puisque nous la constatons plus d'une année après, alors que l'affection tuberculeuse des glandes séminales continue sa marche progressive. Il est difficile de rencontrer un fait qui démontre mieux l'efficacité de la liqueur de Villate. »

Après avoir rapporté quelques autres observations, l'auteur termine comme il suit :

« Les faits que nous avons rapportés dans ce travail démontrent l'efficacité de la liqueur de Villate dans les trajets fistuleux consécutifs des abcès, et dans les caries des os spongieux.

» Dans tous les cas de carie, la maladie datait de un à deux ans. La durée moyenne du traitement a été d'un peu moins de trois mois, et l'on s'est borné à faire des injections, sans avoir recours à aucune autre médication.

» Jusqu'à présent, nous avons toujours réussi ; il est vrai que nous n'avons traité que des caries des côtes, des phalanges et des métatarsiens. Est-ce à dire que nous aurons toujours les mêmes succès ? Nous n'oserions l'affirmer. Nous rapportons ici ce que nous avons observé, et rien de plus. Pour nos débuts, nous avons cru prudent de ne pas nous attaquer à des caries plus étendues avant de bien nous rendre compte des effets du médicament. Désormais nous serons plus hardi, et nous ne craindrons pas de nous attaquer à des lésions plus graves.

» Quoi qu'il en soit, la liqueur de Villate n'aurait-elle d'autre mérite que de guérir des affections semblables à celles dont on vient de lire les observations, que ce serait déjà un immense service rendu à la thérapeutique de ces maladies.

» Il nous reste, pour terminer, à indiquer le mode d'emploi de la liqueur de Villate, et ses effets physiologiques.

» Dans tous les cas, nous avons pris les plus grandes précautions pour que l'injection pénétrât dans toute l'étendue des trajets fistuleux. Après nous être bien rendu compte, avec un stylet, de la direction de la fistule, de sa profondeur, de ses divers embranchements, nous le remplacions par la canule d'un trocart explorateur, à l'aide de laquelle nous faisions pénétrer le liquide. Nous étions ainsi bien certain qu'il touchait tous les points du foyer.

» Un des premiers effets de l'injection est de déterminer une douleur vive, quoique variable d'intensité, suivant les sujets. Cette douleur persiste pendant une, deux ou trois heures. Une inflammation assez violente se développe, surtout lors des premières injections, la suppuration augmente, puis se tarit deux ou trois jours après qu'on a cessé l'injection.

» Dans quelques cas, la douleur et l'inflammation ont été assez intenses pour nécessiter pendant quelques jours l'application de cataplasmes. Quelquefois même, de nouvelles fistules se sont ouvertes dans le voisinage de celles qui existaient déjà. Il n'y a pas lieu de se préoccuper de ce travail inflammatoire, qui a ici une action évidemment modificatrice.

» En général, il faut faire une injection tous les jours pendant quatre ou cinq jours, puis on cesse pendant le même espace de temps pour recommencer ensuite. Dans les cas rebelles, nous avons continué l'injection pendant une dizaine de jours, puis nous avons suspendu pendant cinq à six jours pour voir l'effet produit ; puis nous avons recommencé pendant une dizaine de jours, et ainsi de suite. Lorsque, après un certain nombre d'injections, la suppuration se tarit et que le trajet fistuleux se rétrécit notablement, la guérison ne se fait pas attendre longtemps.

» Plusieurs fois j'ai touché des ulcères atoniques des jambes avec un pinceau imprégné de liqueur de Villate, et j'ai obtenu de très bons résultats ; mais, je dois le dire, je n'ai pas trouvé qu'ils aient été supérieurs à ceux que donne le pansement à l'eau chlorurée ou les bandelettes de diachylon. Néanmoins il est bon d'enregistrer ici l'action cicatrisante de cette mixture ; car nous savons tous que, dans le traitement de ces vieux ulcères, le même médicament cesse de produire ses effets au bout d'un certain temps, et que l'on est souvent heureux, pour mener la cure à bien, de varier les agents thérapeutiques.

» Il reste maintenant à expérimenter la liqueur de Villate sur une grande échelle dans le traitement des caries, des fistules, des plaies atoniques, etc., et, après ce que j'ai vu, j'ai la conviction qu'on ne tardera pas à lui reconnaître une puissance cicatrisante au moins égale, et, dans certains cas, supérieure à celle de l'iode. » (*Union méd.*, 1863, nos 27 et 28.)

VI

VARIÉTÉS.

Du secret médical dans les questions de mariage.

La question du secret professionnel est si délicate, elle peut toucher si diversement la conscience des médecins, que nous nous faisons un devoir de reproduire une argumentation de M. le docteur Brochin, dans laquelle se trouve développée, avec beaucoup de tact et d'élévation, une opinion contraire à celle que nous avons essayé de faire prévaloir. (Voir n° 6.)

D'un autre côté, M. Boys de Loury a communiqué, sur le même sujet, à la *Société de médecine du département de la Seine*, une dissertation que nous insérons également ci-après, et qui prête en partie appui à notre manière de voir.

Nos lecteurs jugeront entre ces deux appréciations. Nous nous bornons à faire remarquer que la conséquence logique de l'argumentation de M. Brochin, comme de celle de M. Gaide, ou de M. Latour, est la révélation positive du secret dans certains cas donnés. Nous professons, au contraire, que le secret est absolument inviolable. A. D.

OPINION DE M. BROCHIN.

..... Les Sociétés médicales du IIe et du Xe arrondissement, à l'exemple de celle du IIIe, ont voté la proposition de M. Gaide, ainsi conçue :

« Il n'est pas de règle absolue qui dicte la conduite du médecin dans ce cas. Si le plus souvent il doit se taire et garder le secret, selon l'article 378 du Code pénal, il est aussi des circonstances dans lesquelles, sa conscience parlant plus haut que la loi, c'est d'elle seule qu'il doit s'inspirer. »

L'Union médicale, par l'organe de M. A. Latour, qui avait déjà formulé une opinion analogue, s'est à plusieurs reprises prononcé dans ce sens. D'un autre côté, M. A. Dechambre, dans la Gazette hebdomadaire, et M. Sales-Girons, dans la Revue médicale, par des considérations d'ordre différent, mais également respectables dans leurs motifs, se sont rangés à l'opinion du secret absolu : M. Dechambre, en se fondant sur ce que la prescription légale est impérative, qu'elle ne comporte ni exception ni alternative, et qu'on ne saurait s'y soustraire sous le prétexte qu'il n'y aurait pas toujours secret confié, toute communication faite par un malade à son médecin constituant par sa nature un dépôt nécessaire, partant un secret ; — M. Sales-Girons, en partant de ce principe, qu'il importe d'abandonner le moins possible le médecin à l'individualisme absolu de sa conscience, et qu'il faut prévoir pour celui qui ne saurait pas toujours user pour le mieux de son libre arbitre, et régler pour celui qui n'aurait pas la balance de son jugement toujours suffisante ; en un mot, qu'il faut, dans des circonstances aussi difficiles, soustraire le médecin aux incertitudes de sa propre appréciation.

Ne se dissimulant pas d'ailleurs combien il serait regrettable que le médecin, dans son respect scrupuleux pour la loi, restât complétement désarmé devant le danger social de certains mariages, les partisans du secret absolu et impératif ont fait de louables efforts pour concilier les devoirs professionnels du médecin vis-à-vis de l'individu avec le rôle que lui créent son influence dans les familles et son immixtion naturelle dans la grande question sociale des convenances matrimoniales au point de

vue hygiénique de l'espèce. C'est ainsi, par exemple, que M. Caffe, en condamnant le médecin au silence absolu, toujours et quand même, lui ouvre de cette même main qui lui clôt la bouche une porte par où se sauveront ses scrupules, en lui offrant la ressource d'une consultation à laquelle il devra rester lui-même étranger. C'est ainsi qu'aux yeux de M. Dechambre il reste toujours au médecin la ressource de presser de l'autorité de son savoir, de la confiance même dont il est investi, et, au besoin, de son affection pour le client dont il refuse de faire connaître l'état, en lui montrant à lui-même les périls de la situation dans laquelle il va s'engager; il lui reste, enfin, les mille expédients que peuvent lui susciter, en pareil cas, sa prudence éclairée et sa légitime sollicitude pour les intérêts qui lui sont confiés, et ceux non moins sacrés qu'ils mettent également en cause.

Ce sont là, sans aucun doute, de judicieux et loyaux conseils que les médecins s'empresseront assurément de suivre dans maintes circonstances. Mais une consultation sera-t-elle toujours possible, sera-t-elle toujours acceptée d'ailleurs par le principal intéressé? Et si toutes les ressources de la logique, toutes les bonnes suggestions du cœur viennent à échouer contre une volonté inflexible et un projet irrévocablement arrêté, si le langage tenu au nom de l'honneur et des sentiments les plus sacrés d'humanité ne rencontre que résistance et obstination; si la temporisation elle-même, habilement ménagée, n'amène aucun amendement dans les événements, comme dans les décisions, le médecin devra-t-il se taire encore, se taire toujours, et, se croisant stoïquement les bras, laisser consommer une union qu'il sait devoir devenir funeste à une famille entière, alors qu'un seul mot sorti de sa bouche suffirait pour conjurer un aussi grave péril? Voilà où est le vrai point de la question. Et c'est en vue d'une de ces éventualités, rares sans doute, mais qui peuvent se présenter encore, puisqu'elles se sont présentées déjà; c'est en vue d'autres éventualités semblables, et dont les conditions peuvent varier à l'infini, laissant toujours une part à l'imprévu pour le législateur comme pour le médecin; c'est en vue d'éventualités de ce genre, disons-nous, que nous nous élevons contre l'observation stricte et rigoureuse de l'obligation du secret, désirant laisser au médecin, en pareil cas, toute sa liberté d'appréciation.

Nous ne voudrions pas laisser croire cependant, par ce langage, que nous partageons complétement les théories que nous avons entendu émettre, à cette occasion, sur le rôle social et le caractère sacerdotal du médecin, à l'appui précisément de l'opinion que nous cherchons à faire prévaloir. Personne assurément n'a une plus haute idée que nous de l'importance réelle du rôle social du médecin, en tant qu'il résulte des services mêmes qu'il rend journellement à l'humanité dans l'exercice de sa profession, des avis utiles qu'il fournit à l'administration et aux conseils les plus élevés de l'État, du concours qu'il prête à la justice, des lumières qu'il répand partout autour de lui, dans le sein des familles où l'appellent la confiance et la considération dont il jouit, au milieu des populations lointaines où il apporte avec les bienfaits de son art l'influence civilisatrice. Mais vouloir élever plus haut encore ces légitimes et assez belles prétentions, en faisant de la médecine une sorte de sacerdoce, et sous le prétexte que le médecin n'a pas seulement en vue l'individu, mais qu'il a en quelque sorte la tutelle de l'espèce elle-même, le mettre, pour ainsi dire, au-dessus de la loi, afin de mieux assurer sa haute mission, c'est, nous le craignons bien, s'exposer à un danger plus grave encore que celui que nous signalions tout à l'heure, et compromettre bien plus que servir les intérêts de notre profession.

En résumé, voici ce que nous répondrions à ceux de nos confrères qui nous feraient l'honneur de nous consulter sur cette question :

En thèse générale, le secret c'est la règle. S'il n'était obligatoire de par la loi, il le serait de par l'honnêteté et la morale, de par le serment d'Hippocrate, qui en est comme l'une des plus pures et des plus belles expressions. Mais il est des circonstances particulièrement difficiles et délicates, où il est presque impossible de fixer la limite entre ce que commande le devoir et ce que réclame l'humanité, circonstances qui échappent, en quelque sorte, à toute prescription légale et réglementaire, et vis-à-vis desquelles le médecin n'a, en réalité, d'autre guide que ses lumières et sa conscience. En vue de ces circonstances exceptionnelles, c'est presque trop déjà de la loi; vouloir y ajouter encore, sous prétexte de garantie, les entraves d'un engagement qui aliénerait la liberté d'action du médecin, ce serait méconnaître, à notre avis, toute l'étendue de ses droits et de sa responsabilité. (*Gazette des hôpitaux*, n° 22.)

D^r H. Brochin.

Discours de M. Boys de Loury, imprimé par décision de la Société.

Dans une de vos dernières séances, la Société ayant témoigné le désir que la question du secret médical dans le mariage fût mise à l'ordre du jour, quoique cette question eût déjà été traitée tant dans les journaux de médecine que par un certain nombre de sociétés, j'ai cru devoir vous présenter les réflexions et les faits qui vont suivre.

Quand on jette les yeux sur l'art. 378 du Code pénal, on voit que le médecin ne saurait divulguer les secrets qui lui sont confiés dans l'exercice de ses fonctions sans encourir une punition plus grave peut-être, dans certaines circonstances, que le préjudice commis par son indiscrétion.

Cet article est ainsi conçu : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auraient révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 à 500 francs. »

Disons que si les médecins sont spécialement désignés par cet article, celui-ci n'intéresse pas moins d'autres professions dans lesquelles on peut devenir dépositaire d'un secret, telles que celles de notaires, avoués, etc.

Mais si la loi est rigoureuse, la conscience ne l'est-elle pas moins? et, avant qu'un médecin ait pris connaissance de cet article, il avait compris de quel intérêt était sa discrétion envers les secrets confiés par ses clients, quelle responsabilité pesait sur lui en les divulguant, enfin qu'il serait indigne d'exercer une profession aussi honorable s'il contrevenait à ce devoir.

Il est si bien inscrit dans la conscience humaine qu'on n'avait pas attendu jusqu'au XIX^e siècle pour l'établir : dès l'antiquité, on avait transmis d'âge en âge ce serment d'Hippocrate, et, quoique les commentateurs ne soient pas d'accord sur son origine, il n'en est pas moins vrai que les médecins de cette époque avaient reconnu que « tout ce que le médecin verra ou entendra dans le commerce des hommes, soit dans ses fonctions ou hors des fonctions de son ministère, et qui ne devra pas être rapporté, il le tiendra secret, le regardant comme une chose sacrée. »

Il semble donc qu'en présence de ce serment qu'on fait encore prêter au récipiendaire dans quelques Facultés, qu'en présence de l'article si formel du Code, le praticien ne puisse en aucune circonstance faiblir devant une atteinte à sa discrétion, et que de plus, fort de sa conscience, on ne saurait jamais lui arracher le secret dont il est dépositaire.

Éliminons de la question le secret médical devant la justice, la justice surtout mêlée aux dissensions, aux passions politiques, et, si l'article du Code dit : *hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, que chacun se rappelle cette belle parole de Dupuytren aux magistrats voulant trouver à l'Hôtel-Dieu les agitateurs des troubles de cette époque : « Je ne connais pas d'insurgés dans mes salles, je n'ai vu que des blessés », réponse digne et noble de ce grand chirurgien, devant laquelle la justice n'a trouvé qu'à s'incliner, parole à la hauteur de la réponse de ce gouverneur de la Guyenne à l'ordre de la Saint-Barthélemy : « Je n'ai trouvé dans ma garnison que de braves gens de guerre, de bons citoyens et pas un bourreau. »

Quittons la ligne politique et rentrons dans la justice criminelle ordinaire. Voyez notre regretté Cazeaux, se laissant condamner pour faire discuter devant les sociétés savantes cette question du secret du praticien devant la justice, soutenue alors par l'appui de notre Société, et par une consultation que nous avait envoyée le respectable professeur Adelon, si sévère sur tout ce qui avait rapport à la législation; la question enfin, traitée par M. Paillard de Villeneuve, eut gain de cause devant la Cour, tant il est vrai que l'homme honnête qui a le courage de sa bonne conscience peut faire fléchir les rigueurs de la loi.

Mais si la position du médecin vis-à-vis d'une personne intéressée à connaître un secret est moins solennelle que devant la justice, elle n'en est pas moins aussi importante et aussi difficile; on peut se sentir faiblir devant des intérêts qui sont aussi sacrés que ceux du client dont vous tenez le secret, et c'est dans cette situation dans laquelle la conscience a besoin

de tous ses efforts que les sociétés ont posé la question du secret médical à l'occasion du mariage.

Voyons d'abord, pour asseoir notre jugement, comment plusieurs praticiens haut placés dans notre estime ont tenté de résoudre la question.

M. Diday est interrogé par le père d'une jeune fille dont le futur, en traitement pour une maladie syphilitique, est le client de M. Diday. Ne répondant pas immédiatement au père de la jeune fille, notre honorable confrère s'adresse à la conscience de son client, veut lui faire comprendre la gravité de sa situation et toutes ses conséquences. Rien n'ébranle ce dernier, il désire persister dans sa demande en mariage. Devant cette obstination, voulant ne rien révéler, M. Diday répond au père qu'il n'a rien à lui dire sur la santé de son futur gendre, et il croit se renfermer ainsi dans le texte de la loi.

M. Latour a compris que le secret ne pouvait pas être toujours absolu; mais, ne pouvant cependant le divulguer, il voudrait gagner du temps, ne pas répondre immédiatement à une question posée catégoriquement, laissant aux parties intéressées la réflexion, le moyen et le temps au client de se guérir.

Ces deux manières d'envisager la question obéissent-elles bien au texte de la loi? Dire, comme dans le fait de M. Diday : « Je ne puis vous répondre sur la santé de mon client », n'est-ce pas avouer qu'il est contaminé, ou si l'interrogateur n'a pas compris que c'était d'une maladie syphilitique qu'il était question, ne sort-il pas du cabinet du docteur avec l'idée d'une affection quelconque s'opposant au mariage? car il est bien évident que s'obstiner dans le silence, c'est avouer tacitement que l'union est impossible pour la conscience du médecin.

Dans le fait de M. Latour, prendre du temps, remettre à une époque déterminée, c'est avouer que le client est actuellement malade, et, si l'affection se prolonge, si elle empire, si elle devient, malgré les remèdes, constitutionnelle; à l'époque indiquée les difficultés seront les mêmes, et l'on se trouvera encore enchaîné par un mutisme absolu. Ce moyen peut réussir, et il a tiré d'embarras un médecin avant l'époque fixée par lui : le futur, déjà dans de mauvaises affaires, était en pleine déconfiture. En ce cas, le praticien s'est applaudi d'avoir satisfait au sens moral et médical. Mais ce fait est une exception; ce n'est pas parce qu'on est saturé de maladie vénérienne, qu'on fait de mauvaises affaires, et, si cette dernière raison, la plus péremptoire en fait de mariage, a donné gain de cause aux prévisions du médecin, il n'en a pas moins dû garder en lui le secret de la santé de son client.

En présence de ces difficultés qu'a parfaitement comprises M. Sales-Girons, et qu'il a exposées avec beaucoup de convenance et de force tant dans son journal que dans notre dernière séance, ce praticien distingué, sentant qu'on peut faiblir devant les instances d'une famille, veut être soutenu par le corps médical; il demande que l'Académie de médecine, que toutes les sociétés s'occupent de la question; puis, lorsqu'elle aura été jugée, le sens du silence absolu étant adopté, nous n'aurons qu'à montrer aux familles qui nous interrogeront l'article libellé dans notre agenda, ayant cette grande autorité du nombre et de la dignité des praticiens qui l'auront formulé, et forts de cet appui, nous nous renfermerons en toutes circonstances dans l'abstention absolue des renseignements qui nous seront demandés. Eh bien, je m'adresse à M. Sales-Girons lui-même, dont nous connaissons tous les bons sentiments et le cœur, résistera-t-il, je ne dis pas seulement au plaisir, mais à la justice de dire : C'est un jeune homme que je connais depuis son enfance; ses parents étaient mes clients; je ne connais dans la famille que des membres ayant une bonne santé; c'est un enfant de bonne souche, aussi intelligent, aussi laborieux, aussi honnête que sa constitution est belle, et je ne puis que vous féliciter d'un pareil choix.

Non, vous n'y résisterez pas, et nous pas davantage; il ne viendra à aucun de nous l'idée de faire lire votre terrible article qui devait nous fermer la bouche. Nous revenons donc malgré vous à ce que vous vouliez éviter : le silence indicateur des mauvaises causes.

Dirai-je que la plupart des praticiens qui, par le genre de leurs travaux, sont les plus compétents pour traiter cette question, notre honorable collègue Dechambre, dont vous avez lu l'article si remarquable dans la Gazette hebdomadaire, travail qui a autant de portée dans sa forme logique que sous le rapport légal, en admettant dans la grande majorité des circonstances le secret absolu, comprend qu'il en est d'autres où l'action doit être laissée à la conscience du médecin (1). D'autres confrères, tels que M. Martin Lauzer, se rangent du côté du secret absolu, inviolable; notre honorable confrère le docteur Caffe adopte également la même sévérité; mais, pour enlever au médecin ordinaire une responsabilité si lourde, il propose une consultation médicale dont le médecin ordinaire serait exclu, consultation qui servirait de jugement à l'aptitude au mariage.

Cette solution, qui offre le grand avantage de mettre le médecin ordinaire hors de cause, a été déjà adoptée par plusieurs praticiens, et moi-même, dans le cas d'un jeune homme qui avait été atteint de folie, j'ai décliné une responsabilité qui a été mise à couvert par M. Ferrus et d'autres aliénistes.

Mais si le médecin habituel livre à ses confrères son client sans leur faire aucune communication, ces derniers seront-ils bien suffisamment édifiés, non pas sur l'affection actuellement en cause, mais sur les antécédents qu'on aura intérêt à cacher ou à atténuer? Et d'ailleurs, si le médecin habituel doit garder le secret, est-ce une raison pour qu'il ne soit pas observé par plusieurs confrères en consultation?

Vous le voyez, messieurs, nous tournons dans un cercle vicieux; en voulant obéir à la loi, notre silence est révélateur ou au moins éveille les soupçons, et, dès que nous voulons éluder le *dura lex, sed lex*, nous ne contentons jamais ce texte rigide. Que faut-il donc faire? En appeler à votre propre loyauté, à votre bonne conscience, peser le tort que votre réponse fera à l'une ou l'autre famille. Dans la grande majorité des cas, vous garderez ou pourrez garder le secret, mais je ne sais pas si ce sera toujours d'une manière absolue. Je vais, à l'appui de cette opinion, vous présenter quelques faits; ils me sont tous personnels, nullement inventés pour le besoin de la cause, et tels qu'il n'est aucun de vous qui n'en aurait de semblables à nous communiquer.

J'ai déjà parlé de la folie. L'hérédité et les rechutes sont des questions bien graves en fait de mariage. Un jeune homme aliéné entra pendant quelque temps dans une maison de santé; après une manie furieuse, il se calma. Appartenant à une famille riche qui le fit voyager pour assurer sa guérison, tout faisait craindre le retour de son affection. Les antécédents de famille, une intelligence peu développée, une vanité démesurée, c'est avec ces dispositions que, quelques années après, on voulait le marier. Il était difficile de laisser ignorer qu'il avait été dans une maison de santé; c'était, d'ailleurs, connu de tous; mais on désirait que j'eusse masqué l'affection sous la dénomination de nerveuse, affection qui aurait, d'après les parents, facilement cédé. J'ai dit à la famille que, si l'on m'interrogeait, je m'expliquerais franchement sur les suites probables de l'affection mentale. Ce jeune homme manqua plusieurs mariages sans qu'on soit venu m'interroger, et il a fini par trouver une alliance bien au-dessous de ses prétentions. Une dizaine d'années s'est écoulée depuis sans qu'il y ait encore eu de rechute; mais, dans des cas semblables, je crois qu'il est du devoir du médecin d'avertir son client de sa détermination de dire la vérité.

C'est toujours ainsi que j'ai agi dans des cas de phthisies commençantes et pour de jeunes personnes nées de mères

(1) Notre opinion n'est pas tout à fait celle que nous attribue notre honoré confrère. Pour nous, l'obligation du secret est *toujours* inviolable; seulement, l'action du médecin peut et doit s'exercer de mille manières sous la réserve de ce devoir impérieux.

A. D.

cancéreuses, ainsi que pour des épileptiques. Cette méthode un peu rigide m'a fait perdre quelques clients; mais je n'ai eu à trahir ni eux ni la vérité.

Un jeune homme que j'avais traité d'un bubon en sortant de collége est pris de symptômes constitutionnels, après lesquels il devient scrofuleux. Plusieurs années se passent; il doit épouser une de ses parentes, dont le père a eu connaissance de ses antécédents. On me prévient de sa visite; j'exige qu'elle soit faite en présence de mon client et des deux familles. Malgré l'exposé de la triste vérité, les jeunes gens s'aiment, et le mariage se fait. Ici je ne pouvais cacher les antécédents du jeune homme, bien connus, comme je l'ai dit, de son futur beau-père. Mais devais-je me taire sur les prévisions qui n'ont pas manqué de s'accomplir? Deux fausses couches, un enfant contrefait, un mari malade soigné par une jeune femme qui le voit succomber après une dizaine d'années de mariage. Et, dans les cas semblables, ai-je tort d'avertir une famille honorable des dangers qu'elle court, abordant la question devant les deux parties, du consentement du client?

Je vois un jeune homme de grande famille, débauché, atteint de syphilis constitutionnelle, que je ne puis guérir à cause de son genre d'existence, ayant dissipé sa fortune, adoré, malgré ses vices, par une mère faible qui ne pense qu'à le voir marié pour réparer les brèches du blason. Croyez-vous qu'il serait bien moral à moi de me renfermer dans un silence douteux et de laisser unir à une jeune fille pure un homme qui la souillera de toutes manières, laisser entrer dans une famille honorable un dissipateur qui engloutira sa fortune? J'ai déclaré à la mère que je ne cacherais rien de la vérité, et en le faisant je crois obéir à un acte de conscience.

Je pourrais, messieurs, multiplier les exemples; mais je crois que les faits que je viens de vous exposer rapidement suffiront pour fixer devant vous mon opinion.

Oui, dans le plus grand nombre des circonstances, le médecin gardera le secret sur la santé de son client. Dans tous les cas, ce dernier devra être averti des démarches qu'on a faites auprès du médecin pour connaître sa position de santé, et une déclaration franchement faite devant les parties pourra mieux les éclairer, car si l'enquête craint une maladie syphilitique, je suppose, elle peut en exagérer les conséquences; le médecin, dans beaucoup de cas, rassurera sur ce point. Qu'une consultation soit ensuite provoquée, comme le demande notre confrère Caffe, elle peut juger dans le sens du médecin ordinaire, et l'on aura eu l'avantage de dire la vérité tout entière et de ne pas nuire à une union qui, au moins par ce fait, n'a pas de raison pour être malheureuse.

Dans la position très fréquente où la personne qui vient vous interroger connaît les antécédents de votre client, pouvez-vous vous renfermer dans votre mutisme? On ne vous demande qu'à calculer les conséquences d'une ancienne affection ou d'une constitution native, soit pour la femme, soit pour les enfants; pouvez-vous refuser un conseil que tout autre praticien moins instruit que vous sur les faits ne craindra pas de donner? Ici encore la consultation avec le médecin habituel sera d'un grand poids pour ce dernier.

Enfin croyez-vous que, dans le dernier fait que je vous ai exposé, je craindrais de dire à la partie contractante la vérité sur le côté immoral et nosologique de mon client? Lors même que l'art. 378 serait invoqué par lui, je serais assuré de mon absolution par les tribunaux. Oui, la loi est dure dans son texte, et elle doit rester ainsi, c'est l'arche sainte à laquelle il ne faut pas toucher, et, quand il arrivera à son application, le magistrat dans sa justice dira : Vous avez bien agi.

Ainsi donc, messieurs, la conduite du médecin ne saurait, selon moi, être inflexible dans la question qui vous est soumise; ce ne peut être une ligne droite dont on ne saurait dévier. Que si l'on vient m'opposer les gens faibles qui auront besoin de la loi pour soutien, les gens d'une délicatesse douteuse pour lesquels la loi doit être faite, je dirai qu'il ne faut pas s'arrêter aux exceptions; nos études nous ont habitué à cette haute et sévère moralité sans laquelle notre ministère ne serait qu'un vain nom; elles nous ont initié à la connaissance des hommes. Le tact, l'expérience nous serviront dans ces occasions délicates; mais surtout notre conscience, en dirigeant notre jugement, nous dira : Fais ce que dois, advienne que pourra!

J. BOYS DE LOURY.

Par arrêté du 5 mars, MM. Jaccoud, Racle, Fournier, et Bucquoy sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (section de médecine proprement dite et de médecine légale). Ils entreront en activité de service le 1er novembre 1865.

— Un concours pour l'agrégation en chirurgie et en accouchements à la Faculté de médecine de Paris s'ouvre aujourd'hui 10 mars.

Les juges sont : MM. Denonvilliers, président; Broca, Depaul, Gosselin, Jobert (de Lamballe), Larrey, Laugier, Malgaigne et Nélaton.

Juges suppléants : MM. Foucher et Velpeau.

Les candidats pour la chirurgie sont : MM. Bastien, de Saint-Germain, Després, Guillon, Labbé, Lefort, Legendre, Panas, Parmentier, Péan, Rambault et Tillaux.

Les candidats pour les accouchements sont : MM. Bailly, Charrier, Guéniot, Joulin, Mattei et Salmon.

Les questions proposées sont : pour la section de chirurgie : *Des articulations en général* (anatomie et physiologie). Pour la section d'accouchements : *Le placenta et circulation utéro-placentaire*.

Ont été nommés dans la Légion d'honneur au grade d'officier, M. Walther, chef du service médical à Vera-Cruz. — Au grade de chevalier, M. Manenti, chirurgien auxiliaire de troisième classe de la marine.

— Un concours pour la place de chef des travaux anatomiques, vacante dans la Faculté de médecine de Montpellier, sera ouvert au 15 avril prochain. Les candidats devront déposer leurs pièces au secrétariat de la Faculté, au plus tard le 1er avril.

— Un concours pour une place de chirurgien adjoint à l'hôpital civil d'Alger s'ouvrira à Alger le 20 avril prochain.

Les fonctions des chirurgiens adjoints sont gratuites; mais au fur et à mesure des vacances, ils sont appelés aux emplois de chirurgiens titulaires. Les émoluments de ces derniers sont de 1,500 francs par an.

— Un décret du 25 février vient de réorganiser l'administration du Muséum d'histoire naturelle, et de fixer les émoluments des professeurs et employés de toute classe de cet établissement.

— Le cours sur l'*histoire naturelle de la syphilis* que M. le docteur Diday continue en ce moment à l'Ecole pratique, sera publié presque aussitôt après la dernière leçon.

A cette occasion, nous sommes prié de faire savoir que M. Diday ne reconnaît et n'entend avouer comme sienne aucune autre rédaction de son cours que celle qui sera annoncée comme *revue* et *annotée* par lui.

— Un cours de physique, chimie et histoire naturelle, pour le premier examen de fin d'année et le troisième de doctorat, commencera le 16 courant et sera continué chaque soir, de sept heures à neuf heures, rue Contrescarpe, 18 (Panthéon), dans le laboratoire de M. E. Goubert, professeur dans un des colléges de Paris.

— On annonce la mort de MM. les docteurs Lafont (Nantes), Rougier (Lyon), Massé (Rennes), Dupuy (Bordeaux), L. Gemelli (Italie), Eschricht (Copenhague), Martens (Louvain), Guggenbühl (Abendberg).

— M. le docteur Roger (de l'Orne), inspecteur de la vérification des décès, vient de succomber, à l'âge de soixante-quatre ans, aux suites d'une grave et longue maladie.

— Par arrêté de M. le préfet de la Seine, MM. les docteurs Brongniart fils et Humbert ont été nommés inspecteurs du service de la vérification des décès, en remplacement de MM. Chapotin de Saint-Laurent et Roger (de l'Orne).

— Par ordonnance de M. le président du tribunal civil de la Seine, en date du 11 mars, M. le docteur Legrand du Saulle a été nommé expert assermenté, en remplacement de M. Roger.

— A la suite des concours ouverts à l'Hôtel-Dieu de Nantes, à la fin de l'année dernière, ont été nommés : MM. les docteurs Chartier et Th. Laennec, médecins suppléants des hôpitaux; M. le docteur E. Vignard, chirurgien suppléant.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 20 MARS 1863. — N° 12.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Épidémie de rougeole : Moyen de hâter les éruptions tardives. — Société de biologie : Dégénération graisseuse du foie, des reins et des muscles, sous l'influence de l'empoisonnement aigu par les allumettes chimiques. — II. **Travaux originaux.** Thérapeutique : Traitement des congestions cérébrales, ainsi que des dyspepsies et gastralgies, par la médication arsenicale. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Emploi thérapeutique du Datisca cannabina. — Observation de maladie d'Addison avec lésion des capsules surrénales. — De l'ictère grave des femmes enceintes. — V. **Variétés.** — VI. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VII. **Feuilleton.** Lettres historiques sur la médecine chez les Indous.

I

Paris, 19 mars 1863.

ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE : MOYEN DE HATER LES ÉRUPTIONS TARDIVES. — *Société de biologie :* DÉGÉNÉRATION GRAISSEUSE DU FOIE, DES REINS ET DES MUSCLES SOUS L'INFLUENCE DE L'EMPOISONNEMENT AIGU PAR LES ALLUMETTES CHIMIQUES.

Tous les praticiens de Paris savent que les fièvres éruptives, mais surtout la rougeole, y sévissent sur une grande échelle. Comme il arrive souvent, l'exanthème rubéolique n'apparaît souvent qu'après des prodromes d'assez longue durée, et quelquefois après une ou plusieurs rémissions des symptômes généraux ; rémissions assez complètes et assez persistantes pour ramener involontairement le médecin à l'idée d'une simple grippe. La pratique privée nous a offert plusieurs exemples de ce genre, dans lesquels les petits frissons, les brisures des membres, la fièvre, avaient disparu pendant quatre ou cinq jours ; si bien que les petits malades avaient recouvré l'appétit et repris à peu près leurs habitudes de vie, quand l'éruption s'est enfin montrée. Mais il faut ajouter que, dans ces cas, si l'on procède à une investigation très attentive, on reconnaît que la santé ne s'était pas entièrement rétablie, que les enfants étaient restés pâles, tristes ou maussades, et que leur sommeil restait agité.

Nous n'aurions pas cru utile de relever ce trait de l'épidémie, avec lequel tout médecin doit être familiarisé, si nous ne trouvions dans la REVUE MÉDICALE du 15 mars une note du docteur Tourrette, ayant pour titre : *Des applications de l'huile de croton tiglium pour provoquer les manifestations de la rougeole.* Notre confrère invite la REVUE à provoquer sur ce sujet des observations que l'existence de l'épidémie actuelle rendrait opportunes. Pour lui, il a appliqué l'huile de croton *en frictions sur le thorax* dans cinq cas d'éruption réfractaire, et cinq fois la sortie de l'exanthème général a suivi de près l'emploi de la friction.

Le rôle d'un journal est fréquemment de porter à la connaissance du lecteur des innovations thérapeutiques qu'il

FEUILLETON.

Lettres historiques sur la médecine chez les Indous.

Troisième lettre. — Voir t. IX, n° 18, et t. X, n° 8.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Enseignement et exercice de la médecine chez les Indous.

Monsieur le rédacteur,

Remontons un instant, par la pensée, à trente ou trente-cinq siècles en arrière, et transportons-nous sur les bords d'une des rivières tributaires de l'Indus, aux confins de la Bactriane, au milieu d'une de ces petites communautés patriarcales qui couvrent le pays. La nuit fait place au jour ; les premiers rayons du soleil dorent les toits des chaumières et des étables, dans l'intérieur desquelles les troupeaux de bœufs et de moutons attendent avec impatience l'heure où la liberté va leur être rendue. Près de ces habitations, s'élève un petit tertre surmonté d'une sorte d'autel formé d'une grande pierre plate, dont la surface noircie est divisée en trois foyers séparés. Le père de famille achève les préparatifs du sacrifice ; un vase contenant du miel, un autre rempli de beurre fondu destiné à alimenter la flamme, et que cet usage a rendu sacré, se trouvent près de lui. Il vient de déposer près de l'autel un mortier de bois qui a servi à la préparation du *soma*, liqueur enivrante extraite par trituration de l'*Asclepias acida*, et jugée digne d'être offerte aux divinités ; sa fille, empressée à l'aider, apporte le filtre de peau à travers lequel va se clarifier la précieuse boisson.

Cependant la flamme commence à s'élever au-dessus du triple foyer ; tous les membres de la famille se rangent en silence autour de l'autel. Le *rishi*, après avoir, avec une longue cuiller de bois, versé du beurre fondu sur la flamme, prend dans sa main un vase plein de *soma* ; puis, se tournant vers le

croit parfaitement illusoires. Nous craignons bien qu'il n'en soit ainsi dans la circonstance. La première condition pour pouvoir juger de la valeur des essais de M. Tourrette serait de connaître le nombre de jours qui se sont écoulés entre les premiers symptômes prodromiques et l'éruption. Or, la seule observation qu'il relate, et encore très succinctement, ne contient sur ce point essentiel aucune indication précise. « Plusieurs jours » avant l'arrivée du médecin, et « plusieurs jours » après, font un laps de temps qui pourrait mesurer la période prodromique des rougeoles les plus normales, et à plus forte raison des rougeoles tardives. L'éruption, si l'on nous passe cette banalité, ne s'est montrée le lendemain de l'application du topique irritant, que parce que le topique avait été appliqué la veille de l'éruption.

Nous ne voulons pas dire assurément que les excitants cutanés soient impuissants à décider la manifestation exanthématique ; mais il faut que l'excitation soit générale, comme est celle qu'on obtient par l'emploi des bains de vapeur, du bain sinapisé ou de l'enveloppement dans des couvertures imprégnées de vapeurs aromatiques. Nous croyons néanmoins qu'il est un exanthème fébrile, autre que la rougeole, dans lequel le moyen proposé par M. Tourrette pourrait trouver son emploi : c'est la scarlatine. La scarlatine, on le sait, se montre quelquefois par plaques peu étendues et séparées les unes des autres : dans certains cas même, il n'existe qu'une seule plaque. C'est ce qui nous paraît arriver de préférence dans la forme miliaire. Alors, il est souvent avantageux, urgent même, d'activer ces *poussées* locales, de les ramener quand elles se suspendent trop vite, et des frictions à l'huile de croton auraient cet effet. Mais cette action est plus incertaine, plus lente surtout, que celle du sinapisme ou de l'ammoniaque, et l'on recourra toujours de préférence à l'emploi de ces deux agents.

— Dans l'une des dernières séances de la Société de biologie (7 mars), M. Lancereaux, à propos d'un fait qui venait de se passer dans le service de M. le docteur Vigla, à l'Hôtel-Dieu, a appelé l'attention sur une altération peu commune, et qu'il a eu l'occasion de constater déjà à plusieurs reprises dans les cas d'empoisonnement par la pâte phosphorée : c'est une dégénération graisseuse du foie, des reins, du cœur et des muscles de la vie animale se produisant dans l'espace de quelques jours.

Le malade qui se présenta dans le service de M. Vigla était un jeune homme de vingt-quatre ans, qui avait avalé la pâte phosphorée provenant d'un paquet d'allumettes chimiques. D'abord les symptômes restèrent bornés à la région de l'estomac ; puis une amélioration légère paraissait avoir eu lieu, lorsque survinrent l'ictère et quelques troubles cérébraux. Le malade succomba vers la fin du quatrième jour.

A l'*autopsie*, qui fut faite par M. D'Heilly, interne de M. Vigla, on constata à peine quelques points rosés à la surface de la muqueuse stomacale ; le tube intestinal était intact ; il y avait des ecchymoses nombreuses dans le tissu cellulaire sous-cutané, sous le péricarde et dans les interstices musculaires. Le cœur, le foie et les reins offraient une coloration jaunâtre assez particulière ; le foie paraissait plutôt un peu augmenté de volume. A l'examen microscopique, on trouvait la plupart des cellules de cet organe détruites ou atrophiées et méconnaissables, une masse granuleuse, des granulations et des gouttelettes graisseuses très abondantes. Les cellules épithéliales des tubuli des reins présentaient une altération analogue ; elles étaient également détruites et remplacées, pour le plus grand nombre, par des granulations graisseuses. Les fibres musculaires du cœur avaient perdu toute espèce de striation ; et, dans tous les points de l'organe, on ne trouvait plus qu'un amas de granulations à l'intérieur du myolemme. La coloration du cœur permettait de présumer l'existence de cette altération. Les muscles de l'œil, d'une teinte jaunâtre, se trouvaient altérés de la même façon ; leurs fibres étaient entièrement granuleuses. Dans un certain nombre des muscles des membres et du tronc, quelques fibres seulement avaient subi la même dégénération.

Ce fait est le quatrième du même genre qu'a observé M. Lancereaux : dans les deux premiers, la dégénération graisseuse du foie avait seule attiré son attention et lui avait rappelé l'altération de l'ictère grave ; mais, dans les deux derniers, il constata de plus la dégénération de la fibre musculaire. Cette dernière lésion était tellement prononcée dans un cas relatif à une jeune personne de vingt-deux ans, que les muscles du tronc étaient remarquables tant par leur friabilité que par leur coloration jaunâtre.

Tous les faits d'ailleurs ont présenté une analogie parfaite quant aux symptômes et quant aux lésions trouvées à l'autopsie. La mort est toujours arrivée dans l'intervalle du quatrième au sixième ou septième jour qui a suivi l'empoisonnement, lequel a eu lieu trois fois sur quatre à l'aide des allumettes chimiques.

M. Lancereaux insiste sur l'importance de ces faits relativement à la physiologie pathologique, à la pathologie et à la

---

côté où l'horizon brille d'un doux éclat, il récite un de ces hymnes qui, conservés dans sa mémoire et destinés à être transmis à son fils, sont un des apanages les plus précieux de sa famille, parce qu'ils attirent sur elle les divines faveurs.

« Aurore, dit-il, forte, sage et opulente, reçois nos offrandes » et les chants du poëte ; déesse antique et toujours jeune, » prévoyante et ornée de tous les biens, tu aimes à suivre nos » sacrifices.

» Aurore, déesse immortelle, brille sur ton char magnifique » et provoque la prière ! Tu as la couleur de l'or. Que tes » coursiers, robustes et soumis, t'amènent vers nous.

» Aurore, tu te dresses au-dessus de tous les mondes, et tu » annonces l'astre immortel. Sans cesse nouvelle, viens d'une » marche uniforme, faisant pour ainsi dire rouler ta roue dans » la même ornière.

» La riche épouse du soleil, l'aurore s'en va, telle qu'une » femme qui déploie son voile. Elle produit la clarté ; bonne » et fortunée dans ses œuvres, elle s'étend de l'extrémité du » ciel à l'extrémité de la terre.

» A vos yeux brille la divine aurore ; portez-lui vos offrandes » et vos hymnes. Honorée avec le miel de nos libations, elle » élève dans le ciel ses heureuses lumières et charme nos re- » gards par ses brillantes clartés.

» Les rayons de la pieuse déesse se font sentir du haut des » airs. De ses riches splendeurs elle colore le ciel et la terre. » O Agni (dieu du feu, latin *ignis*), tu reçois les dons de l'ho- » locauste et accueilles favorablement l'aurore qui s'avance » avec pompe.

» Dans le foyer lumineux où siége Rita (le soleil levant), ce » dieu, qui féconde les aurores, essaye ses rayons et s'empare » de l'immensité du ciel et de la terre. » (*Rigvéda*, sect. III, lect. 4, hym. 6, trad. Langlois, t. II, p. 96.)

L'hymne précédent, dont la beauté et la poétique fraîcheur n'échapperont à personne, parce qu'elles se retrouvent même dans la traduction française, nous ramène réellement tout à

médecine légale. A ce dernier point de vue, la constatation des lésions qu'il signale peut avoir la plus grande utilité. Elles serviront en effet à contrôler les recherches chimiques destinées à découvrir la présence du phosphore, et, dans les cas où ces dernières sont insuffisantes, elles permettront encore, sinon d'affirmer, tout au moins de soupçonner l'existence de l'empoisonnement, surtout s'il existe quelques désordres anatomiques du côté de l'estomac. L'ictère grave paraît être la seule maladie dont les altérations aient de l'analogie avec celles que détermine l'empoisonnement aigu par les allumettes chimiques; mais la ressemblance de ces lésions, à part peut-être la dégénérescence graisseuse des muscles sur laquelle M. Lancereaux a appelé l'attention, est telle que, G. Lewin (1) ayant démontré l'existence d'une altération graisseuse du foie à la suite de l'empoisonnement par le phosphore, plusieurs médecins allemands n'hésitèrent pas à rapporter à la même cause certains faits d'ictère grave publiés par des hommes de la valeur de Wunderlich et de Rokitansky. Dans un travail récent (*Archiv der Heilkunde*, t. IV, 1863), Wunderlich combat cette interprétation à l'aide de faits dans lesquels il n'est pas possible d'invoquer l'action du phosphore, et qu'il décrit sous la dénomination d'ictère pernicieux à forme toxique.

Quoi qu'il en soit, dit M. Lancereaux, si de nouveaux faits confirment nos recherches, les altérations que nous avons constamment rencontrées jusqu'ici dans plusieurs cas d'empoisonnement aigu par la pâte phosphorée constitueront un caractère de cet empoisonnement dont il sera bon de tenir compte à l'avenir.

En présence de ces altérations, on se demande si l'empoisonnement chronique que l'on constate quelquefois chez les individus employés à la fabrication des allumettes chimiques ne peut pas produire d'autres désordres que la nécrose des maxillaires. Une observation rapportée par M. Magnus Huss et quelques faits consignés dans la thèse d'agrégation de M. Trélat commanderaient peut-être des recherches spéciales sur ce sujet.

A. DECHAMBRE.

(1) Virchow (*Archiv für Physiologie*, t. XXI, p. 5 et 6), Koch (*Correspondenz-Blatt*, t. XXXI, p. 32) et R. Köhler (*Ibid.*, p. 33) ont depuis constaté l'existence de la même altération sous l'influence du même agent toxique. Les recherches de M. Lancereaux confirment d'autant mieux celles de nos confrères d'outre-Rhin qu'il paraît les avoir complétement ignorées.

A l'Académie de médecine, M. Robinet a terminé le discours resté inachevé à la précédente séance, M. Bouchardat a protesté contre l'interprétation donnée par un autre orateur à son opinion sur le rapport des qualités chimiques des eaux avec leurs qualités hygiéniques; M. Briquet enfin a maintenu tout ce qu'il avait dit dans sa première argumentation. La discussion sera close sans doute mardi prochain, après la réplique générale de M. le rapporteur. A. D.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

TRAITEMENT DES CONGESTIONS CÉRÉBRALES, AINSI QUE DES DYSPEPSIES ET GASTRALGIES PAR LA MÉDICATION ARSENICALE, par M. le docteur MASSART.

Suite et fin. — Voir le n° 11.

Dyspepsies et gastralgies.

Il est de notoriété historique et déjà ancienne que les habitants des environs d'Obersteyer employaient l'arsenic comme stomachique et comme un excellent agent excitateur de l'appétit; c'est dans ce but qu'ils le mêlaient au fromage, qui figure, suivant l'usage, à la dernière phase du repas. Aliment superflu, puisqu'il paraît quand l'appétit est satisfait, et excédant alimentaire, puisqu'il apporte un surcroît de travail à l'estomac, il perdait ces deux inconvénients, grâce à l'addition de l'arsenic et à sa vertu stomachique et excitatrice de l'appétit. Les habitants d'Obersteyer avaient donc résolu un problème d'hygiène gastronomique, ou plutôt ils tenaient cette solution, comme cela arrive toujours, de quelque savant obscur, dont la reconnaissance populaire n'a pas l'habitude de conserver le nom, pas plus en Allemagne qu'ailleurs. On retrouve la pratique de ces populations dans d'autres parties de l'Allemagne, sous des formes d'application différentes, mais suggérées par la connaissance commune des mêmes propriétés physiologiques de l'arsenic. Dans certaines contrées, l'Allemand administre cette substance aux animaux qui ont perdu l'appétit, pour les mêmes motifs qui l'ont déterminé à en faire usage pour lui-même. Aujourd'hui cette pratique, que le peuple a transportée de l'hygiène humaine dans l'hygiène vétérinaire, fleurit clandestinement dans certaines parties de l'Allemagne, en dépit des révolutions et des prohibitions légales. Les savants du pays n'ont fait que confirmer ce que je viens de rapporter, et ils ne pouvaient faire autrement, puisqu'ils venaient en sous-œuvre et précédés par la tradition. Vogt dit : « Il est incon-

fait au berceau de la civilisation arienne. A l'heure où nous sommes, il n'y a encore aucune espèce d'organisation du culte public; c'est le père de famille qui chaque jour, au milieu de tous les siens, élève vers les puissances de l'univers leur commune prière. Mais cet homme, que nous venons de voir chanter les louanges de l'aurore, dont le spectacle le ravit, n'adressera pas toujours aux dieux des prières aussi désintéressées; c'est lui qui demain, après une pieuse invocation au puissant Varuna (pron. *Ouarouna*, cfr. grec Οὔρανος, latin *Uranus*), lui dira timidement :

« Vers toi, comme l'oiseau vers son nid, volent mes pensées » pour obtenir une existence prospère. » (*Rigvéda.*)

Puis peu à peu il s'enhardira et formulera ses demandes d'une façon plus positive : tantôt l'opulence relative de son voisin lui faisant envie, il implorera l'accroissement de ses troupeaux et leur prospérité. Une autre fois, il racontera les vices de son ennemi et fera valoir toutes les raisons pour lesquelles il désire sa perte; en d'autres circonstances enfin, inquiet au sujet de sa santé ou de celle de sa femme et de ses enfants, il motivera ses prières dans ce sens.

Dans un hymne adressé aux deux Açwins (personnages mythologiques, à physionomie encore un peu vague d'après le *Rigvéda*, mais mieux caractérisée plus tard, et qui ne sont pas sans analogie avec les fils d'Esculape), le *rishi* s'écrie : « O » Açwins, trois fois vous nous donnez les médicaments cé» lestes, trois fois les médicaments terrestres, trois fois aussi » les médicaments qui viennent des eaux (liqueurs des liba» tions). Maîtres de la prospérité, donnez à mon fils la fortune » de Çamyou (sanscrit *çama*, heureux); donnez-lui cette santé » qui résulte de l'*harmonie des trois humeurs*. (*Rigvéda*, sect. I, lect. 3, hym. 2.)

Nous voici en face d'une théorie physio-pathologique et d'une matière médicale; nous arrivons à l'exercice de la médecine dans le sens rigoureux du mot. Mais, avec la science, naît nécessairement l'homme de science. Pour cette raison et d'autres que nous avons énumérées dans le chapitre précé-

» testable que les chevaux vieux et infirmes recouvrent l'appétit, » la vivacité et les forces, si on leur fait prendre de l'arsenic.» (*Arzneimitte Uehre*, t. Ier, p. 507.) Hecker en a fait usage avec succès contre certains troubles de la digestion : *Celerem digestionis læsæ restitutionem, ciborumque appetitum adeo eximium, ut vix satisfacere si possent ægroti*. D'après cette citation de Hecker, on serait tenté de croire que l'arsenic est réintégré dans le domaine médical, et que ses applications vont être fécondées et multipliées par l'esprit scientifique : il n'en sera rien, et l'Allemagne savante, qui connut la première la coutume d'hygiène gastronomique des habitants d'Obersteyer, et qui apprit, la première aussi, de Hecker ces données révélatrices : « les » préparations arsenicales rétablissent promptement l'estomac » dans les conditions les plus favorables à la digestion et pro- » duisent un appétit merveilleux » ; l'Allemagne savante, dis-je, reçut en plein visage la lumière de ces faits et de leur signification féconde; elle eut sous les yeux les éléments de l'idée mère, qui devait inspirer la belle application de l'arsenic aux dyspepsies, et ne sut pas prendre l'initiative facile de cette application.

Ce fut en Angleterre et en France surtout que l'idée mère, mort-née dans le mode médical d'outre-Rhin, fut ranimée, grandit, se développa et produisit des faits thérapeutiques nouveaux. En 1809 et en 1810, un médecin anglais, Hille, recommande l'arsenic contre les dyspepsies : l'expression est formelle; la voie nouvelle est trouvée; l'application est faite. En France, l'étude thérapeutique et la pratique ont été plus tardives peut-être, mais elles se distinguent par une marche continue, sûre et progressive, et l'on peut dire que la France s'est approprié l'idée mère d'outre-Rhin et l'a faite ce qu'elle est aujourd'hui, grande et belle, comme je m'en suis assuré et comme je le démontrerai. L'idée d'administrer l'arsenic contre les dyspepsies a été suggérée chez nous non-seulement par les faits populaires de l'Allemagne, mais encore par des considérations puisées à des sources sérieuses et scientifiques. Un médecin de Reims fit remarquer que les succès répétés du sous-nitrate de bismuth contre les dyspepsies gastralgiques ou non, pouvaient s'expliquer par la présence de l'arsenic, que ce sel contient toujours quand il n'est pas parfaitement pur. M. le professeur Trousseau, si mes souvenirs sont exacts, a émis la même opinion sous une forme plus positive. La découverte chimique des sels arsenicaux dans les eaux minérales consacrées aux dyspeptiques par un long usage thérapeutique, a fait penser également que l'arsenic avait au moins une part notable dans l'efficacité des sources. Voilà les faits et les considérations qui ont servi de base en France à l'administration des préparations arsenicales contre les dyspepsies et les gastralgies. Cette base était rationnelle; la pratique n'a cessé de démontrer jusqu'à ce jour que les déductions de thérapeutique appliquée qui en sont sorties sont justes et heureuses.

En 1846, M. le docteur Tessier a constaté l'utilité de l'arsenic dans les gastralgies intenses et opiniâtres, qui ont résisté aux préparations de morphine, aux antispasmodiques, à la noix vomique, etc., il a confirmé l'exactitude de l'observation des Allemands sur sa singulière propriété d'augmenter l'appétit et de faciliter les digestions; en même temps il a fait observer le premier que les préparations arsenicales diminuent la sensibilité de l'estomac, observation précieuse qui explique en grande partie comment et pourquoi elles sont utiles dans les gastralgies. Le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES a publié un cas de gastralgie traitée et guérie par l'arsenic (avril 1849, p. 149).

Dans un travail sur la dyspepsie et son traitement, M. le docteur Bourguignon signale, chez les vieillards et les sujets prédisposés à la consomption nerveuse, l'indication de stimuler leur système nerveux, et surtout le grand sympathique, à l'aide de la strychnine, et de préférence à l'aide des préparations arsenicales. Je ne saurais dire, ajoute-t-il, quels services rend journellement l'arsenic à ces organisations épuisées, soit par les excès, soit par une nutrition insuffisante. (*Bulletin de thérapeutique*, p. 401, 15 novembre 1860.)

Les dyspepsies réfractaires, avec extinction plus ou moins complète du sentiment de la faim, contre lesquelles, suivant M. le docteur Debout, cet agent médicamenteux développe une incontestable efficacité, sont des dyspepsies qui appartiennent au même cadre général que celles que désigne M. le docteur Bourguignon ; qu'elles se montrent chez les vieillards, chez les personnes prédisposées à la consomption nerveuse, ou bien chez d'autres sujets avec abolition du sentiment de la faim, elles portent un cachet commun qui les caractérise, l'atonie; elles sont toutes des dyspepsies atoniques.

M. le docteur Germain vient de publier un mémoire dans lequel il établit, à l'aide de 17 observations puisées dans sa pratique, la vertu antidyspeptique de l'acide arsénieux (*Scalpel*, 1861). Il l'administre en pilules, à la dose d'un milligramme par jour au commencement de l'un des repas et pendant un temps prolongé. Il ne fait suivre aucun régime spécial aux malades, leur recommande d'éviter seulement les excès et de s'abstenir d'aliments notoirement indigestes.

Parmi les médecins belges, je ne connais que M. Puttnert qui ait publié en 1850, dans le JOURNAL DE MÉDECINE DE BRUXELLES, une observation de névrose de l'estomac guérie par l'emploi de l'arsenic.

J'ai administré très souvent les préparations arsenicales dans la dyspepsie et dans la gastralgie, et je puis donner sur cette médication appliquée à ces espèces morbides des renseignements qu'on ne rencontrerait nulle part ailleurs.

L'arsenic excite l'appétit d'une manière remarquable. J'ai eu plus de mille fois l'occasion de contrôler ce fait, et je dois assurer qu'il a lieu dans la généralité des cas; les cas où il n'a

---

dent, le père de famille n'osera bientôt plus se fier à ses propres lumières, et nous verrons alors le personnage qui nous occupe se partager en trois individualités distinctes : le *praticien*, successeur immédiat du *rishi*; le *client*, qui fera les frais du sacrifice ; l'*élève*. Quand un membre de la famille deviendra malade, c'est toujours au prêtre qu'on aura recours, mais au prêtre spécialement instruit dans l'art de guérir, et sachant au besoin joindre les breuvages aux prières. Dans l'intérêt du salut du malade, on fera *dire des messes*, c'est vrai, mais des *messes médicales*. Quant à l'étude de la médecine, après les conditions morales exigées, un peu de mémoire est encore tout ce qu'il faut pour arriver au premier rang.

Les médicaments employés tout d'abord furent naturellement les substances en usage dans l'accomplissement du sacrifice : le beurre fondu, le soma, etc. Puis peu à peu la science s'enrichit et s'organise, l'art vrai se constitue, et, après les temps védiques, nous trouvons la situation du médecin parfaitement tranchée, et la littérature médicale, sous le nom d'*upavéda*, véda secondaire, rangée près de celle relative aux arts, à la musique, à la guerre, etc. Mais ici notre sujet se divise naturellement en deux parties qui demandent d'être traitées séparément : l'étude scientifique et pratique, et l'exercice de l'art.

I

ÉTUDE DE LA MÉDECINE. — ENSEIGNEMENT PAR LES BRAHMANES. — DISCIPLES ET MAÎTRES. — ENSEIGNEMENT DOMESTIQUE PAR LES VAIDYAS.

Nous voici arrivés au milieu de la société brillante et agitée du monde brahmanique. Quatre castes distinctes partagent, comme on sait, la population : au bas de l'échelle sociale on rencontre les *çoudras*; cultivateurs ou bergers, ils sont, en toutes circonstances, les humbles serviteurs des hommes des autres castes. Au-dessus d'eux viennent les *vaiçyas*, race de négociants et d'industriels; dépositaires d'une grande partie de

pas lieu sont en petit nombre, il est vrai; je les mentionne néanmoins, parce que je les ai rencontrés. C'est particulièrement contre l'inappétence causée par des affections ou des préoccupations morales tristes ou concomitantes de la troisième période de la phthisie pulmonaire que j'ai vu échouer l'arsenic. Je m'empresse d'ajouter néanmoins que, chez d'autres tuberculeux à cette même période, je n'ai pas eu d'insuccès sur ce point.

Cette substance facilite la digestion. Ce résultat est aussi évident et aussi bien démontré pour moi que le précédent; il est aussi facile à constater, parce qu'il se manifeste avec le début de l'usage du médicament et dès les premières doses. Pour rendre nos expérimentations exemptes d'erreur, j'avais la précaution, dans la première phase de mes études, d'employer la préparation arsenicale seule et de n'introduire, pendant le temps de son usage, aucune modification diététique ou hygiénique pouvant exercer directement ou indirectement une influence favorable sur l'estomac. Aujourd'hui que ma conviction est faite, je n'hésite pas à prescrire en même temps d'autres médicaments quand il y a nécessité de remplir deux ou plusieurs indications simultanées, et, malgré un traitement composé, je distingue facilement, grâce à l'habitude acquise et à la connaissance préalable des faits thérapeutiques simples, la part d'efficacité qui revient à l'arsenic. Les cas les plus remarquables et les plus concluants sur l'action que développe cet agent pour faciliter la digestion sont ceux de dyspepsie, gastralgique ou non, que j'ai observés sur des sujets atteints de lésions organiques de l'estomac ou des organes synergiques de la digestion. Il est bien entendu que ces lésions n'étaient point arrivées à ce degré ultime qui rend le travail digestif infructueux ou impraticable, mais elles avaient déjà atteint cette phase de leur évolution où apparaissent des dyspepsies symptomatiques intenses, continues et même très graves par l'influence nocive qu'elles exercent sur la composition normale du sang et, par suite, sur l'époque d'apparition des phénomènes de cachexie. Voici deux faits inédits que je transcris d'après mes notes, et qui sont sans contredit les plus intéressants que je connaisse dans l'histoire des dyspepsies traitées par l'arsenic :

Obs. I. — Je suis appelé, le 1er août 1859, auprès d'un nommé Chauvet, jardinier. Cet homme, âgé de soixante ans environ, est malade depuis plus de six mois. La face offrait ce teint blême, plombé, dénotant une lésion organique fatale et très avancée, qui fit sur moi une impression préventive défavorable à la thérapeutique comme au pronostic. Le malade m'apprit qu'il avait été sujet, dès sa jeunesse, à des vomissements faciles à l'occasion du moindre écart de régime, mais que sa santé habituelle était restée satisfaisante. Il ne connaissait pas de cancéreux dans sa famille.

Depuis six mois et plus, il avait vu son appétit diminuer, ses digestions devenir mauvaises et ses forces s'affaiblir. Une douleur lancinante, occupant la limite des régions épigastriques et hypochondriaque gauche, accompagnait les autres phénomènes. Ces symptômes parurent se modérer par intervalles, mais ils ne subirent jamais d'amélioration prolongée. Depuis un mois ils avaient atteint leur maximum d'intensité ; les élancements douloureux étaient parfois intolérables ; l'estomac rejetait les aliments et les médicaments, après les avoir conservés un quart d'heure, une demi-heure, une heure au plus; pendant le temps de leur séjour ils causaient un sentiment de pesanteur, de gêne et d'étouffement; le vomissement était un mal final, que le malade désirait néanmoins avec impatience, parce qu'il mettait un terme aux phénomènes dyspeptiques. Pas de fièvre; constipation habituelle; œdème des membres inférieurs; langue pâle; gencives décolorées.

Le médecin qui donnait ses soins au malade avait employé sans succès l'eau de Seltz, l'eau de Vichy, le sous-nitrate de bismuth, les sels de morphine, et, en dernier lieu, les paquets de pepsine. Cette dernière substance n'apporta pas la moindre amélioration dans le travail de la digestion : aussi le malade en avait-il abandonné l'usage, et je trouvai sur la cheminée plusieurs paquets de cette poudre contenue dans un flacon. Du vin de quinquina au malaga avait été prescrit, mais il n'était pas toléré plus longtemps que les autres agents médicamenteux ou diététiques.

J'avais affaire très probablement à une lésion organique de nature cancéreuse; mais, malgré un examen répété et patient, je n'ai jamais pu, au toucher, reconnaître de tumeur. La dyspepsie avait pris les proportions de la lésion organique, c'est-à-dire que l'une et l'autre avaient atteint le degré où elles sont incurables. De plus, la cachexie cancéreuse était établie, et d'un moment à l'autre des épanchements séreux allaient envahir les cavités splanchniques.

Appelé le dernier, à la dernière période d'une pareille affection, en face d'une dyspepsie symptomatique se rattachant à une lésion évidemment incoercible, que faire? Guérir, je ne le pouvais pas; soulager, le pouvais-je davantage? La médicamentation par la voie gastrique n'était-elle pas prohibée, en quelque sorte, par la maladie? A cette époque il y avait douze ans que je maniais les préparations arsenicales, et les connaissances que j'avais acquises, pendant cette longue période, m'avaient fait découvrir en elles des ressources et des applications dont les livres et les publications périodiques n'avaient jamais fait mention. Si je n'avais pas connu l'arsenic, j'avoue humblement que j'eusse mal répondu à la confiance du malade et au dernier espoir qu'il avait fondé sur ma réputation locale. Je prescrivis l'arsenic dans le but unique de combattre la dyspepsie et les vomissements; ce résultat obtenu, j'espérais retarder les progrès de la cachexie par une forte alimentation liquide ou demi-liquide (potages gras succulents, consommés, etc.), et par une médication tonique (vin de quinquina au malaga, sirop de protoiodure de fer, etc.) Voici ma formule :

Pr. Arséniate de potasse.....	5 centigrammes.
Eau distillée...........	300 grammes.
Alcool rectifié.....	12 gouttes.

Une cuillerée à bouche deux fois par jour.

J'y adjoignis les autres moyens diététiques et médicamenteux que j'ai indiqués. Trois jours après je revis le malade : il m'accueillit avec un sentiment de reconnaissance et un air heureux, qui contrastaient étrangement avec le découragement et le cachet de désespoir imprimé sur ses traits à ma première visite. Il me dit qu'il était à moitié guéri, et que moi seul je le sauverai. Que s'était-il passé durant ces trois jours? Sous l'influence de l'arsenic, le sentiment de la faim s'était réveillé, le bouillon

---

la fortune publique, ils sont l'objet de ce genre de considération qui s'attache toujours aux riches; actifs et laborieux d'ailleurs, en eux se résume presque toute l'importance des relations extérieures. Au-dessus d'eux brille la classe superbe et chevaleresque des *kchattryas*, ou guerriers; à ceux-ci la protection et la défense du pays, ainsi que le privilége de porter la couronne; tous les rois sont choisis dans la classe des guerriers. Enfin, et au-dessus de tout ce monde, le *brahmane*, arrogant et policé, prétentieux et instruit, doué d'une autorité sans limite, se drapant dans la majesté d'une puissance qu'il déclare capable d'ébranler les dieux eux-mêmes, fait courber le front des rois et concentre sous sa main la vie intellectuelle de la nation entière. Le domaine des lettres, des sciences, des beaux-arts, est le sien; l'ombre de la pagode recouvre tout.

Néanmoins, nous avons déjà vu plus haut que, sous l'influence d'un sentiment nécessairement très honorable et à une époque où rien ne les obligeait à faire des concessions, les brahmanes avaient permis l'accès aux livres de médecine, en faveur des hommes de toute classe. Voici, en effet, comment, d'après l'*Ayurvéda*, se résument les conditions nécessaires et suffisantes pour devenir *étudiant en médecine :*

« Le médecin pourra accepter comme son disciple, dit Suçruta, un homme de la caste des brahmanes ou de celle des guerriers (*kchattryas*), ou de celle des commerçants (*vaiçyas*), pourvu qu'il soit d'une famille honnête, qu'il ait la vigueur et la vivacité de la jeunesse ; qu'il soit sage, modeste, pieux et intelligent; qu'il ait le caractère bon et patient, les traits réguliers, la voix pure, l'esprit droit. » Quand le médecin reconnaîtra chez son élève les vices opposés à ces qualités, il devra bien se garder de l'accepter, ajoute notre auteur.

Nous admettrons que toutes les conditions exigées étaient remplies; voici alors comment se pratiquait la cérémonie qui devait donner aux candidats le droit d'étudier les livres saints. Elle consistait surtout en un sacrifice aux dieux, offert dans des circonstances analogues à celles qui ont été décrites un peu plus haut. Le maître choisissait un endroit favorable, en dehors de

gras avait été digéré, et le vin de quinquina parfaitement toléré. Une seule fois les aliments avaient été vomis. Depuis trois mois le patient n'avait pas eu une journée aussi bonne que ces trois réunies. Je continuai l'usage de l'arsenic jusqu'au dernier jour du malade, qui succomba le 29 septembre 1859 aux suites des épanchements séreux, survenus dans les cavités thoraciques et abdominales.

Les progrès de la cachexie, que j'avais modérés, mais jamais diminués, avaient amené ces accidents de clôture définitive. Le pouls resta petit et misérable pendant les deux derniers mois; l'arsenic ne le changea pas; les préparations de quinquina et de fer ne le relevèrent pas; l'amélioration énorme de l'état dyspeptique et les succès de l'alimentation demeurèrent sans influence appréciable sur lui. Cette immobilité de l'état du pouls ne me laissa aucun doute sur le résultat final, qui fut néanmoins plus éloigné encore que je ne l'avais présumé.

Quoique le sujet ait succombé, l'arsenic ne m'a pas moins fait obtenir un succès remarquable contre la dyspepsie symptomatique et très grave que j'ai signalée. Pendant tout le temps où ce médicament a été administré, les digestions ont été possibles et même faciles, l'appétit a reparu et s'est maintenu; jamais il n'y a eu plus d'un ou deux vomissements par semaine, tandis qu'avant mon traitement ceux-ci se reproduisaient plusieurs fois par jour. L'alimentation a cessé d'être une fiction, et la médication tonique a pu être acceptée et tolérée par les organes digestifs. Chaque fois que la solution arsenicale était épuisée, le malade me suppliait de la lui continuer. Quand elle lui manquait pendant plusieurs jours, il digérait mal, disait-il; il ne digérait plus, il vomissait. Je n'ai jamais vu de malade bénir avec autant de reconnaissance cette eau maudite un peu partout par l'ignorance et les préjugés. Chauvet avait l'avantage de n'avoir pas d'autre science que celle des effets qu'il constatait sur lui-même et de n'avoir jamais su le nom du remède que je lui prescrivis pendant deux mois. Quel est le médicament qui, dans les mêmes circonstances, eût produit les mêmes résultats? Il n'y en a pas un autre, que je sache, dans la matière médicale actuelle. De plus, la solution arsenicale n'a ni odeur ni saveur, ni coloration désagréable à l'œil, en un mot rien d'insolite pour les sens d'un malade; la proportion du véhicule peut être réduite à celle d'une goutte d'eau, si on le désire; ces circonstances constituent des avantages considérables et excessivement précieux dans le traitement de la dyspepsie et de la gastralgie. Je ne connais pas d'autre médicament qui les possède d'une manière aussi parfaite.

Un autre fait que j'ai souvent observé m'a frappé; je le mentionne en passant, parce qu'il vient à l'appui des idées et des faits thérapeutiques que je viens d'exposer dans ce chapitre. Dans aucun cas, de quelque nature qu'il fût, et à aucun âge, je n'ai vu vomir ou mal tolérer la solution arsenicale, administrée à la dose fractionnée et minime (de 1 à 5 milligrammes) que j'ai adoptée dans le traitement de la dyspepsie et de la gastralgie; je n'ai jamais employé de médicament qui ait passé aussi bien en toutes circonstances : l'estomac, malade ou sain, fort ou faible, atonique ou irrité, délicat ou capricieux, s'en est toujours parfaitement accommodé. Pour qu'il en soit ainsi, il faut que l'arsenic, toujours à la dose de quelques milligrammes bien entendu, exerce sur le système nerveux des organes digestifs une action favorable toute particulière que je ne puis préciser davantage. Pour exprimer de nouveau ma pensée sur ce point, j'emprunterai le langage figuré des anciens, qui appelaient le soufre *amicus pulmonum*, et j'appellerai l'arsenic *amicus gastri*.

Obs. II. — Madame Bourreau, rentière, âgée de quarante ans, encore menstruée, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'un embonpoint très prononcé, n'a jamais eu d'enfants. Il y a dix ans, elle a porté dans la fosse iliaque droite une tumeur ovarique, sur laquelle je n'ai pas obtenu de renseignements assez circonstanciés pour en apprécier la nature et l'origine, et qui, traitée en dernier lieu par M. le docteur Lafond (de Nantes), a parfaitement guéri.

Cette dame est sujette à des angines tonsillaires de nature catarrhale, qui affectent une marche chronique, et dont je l'ai débarrassée plusieurs fois par des cautérisations argentiques légères, mais répétées.

Elle est affectée, depuis dix-huit mois, d'un engorgement du col utérin, que j'avais amélioré par une application de sangsues au spéculum, par les frictions bucco-linguales avec le muriate d'or et par les injections avec la décoction de feuilles de ciguë; mais, la malade ayant négligé de persévérer dans ce traitement, l'engorgement persiste et s'accompagne d'une leucorrhée assez abondante.

Son père a succombé à une affection de l'estomac caractérisée par des vomissements de matière couleur chocolat à l'eau : cancer.

Sa mère est morte, au commencement de l'année 1853, d'un cancer à l'estomac. M. le chirurgien-major du 2e de ligne, que la famille appela en consultation, constata l'existence d'une tumeur au pylore.

Un de ses frères est mort d'un squirrhe au pylore.

Un autre de ses frères, actuellement officier de cavalerie dans les chasseurs d'Afrique, ne peut pas se permettre le plus léger écart de régime sans éprouver pendant plusieurs jours des accidents dyspeptiques et des vomissements.

En décembre 1852, à la suite de chagrins, de repas irréguliers et de veilles prolongées, passées à soigner sa mère dans sa dernière maladie, elle éprouva une dyspepsie gastralgique, qui se manifesta par la perte de l'appétit, des digestions pénibles, de la douleur épigastrique, des vomissements et une sécrétion énorme de gaz, qui s'accompagnait d'un sentiment d'étouffement d'autant plus accentué que leur expulsion offrait presque toujours les plus grandes difficultés. L'eau de Vichy, le sous-nitrate de bismuth et un voyage dans le midi de la France rétablissent sa santé.

Cette dame, qui me consulta pour la première fois le 18 octobre 1853, me fournit les renseignements qui précèdent avec une grande précision. Grâce à son intelligence et à sa sagacité, j'ai pu donner à cette observation une plus grande exactitude de détails, et en retirer par cela même un plus grand profit pour la science.

Madame Bourreau m'apprit que la dyspepsie gastralgique dont j'ai parlé déjà d'après son rapport était revenue : le repas du matin passe assez bien, mais celui du soir est suivi presque chaque fois de vomissements, d'abord alimentaires, puis purement glaireux. Ces derniers seuls ont lieu

---

toutes les influences malfaisantes; puis, après avoir consulté les astres, il allumait le feu sacré et faisait aux dieux une offrande de lait caillé, de miel et de beurre fondu. Adressant ensuite aux divinités et aux rishis un hymne invocatoire, il en faisait répéter après lui les paroles par le néophyte. Le président de la cérémonie devait être d'une caste au moins égale à celle du disciple. L'invocation aux puissances surnaturelles était accompagnée de quelques mots mystiques que l'élève répétait aussi. Alors, après avoir tourné trois fois autour du candidat en portant une torche allumée, le maître le conduisait près du foyer sacré et lui adressait à peu près l'allocution suivante :

« Tu resteras étranger à l'amour et à la haine, à l'envie et à l'orgueil, à la paresse, à la ruse et à l'âpre désir du gain. Toujours soigneux de ta personne, tu auras un vêtement propre et parfumé. Sois esclave de la vérité, et tu porteras dignement le nom de *brahmacharya* (étudiant)... Tu soigneras avec le même dévouement que s'ils étaient tes parents, les brahmanes, tes maîtres en médecine, tes amis, les anachorètes, et en général tous ceux qui s'adresseront à toi d'une manière polie et convenable. »

Après toutes ces recommandations sages et bienveillantes, le jeune aspirant, prenant le titre de *brahmacharya*, était admis à l'étude des *shastras*, ou *canons* scientifiques. En dehors de leurs travaux particuliers, les élèves recevaient du maître un double enseignement, théorique et pratique. L'enseignement théorique avait lieu en plein air et très souvent dans l'intérieur des forêts, au milieu des retraites des ermites; il consistait en lectures, à propos desquelles Suçruta fait les observations suivantes : « Le maître lira le livre sacré pied par pied, vers par vers; il articulera nettement, sans effort; il parlera sans hésiter, ni trop vite ni trop lentement; il évitera de nasiller, de laisser voir des mouvements d'impatience dans ses sourcils, ses lèvres, ses mains; il prendra un ton ni trop bas ni trop aigu, etc. » (*Ayurvéda*, *Sutrasthana*, cap. 4.)

L'enseignement pratique comprenait deux parties bien dis-

assez souvent plusieurs heures après le repas du soir. Ces accidents dyspeptiques s'accompagnent d'une sécrétion excessive de gaz, dont la malade ne peut obtenir l'expulsion : de là sensation d'étouffement, impossibilité de se lacer, d'exercer une constriction au niveau de la ceinture et de rester couchée, ce qui oblige cette dame à se promener dans sa chambre pendant la plus grande partie de la nuit. La langue est naturelle ; pas de soif ; un peu de constipation ; de la douleur existe au creux épigastrique, un peu à droite ; elle est peu prononcée et irrégulière ; le toucher ne l'exaspère point. Un examen répété et minutieux ne permet pas de découvrir la moindre tumeur.

Prescription : Eau de Vichy ; mélange de sous-nitrate debismuth, de rhubarbe et de magnésie calcinée ; viandes rôties ; vin de Bordeaux vieux coupé d'eau ; abstention des crudités et des féculents ; recommandation expresse de faire le repas du soir très léger.

Après une semaine de ce traitement, je constate une certaine amélioration : un seul vomissement ; moins de lenteur dans le travail digestif ; moins de gastralgie, mais la sécrétion gazeuse continue dans les mêmes proportions, et produit toujours les mêmes conséquences symptomatiques.

Le 25 octobre 1853, j'oppose à cet excès de gaz le charbon végétal du docteur Belloc, à la dose de trois cuillerées à bouche par jour. Du 25 octobre à la fin de novembre, madame Bourreau en consomme trois flacons. Entre ces deux dates il n'y a pas eu un seul vomissement ; la gastralgie a disparu, et le travail digestif s'est régularisé. Quant à la sécrétion gazeuse, rien ne peut en changer la quantité et les effets incommodes. Le charbon n'a pas produit d'autres effets appréciables que quelques selles diarrhéiques.

Le 21 novembre 1853, je voulus savoir si l'arséniate de soude n'aurait pas le pouvoir de réduire cette sécrétion incoercible de gaz : il fut administré en solution aqueuse, le 22, à la dose de deux cuillerées à bouche par jour, contenant chacune 1 milligramme de la substance active. La malade devait prendre la cuillerée une heure avant le repas. Le charbon végétal fut abandonné ; il n'y eut que l'eau de Vichy dont l'administration fut continuée.

Je revis ma cliente le 7 décembre, c'est-à-dire après quinze jours de l'usage de l'arsenic. Voici les effets remarquables qui s'étaient produits : dès les premiers jours de l'emploi de la solution d'arséniate de soude, cette dame avait éprouvé le besoin de manger, et depuis l'appétit n'avait pas cessé de se manifester chaque jour. Ce premier effet est d'autant plus remarquable que la malade m'a assuré plusieurs fois que ce désir physiologique lui était toujours resté inconnu, et qu'elle mangeait seulement par habitude et par nécessité. L'eau de Vichy, la poudre mixte de sous-nitrate de bismuth, de rhubarbe et de magnésie, et le charbon végétal, avaient sans doute amélioré considérablement son état dyspeptique ; mais, malgré ce résultat, le besoin de manger, l'appétit, en un mot, demeuraient absents comme par le passé ; la faim n'apparaît qu'avec le traitement par l'arsenic.

Pendant les trois ou quatre premiers jours de l'usage de ce médicament, madame Bourreau éprouva des étourdissements immédiatement après ses repas. Ces phénomènes céphaliques étaient des effets sympathiques ou réflexes de la suractivité insolite de l'estomac, et quand l'organisme se fut familiarisé, en quelque sorte, avec cette surexcitation physiologique étrange, provoquée par la médication arsenicale, ils ne reparurent plus. Du reste, aucune autre cause quelconque d'hypérémie ou de surexcitation nerveuse du cerveau n'a existé à la même époque, et la manière de vivre, tant morale que physique, de ma cliente a été exactement la même, du 22 novembre au 7 décembre, qu'elle l'avait toujours été auparavant.

Le soir, la quantité des gaz sécrétés se reproduit constamment dans des proportions excessives, mais ils sont expulsés avec une facilité extraordinaire ; cette dame me dit que, lorsque, se succédant les uns aux autres, du dedans au dehors, ils s'échappent, le bruit de leur expulsion rapide et répétée imite le cri d'un animal. Si la médication arsenicale s'est montrée impuissante contre la sécrétion des gaz, elle a exercé cependant sur la contractilité de la membrane musculaire de l'estomac une action excitatrice des plus remarquables que je connaisse dans l'espèce.

Cette dame m'a fait observer qu'il y a quelques jours elle a pu manger impunément du boudin au repas du soir. La facilité singulière que l'arsenic communique aux digestions, a été certainement la cause de cette impunité.

Je fais continuer l'usage de la solution arsenicale, pour savoir si la persévérance thérapeutique dans son emploi ne finira pas par changer la sécrétion gazeuse. Je n'ai pas obtenu le résultat désiré, et le temps seul a modifié ce qu'aucune médication n'avait pu empêcher.

Quoique employée en dernier lieu, dans la période d'amélioration de la dyspepsie, la médication arsenicale avait couronné l'œuvre de la guérison. Si la sécrétion gazeuse lui avait résisté, cet échec partiel était couvert par d'autres résultats thérapeutiques magnifiques.

Chaque année la dyspepsie de madame Bourreau reparaît deux à trois fois, principalement à la suite de fatigues physiques ou de contrariétés morales répétées, quelquefois sans causes occasionnelles appréciables : elle débute par des vomissements abondants d'un liquide clair et aqueux. A partir de 1853 je n'ai jamais traité la maladie de cette dame par d'autres moyens que par la solution arsenicale, et celle-ci a produit jusqu'à ce jour (14 octobre 1861) c'est-à-dire pendant neuf ans, les résultats les plus satisfaisants et les plus remarquables. Dès qu'arrivent les vomissements d'eau, par lesquels débutent les accidents de cette dyspepsie gastralgique, j'administre l'arséniate de potasse, et, au bout de quatre à six jours, tout est rentré dans l'ordre ; les digestions sont rétablies ; l'appétit renaît, les vomissements cessent. Ce résultat a été obtenu constamment et rapidement depuis ces neuf dernières années, c'est-à-dire de trente à quarante fois. La belle efficacité de l'arsenic dans ce cas est tellement sûre et banale pour cette dame et pour moi, que, depuis trois ans, j'ai pris avec elle la mesure suivante : je signe et lui remets chaque année deux ou trois formules de la solution arsenicale ; elle les conserve en réserve et les fait exécuter, quand sa dyspepsie reparaît. Lorsque la dissolution d'arséniate de potasse est consommée à moitié, la guérison est réalisée. Ma cliente néglige-t-elle d'y avoir recours promptement, les accidents dyspeptiques s'aggravent et continuent : il lui faut alors prendre toute la solution pour en venir à bout. Voici la formule que j'emploie chez elle depuis six à sept ans :

Pr.	Arséniate de potasse.....	5 centigrammes.
	Eau distillée...........	300 grammes.
	Alcool rectifié..........	12 gouttes.

Une cuillerée à bouche matin et soir.

La dose journalière est donc de 5 milligrammes, c'est-à-dire qu'elle dépasse de 3 milligrammes la dose quotidienne prescrite en 1853. J'ai élevé celle-ci, parce qu'elle ne me paraissait pas, probablement à cause de son usage répété, reproduire des effets aussi prompts que par le passé. Cette dame conserve aujourd'hui l'embonpoint et le teint coloré qu'elle

---

tinctes et aussi essentielles l'une que l'autre : c'était d'abord l'étude clinique. « Les rishis, dit le docteur Wise (*Op. cit.*, p. 12), voyageaient de tous côtés accompagnés de leurs élèves, soignant partout les malades, de façon à offrir aux disciples des occasions de constater les effets des différentes méthodes, d'observer les résultats des médications, d'étudier les climats et les formes diverses des maladies. » C'étaient ensuite les exercices aux opérations chirurgicales et aux opérations de pansement.

« Quand l'élève, dit Suçruta, aura appris la doctrine entière dans les livres, le maître aura encore à lui enseigner tous les exercices pratiques ; il lui apprendra à faire les incisions, les frictions, les onctions, etc. ; car, fût-il très érudit, le médecin non exercé aux opérations manquera nécessairement d'habileté. »

Il donne ensuite à l'étudiant une série de conseils spéciaux qui doivent lui servir de guide. Les Indous, comme nous savons, évitaient, autant que possible, de faire souffrir ou mourir des animaux ; ils n'osaient donc recourir aux vivisections. D'un autre côté, s'ils pouvaient, jusqu'à un certain point, se livrer à l'étude de l'anatomie humaine, comme nous le verrons plus loin, ils ne s'exerçaient pas pourtant sur les cadavres assez fréquemment pour pouvoir songer à étudier ainsi la médecine opératoire. Il leur restait la seule voie que Suçruta leur indique : le simulacre des opérations. Ainsi les incisions se pratiquaient sur l'écorce des gros fruits, à consistance un peu ferme : les courges, les melons, etc. ; les scarifications, sur une peau tendue ; les saignées, sur les tiges creuses ; les ponctions, sur des fruits vidés et remplis d'eau ; les sutures, sur les marges des feuilles ; les mâchoires d'animaux morts servaient à l'extraction des dents ; et ainsi du reste. « C'est de cette manière que le médecin prudent, qui voudra conquérir la réputation d'un homme habile dans l'art des incisions, des cautérisations et de la pratique chirurgicale en général, ne manquera pas d'instituer des exercices préparatoires partout où ils seront possibles. » (Suçruta.)

possédait dans l'état de santé. La ménopause est arrivée et n'a pas occasionné d'autres troubles que des congestions céphaliques plus ou moins fortes. La dyspepsie cède toujours à l'arsenic comme à l'ordinaire, ce que j'ai appris cette année même, où j'ai donné deux fois mes soins à cette dame pour les hypérémies cérébrales dont j'ai parlé. Elle m'a appris également que le retour des accidents dyspeptiques est devenu plus rare et commence avec moins d'intensité. Je ferai remarquer aussi que, sous l'influence de la médication arsenicale, madame Bourreau a pu faire subir à son estomac un genre d'alimentation, pour lequel il n'a eu d'aptitude en aucun temps : ainsi, pendant un séjour à Pau, en 1856, elle mangea de l'ail et des piments macérés dans le vinaigre; elle but du café noir et du vin pur ; elle gravit les montagnes et éprouva beaucoup de fatigues. Ses fonctions digestives sortirent parfaitement intactes de la rude épreuve du régime méridional. Ici, son estomac était dérangé en tout temps par l'usage très modéré de l'ail, du vin pur et du café; aussi avait-elle renoncé à ce condiment et à ces boissons.

Cette même année 1856, dans un voyage à Paris, où elle éprouva une grande fatigue à la suite de courses longues et répétées, elle fut reprise de ses vomissements d'eau, comme elle les appelle, et de sa dyspepsie. Elle tira de son portefeuille une de mes prescriptions arsenicales et la porta elle-même chez notre illustre confrère, M. le docteur Cadet-Cassicourt, pharmacien de l'empereur. Le savant pharmacien n'exécutait pas souvent alors de pareilles formules, car il questionna ma cliente avec un vif intérêt et une véritable curiosité scientifique sur mon traitement arsenical ; il lui demanda depuis combien de temps elle prenait de l'arsenic, la quantité qu'elle en avait prise, quels effets elle en éprouvait, etc., et il parut un peu surpris de l'embonpoint et du teint fleuri qu'elle conservait. Bref, à Paris comme ici, les effets furent les mêmes, et dans une lettre très détaillée, cette dame me disait : « J'ai bu la moitié de la solu- » tion arsenicale de M. Cadet-Cassicourt, et me voilà mieux une fois » encore. »

Cette année encore, j'ai examiné avec le plus grand soin la région épigastrique, et je n'ai point découvert la moindre tumeur.

Est-ce à dire que la dyspepsie de ma cliente n'est pas symptomatique d'une lésion organique ou d'un cancer de l'estomac à sa première période? Les antécédents nombreux et terribles de sa famille, le retour répété de la maladie et l'hérédité réunissent les plus grandes probabilités pour une lésion organique de même nature que celle de ses parents. Si cette lésion est immobilisée dans le *statu quo* du début depuis neuf années, malgré l'influence défavorable de dix-huit mois de ménopause, je n'hésite pas à attribuer à l'arsenic cette magnifique stagnation thérapeutique d'un mal redoutable. Dans ma première observation, celle de Chauvet, où le cancer de l'estomac était confirmé et avancé, le même médicament a produit une palliation évidente des plus remarquables. Eh bien, contre toutes les lésions cancéreuses qui ne sont pas situées sur la voie gastro-intestinale, son usage interne est tout à fait impuissant comme palliatif; j'ai observé vingt fois les résultats comparatifs dont je parle dans vingt expérimentations. A quoi tient cette différence? L'action interne de l'arsenic est utile contre le cancer quand elle s'accompagne de l'action locale de la modification du tissu dont j'ai parlé ailleurs : cela a lieu, en effet, dans les ulcérations cancéreuses et gastro-intestinales, et voilà pourquoi, suivant moi, ce médicament donne une si belle palliation dans le cancer de l'estomac. Mettez le cancer hors de la portée locale de l'arsenic, son usage interne échouera toujours, il échouera autant de fois que l'action locale lui fera défaut. Je termine en disant qu'il n'y a pas dans les annales de la science une autre observation comme celle-ci, où l'efficacité de l'arsenic contre la dyspepsie est démontrée pendant neuf ans, avec un succès constant et une pareille richesse de preuves ou d'épreuves.

Je n'obtiendrai pas, je le sais fort bien, la guérison de la lésion cancéreuse; je n'obtiendrai même pas celle de la dyspepsie symptomatique qui en dépend; mais je m'estime heureux pourtant d'avoir obtenu la plus belle et la plus complète palliation thérapeutique qu'il soit possible d'atteindre en médecine. Désormais mon but est marqué d'avance : pousser cette palliation dans le temps aussi loin que possible, — et vers ce but je marcherai résolûment jusqu'à la dernière heure.

Obs. III. — Du mois de décembre 1855 au mois de juillet 1856, j'ai donné mes soins à M. Villebois, professeur d'escrime au lycée de notre ville. Ce malade était atteint d'une cirrhose du foie à laquelle il succomba six mois après ma première visite. La cirrhose s'accompagnait d'une dyspepsie gastralgique, avec perte d'appétit, digestions excessivement pénibles, vomissements fréquents et violentes douleurs épigastriques. J'essayai les préparations arsenicales dans ce cas, comme je l'avais fait chez Chauvet et chez madame Bourreau, mais elles échouèrent complétement; elles ne réveillèrent même pas l'appétit.

Je me rappelle, sans pouvoir préciser la date, car je n'ai pas pris note de ce fait, je me rappelle fort bien cependant avoir éprouvé un insuccès pareil avec l'arséniate de potasse chez M. Gilles, maire de Dompierre. Ce malade portait, lui aussi, une cirrhose du foie, mais les symptômes de dyspepsie n'étaient pas aussi intenses que chez M. Villebois. Il n'y avait ni vomissements ni gastralgie.

Dans ces deux faits, les préparations arsenicales n'ont exercé aucune action favorable, ni sur la maladie principale ni sur la dyspepsie symptomatique qui en dépendait.

Obs. IV. — Robion, charpentier, me consulte le 4 avril 1856, pour une dyspepsie qui date de quelques semaines, et qui me paraît résulter d'excès de travail et d'une alimentation mauvaise et insuffisante. Il n'y a pas de vomissements. Je prescris pour tout remède l'arséniate de soude, à la dose de 2 milligrammes par jour, en solution aqueuse et en deux prises; chaque prise est administrée une heure avant le repas. Une nombreuse famille et trop peu de ressources pécuniaires l'empêchent d'améliorer son régime diététique. Quoi qu'il en soit, la guérison a lieu. Je le revois le 12 mai, et il m'affirme que l'appétit est revenu et que les digestions sont bonnes.

Cet homme me revient deux mois plus tard : il attribue le retour de sa maladie à l'ingestion de vin altéré, de vin gras, et me demande le même remède. Cette fois, en plus des accidents dyspeptiques, il existe

---

Cette association de la pratique et de la théorie dans l'étude de l'art de guérir était, aux yeux des brahmanes, d'une extrême importance; ils y reviennent sans cesse, faisant comprendre à l'élève, par toutes sortes de comparaisons, le danger qu'il y aurait à négliger leurs conseils. Si le médecin ne sait que ce que les livres enseignent, disent-ils, il ressemblera au soldat timide qui tremble quand le combat commence; ce sera de sa part une faute très grande, et le *raja* (roi, *rex, regis*) devra le punir sévèrement.

L'instruction des médecins dans l'Inde était donc aussi complète que possible; le cercle des connaissances exigées d'eux embrassait toujours tout ce que l'état de la science leur permettait de savoir. Nous ajouterons encore, à la louange des brahmanes, organisateurs zélés d'un pareil état de choses, qu'ils vantaient sans cesse à leurs élèves les avantages d'une instruction extra-médicale, et peut-être exigeaient d'eux une sorte de *baccalauréat* préalable.

Voilà le brillant héritage qu'ils transmirent aux médecins de la classe *vaidya*, entre les mains desquels la science indoue aurait indéfiniment progressé sans les causes de ruine et de décadence que nous avons esquissées plus haut.

Aujourd'hui l'enseignement a cessé d'être public; cette organisation universitaire, œuvre de la caste brahmanique et que sa haute autorité avait soutenue, a disparu. « Un médecin instruit trois ou quatre élèves ; dans certains cas, des membres de sa famille. Tantôt ils restent chez eux, tantôt il les reçoit chez lui. Pendant cinq ou six ans, ils lisent les *shastras*, étudient les remèdes et la manière de les appliquer au traitement des malades. Souvent le maître n'accepte de son élève aucun émolument, se contentant de l'honneur et du mérite de transmettre ses connaissances. Ce désintéressement place le médecin au premier rang dans l'estime publique; il en résulte pour lui beaucoup de renom dans ce monde et les plus grandes chances de bonheur dans la vie future. » (Wise, *Op. cit.*, p. 12.)

De jour en jour, les médecins instruits deviennent plus

une douleur gastralgique, qui se fait sentir principalement après le repas du soir et pendant la nuit ; elle s'étend vers les deux hypochondres ; la pression la soulage. Il y a de la flatulence gastrique. Prescription : 5 milligrammes de sel arsenical, matin et soir, au début du repas.

Le malade prit au total 6 centigrammes en six jours, et fut guéri. Dans ce dernier cas, j'ai élevé très sensiblement la dose quotidienne, parce que je pensais rencontrer plus de résistance dans un état de récidive, accompagné de gastralgie, et aussi parce que je tenais à savoir si les effets thérapeutiques variaient ou non, en passant de la dose journalière de 2 milligrammes à celles de 10 milligrammes.

J'ai appris par ce fait et par beaucoup d'autres que, dans la dyspepsie et dans la gastralgie, l'effet curatif s'obtient avec des doses très minimes; que ces maladies ne sont pas du nombre de celles où il faut procéder par un accroissement très notable, et que, si l'on juge cet accroissement indiqué, il suffit d'y arriver avec 2 ou 3 autres milligrammes. J'ai guéri ici avec 1 centigramme par jour, cela est vrai, mais cette dose est plutôt expérimentale que pratique; 2, 3, 4 et 5 milligrammes en vingt-quatre heures m'ont toujours ou presque toujours suffi pour décider rapidement le succès. Au-dessus d'un centigramme par jour, la dose n'est plus appropriée à l'état dyspeptique ou gastralgique; elle provoque des actions thérapeutiques qui n'ont plus le même caractère local et qui franchissent l'enceinte gastrique pour se généraliser. Comme preuve de l'efficacité des doses très minimes, je cite le fait suivant de gastralgie :

Obs. V. — La dame Guignard, propriétaire, d'un tempérament nerveux, d'un caractère irritable, bien menstruée, est sujette à de fréquents retours de gastralgie depuis cinq ans. Elle a consulté plusieurs médecins et fait divers traitements sans succès durable, ce qui l'a décidée à n'en plus faire. Elle se contente de surveiller son régime et d'éviter ce qu'elle a appris lui être nuisible. Appelé auprès de sa fille, le 29 mars 1856, j'appris, en causant, ce que je viens de rapporter, et je proposai à madame Guignard la médication la plus simple, la plus facile et probablement la plus efficace de toutes celles dont elle avait fait ou dont elle pourrait faire usage, la médication arsenicale. A d'aussi belles promesses, elle céda d'autant plus volontiers qu'elle souffrait en ce moment de sa gastralgie. Pendant dix jours, je lui administrai 1 milligramme d'arséniate de potasse en solution dans deux cuillerées à bouche d'eau distillée et en deux doses à prendre une heure avant le déjeuner et avant le souper. Madame Guignard commence sa solution le 30, et le 31 il n'y a plus de gastralgie. Ce bien si brusque, si immédiat, me surprit; il pouvait tenir à une coïncidence heureuse; quoi qu'il en fût, une amélioration remarquable avait lieu le 11 avril; la sensation de brûlure était moindre ; une éruption rubéoliforme accompagnée d'une vive démangeaison, occupait les cuisses et la poitrine. Je prescris 2 milligrammes par jour pendant douze jours, et j'obtins, en effet, la guérison avec cette seconde solution. Dans ces dernières années, madame Guignard a bien éprouvé quelques nouvelles atteintes de gastralgie, mais elles ont été courtes et légères.

Obs. VI. — Un homme de la campagne, âgé de soixante-huit ans, me consulte le 23 avril 1856, pour une dyspepsie qui se manifeste par une sensation de chaleur et de picotements à l'estomac, des rapports nombreux et une digestion des plus pénibles. A jeun, il se trouve parfaitement bien, mais aussitôt qu'il a mangé, quelle que soit la nature des aliments et leur quantité, son mal reparaît. Une constipation opiniâtre s'ajoute à la dyspepsie. Il a été plusieurs fois soulagé par de petites saignées du bras ou des applications de sangsues au creux épigastrique ; il voudrait renoncer à l'usage de ces moyens qui constituent à ses yeux une habitude mauvaise, et c'est dans ce but qu'il réclame mes soins.

La langue est un peu rouge. Ce dernier symptôme, joint à la chaleur ressentie à la région de l'estomac pendant le repas et aux bons effets des émissions sanguines, me fait penser que dans ce cas les médications stimulantes sont contre-indiquées. J'hésite donc à prescrire l'arsenic qui, à faibles doses, produit une excitation particulière, qui se localise sur la muqueuse gastrique.

Quoi qu'il en soit, je risque l'épreuve avec ménagement. Je prescris une solution d'arséniate de potasse, contenant 1 milligramme de substance active par cuillerée à bouche, et j'ai administré deux cuillerées à bouche par jour pendant six jours seulement. Le résultat fut nul, j'ajouterai même qu'il eut quelques inconvénients légers : il augmenta la sensation de chaleur et de picotements à l'estomac, et ne réveilla point l'appétit.

Je n'en finirais pas s'il me fallait relater tous les cas de dyspepsie et de gastralgie où j'ai administré les préparations arsenicales; ils sont devenus si nombreux que j'ai fini par ne plus en prendre note. Je termine donc en résumant maintenant les résultats de ma pratique et de mes observations :

1° Les préparations arsenicales excitent l'appétit et facilitent la digestion; en d'autres termes, elles exercent sur les nerfs de l'estomac une action excitatrice particulière qui n'est pas la même que celle des toniques et des stimulants, et que je ne puis préciser scientifiquement. Or, comme les nerfs de l'estomac président à la sensation de la faim, au travail musculaire et à celui des sécrétions nécessaires à l'accomplissement de la fonction digestive, l'excitation particulière qu'ils reçoivent imprime évidemment son cachet aux sensations et aux différents actes qui se passent dans cet organe.

2° La médication arsenicale, appliquée au traitement des dyspepsies et des gastralgies, est une ressource nouvelle et précieuse dont j'ai largement usé depuis dix ans et dont je ne saurais me passer dans certains cas. Je l'ai employée bien plus souvent dans les dyspepsies que dans les gastralgies, et j'ai lieu de penser qu'elle sera plus fréquemment recherchée et utilisée contre les premières que contre les secondes.

3° La dose quotidienne de 2 à 6 milligrammes est la plus appropriée à ces maladies et la plus efficace; c'est aussi celle que le médecin le moins favorisé avec cette médication peut employer avec la sécurité la plus entière; c'est également la médication que l'estomac et le goût du malade accepteront sans ennui et sans répugnance, circonstance qui a bien son prix dans le traitement des maladies dont il s'agit.

4° La forme la plus simple et la meilleure est la solution dans l'eau distillée. Sa limpidité plaît au malade d'une part,

---

rares, et les moyens d'instruction diminuent; le nombre des Indous capables de lire les anciens ouvrages est extrêmement restreint, au point que, dans toute une partie de l'Inde, le docteur Wise n'en rencontra que quatre ou cinq. Encore quelques années, et, sous l'influence des civilisations européennes, le prestige qui entoure la caste sacrée, ayant totalement disparu, rien ne pourra plus sauver de l'oubli ces restes précieux, sinon la sollicitude des savants européens, laquelle, nous avons lieu de le croire, ne fera jamais défaut.

Agréez, etc. D^r G. Liétard,

Membre de la Société asiatique, médecin aux eaux de Plombières

(*La fin à un prochain numéro.*)

— M. Poupinel de Valencé a été nommé interne à la maison de Saint-Lazare, en remplacement de M. Martin, dont le temps de service est expiré.

— M. le docteur Vignes est décédé le 6 février dernier à Toulouse, à la suite d'une longue maladie.

— L'administration des hôpitaux civils de Lyon rappelle que le 23 mars courant il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours pour deux places de médecin dudit hôpital. Les concurrents doivent se faire inscrire, avant cette époque, au secrétariat des hospices de Lyon.

— La fièvre jaune, dont les ravages ont cessé à Sainte-Croix de Ténériffe, a fait apparition sur plusieurs points de la côte occidentale d'Afrique. Elle a sévi sur le comptoir français de Grand-Bassam et sur celui d'Assinie (côte d'Or). A l'occasion du dévouement qu'ils ont montré dans cette circonstance, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'honneur : MM. Gouez, chirurgien de 2^e classe, chef du poste de Grand-Bassam; et Sarrouille, chirurgien auxiliaire de 3^e classe, embarqué sur l'aviso l'*Archer*.

et de l'autre elle satisfait à toutes les exigences de l'art de formuler.

5° J'ai administré cette solution quelquefois au moment des repas, le plus souvent avant, rarement après. Aujourd'hui je la donne une demi-heure ou une heure avant le déjeuner et le souper, et je fractionne, par conséquent, la dose journalière totale en deux doses partielles. Cette époque de l'administration arsenicale me paraît préférable, parce qu'elle permet au phénomène de l'appétence de se développer, et à l'estomac d'éprouver une excitation préalable avant d'entrer en fonction. Lorsqu'on administre l'arsenic au début du repas ou pendant son cours, on perd le bénéfice de cette sensation organique qu'on appelle l'appétit; on favorise davantage l'absorption du médicament mélangé aux aliments, et par suite ses effets généraux, tandis qu'ici il faut éviter l'action thérapeutique générale dont on n'a nul besoin, et s'appliquer à la circonscrire et à la localiser dans l'enceinte de l'estomac. L'ingestion de la solution dans cet organe vide remplit parfaitement cette condition. L'administration *post cibum* offre les mêmes inconvénients. Je ne veux pas dire que l'arsenic, pris au moment du repas, pendant ou après, perd sa vertu de faciliter la digestion, mais il m'a toujours semblé qu'elle était relativement amoindrie.

Dans le traitement des gastralgies, l'heure de l'ingestion du médicament par rapport aux repas, importe moins en apparence; cependant j'impose aux gastralgiques la même observance de temps qu'aux dyspeptiques, parce que la gastralgie s'accompagne toujours de plus ou moins de dyspepsie, et que, l'arsenic étant approprié à l'une comme à l'autre, il y a avantage à disposer la médication de manière à en retirer l'utilité la plus étendue.

6° La préconisation d'un remède ne signifie rien en elle-même pour le praticien, — et c'est ce qui a lieu trop souvent de nos jours, — si l'on ne détermine pas surtout avec le plus grand soin les indications et les contre-indications de son emploi. A l'égard des préparations arsenicales comme à l'égard de beaucoup d'autres, on s'est laissé aller à une précipitation d'éloges qui, n'étant pas éclairée par la science des indications thérapeutiques, a amené des déceptions et des contradictions toujours fâcheuses pour l'avenir d'une médication. Je n'ai pas la prétention d'engager les autres à traiter et je ne prétends pas traiter moi-même toutes les dyspepsies et toutes les gastralgies avec l'arsenic. A un point de vue général, je n'exclus de leur traitement aucun des médicaments usités, et mes préférences et mes exclusions dépendent des circonstances variables qui caractérisent et différencient les cas en apparence semblables que j'ai sous les yeux. Je parle ici en praticien, car comme expérimentateur j'ai dû m'écarter quelquefois de nos principes cliniques; l'observation VI en est un exemple, et je suis bien aise d'en donner l'explication.

Les préparations arsenicales sont indiquées dans les cas nombreux de dyspepsie, que je caractérise sous le non d'*atoniques*, que cette atonie soit un fait local isolé ou lié à un fait général de même nature. Je m'explique : la dyspepsie atonique — celle où l'atonie est limitée à l'estomac et constitue un fait local isolé, — se rencontre surtout chez les gens de la campagne, à la suite des grands travaux à l'air libre. Leur nourriture est la même, que le travail soit excessif ou modéré : du pain, des fruits, des légumes, du laitage, un peu de lard, et pour boisson de l'eau, beaucoup trop d'eau, ou quelquefois un vin blanc, maigre, acide, à peine alcoolisé. Il est vrai qu'ils compensent la qualité de l'alimentation par la quantité; je sais bien que le volume exerce une stimulation sur l'estomac quand celui-ci est vigoureux; mais quand il faiblit, le volume devient une surcharge qui hâte l'arrivée des premiers accidents dyspeptiques. Et l'estomac faiblit le premier chez les campagnards, à la suite des grandes pertes quotidiennes produites par un travail pressant et considérable, comme celui de la récolte successive des fourrages et des céréales; il faiblit le premier, si bien que le corps continue à déployer toutes les apparences de la force, et que les malades eux-mêmes vous disent naïvement que, si ce n'était leur mal d'estomac, ils seraient très bien portants du reste. Eh bien, chez ces dyspeptiques, j'ai toujours vu l'arsenic réussir. J'ai constaté aussi la dyspepsie par atonie locale chez des sujets qui étaient soumis pour la première fois à l'usage du pain au seigle, la coutume de mélanger dans certaines proportions les farines de froment et de seigle s'étant conservée dans quelques fermes de ce pays. Cette cause particulière de dyspepsie produit en même temps des accidents gastralgiques. J'ai vu l'arséniate de potasse amener la guérison dans ces derniers cas aussi bien que dans les autres.

J'ai observé la dyspepsie atonique liée à l'atonie générale, principalement en ville, chez des sujets vieux, jeunes, épuisés, cachectiques, etc. Il n'y a guère que les chlorotiques que je n'aie pas traités par les préparations arsenicales.

Dans la dyspepsie dépendant de la cirrhose du foie, j'ai complétement échoué.

Dans celle qui est symptomatique du cancer de l'estomac, j'ai obtenu deux cures palliatives si belles que je suis fondé à affirmer que, dans ces cas, l'arsenic n'a pas son égal.

Dans la dyspepsie avec gastrite chronique, cette médication est contre-indiquée; elle augmentera la sensibilité de la muqueuse gastrique et les sensations qui proviennent d'un état d'hypérémie accru. Dans le cancer de l'estomac, débutez par l'arsenic; vous n'avez pas de médicament antidyspeptique meilleur. Dans la dyspepsie atonique, vous avez bien des motifs pour le préférer aux autres : sa forme simple, son ingestion facile, son efficacité, et si ces raisons ne vous suffisent pas, essayez des autres traitements, et si ceux-ci échouent, n'oubliez jamais la médication arsenicale.

Quant à la gastralgie, les indications et les contre-indications reposent sur les mêmes bases.

Il y a des symptômes incommodes auxquels cette médication ne remédie pas, la flatulence, par exemple; il faut alors lui adjoindre les autres éléments de traitement exigés par les circonstances particulières aux cas cliniques. J'associe souvent l'arséniate de soude au bicarbonate de la même base dans les cas où des acidités morbides de l'estomac tourmentent les malades.

Enfin j'ai toujours soin que le régime s'harmonise avec la médication arsenicale pour concourir avec elle au même but, et, sur ce point, je suis en désaccord avec M. le docteur Germain, qui, comme je l'ai dit, laisse à ses clients une liberté à peu près complète. Je n'ai pas besoin d'insister sur la valeur d'une diététique choisie et réglée dans les maladies de l'estomac : cela est d'une évidence telle que je passe outre. Mais ceux qui savent bien manier le régime et qui en connaissent la puissance me diront peut-être : Vous associez l'arsenic à une alimentation choisie, et vous prescrivez toujours cette association; savez-vous au juste la part de l'un et de l'autre dans la guérison, et celle-ci ne pourrait-elle pas être l'œuvre du régime seul? A cela je répondrai par mes observations I et II, et par la remarque suivante : dans la pratique civile, il y a des familles où l'observance d'un régime spécial et prolongé a lieu avec exactitude, mais il y en a peu; généralement, dans les classes peu aisées, dans la classe ouvrière et chez les habitants de la campagne, je n'ai pas obtenu une fois sur dix l'alimentation que j'avais exigée. Dans ce cas, la médication arsenicale a réussi et elle a réussi seule.

Dans les dyspepsies et dans les gastralgies symptomatiques d'un cancer de l'estomac, la cure est palliative, cela s'entend de soi; dans les autres, la guérison est-elle absolue dans le temps? Non, il n'y a pas, il ne peut pas y avoir de médication qui donne ce résultat. L'estomac étant sans cesse en contact intime avec le monde extérieur, en reçoit l'influence de mille causes directes (aliments et boissons), qui agissent favorablement ou défavorablement, suivant leur quantité, suivant leur qualité et suivant le moment de leur ingestion. Il reçoit également l'influence indirecte, salutaire ou nocive, de mille autres

causes qui siégent dans des organes plus ou moins éloignés, sans compter les causes morales. Le dyspeptique et le gastralgique, une fois guéris, ne sont donc pas à l'abri, tant s'en faut, d'une dyspepsie ou d'une gastralgie nouvelles; l'arsenic est très efficace contre les effets, mais il ne s'adresse pas aux causes.

Les malades seuls peuvent rendre indéfinie la durée de la guérison obtenue par la médication arsenicale s'ils possèdent la volonté ferme de commander à leurs instincts, à leurs passions, et de suivre les règles prescrites par l'hygiène médicale ou suggérées par le bon sens.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 MARS 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Note sur la ventilation des nouveaux théâtres de Paris*, par M. le général *A. Morin*. — M. Morin rappelle d'abord les bases principales du programme posé par la commission des nouveaux théâtres de Paris, et consistant à introduire l'air : 1° comme l'avait proposé Darcet, au-dessous des loges des galeries et des amphithéâtres, par des doubles fonds ou entrevous, disposés à cet effet sur tout le pourtour de chaque étage; 2° par l'avant-scène et par des ouvertures ménagées dans les parois verticales du mur de refend qui sépare la scène de la salle; 3° par des ouvertures auxiliaires destinées à la ventilation d'été, ménagées sous les planches des corridors à chaque étage des loges, et prenant l'air à l'extérieur.

Quant à l'évacuation de l'air vicié de la salle, elle devait avoir lieu par des bouches d'appel placées au niveau et au fond des loges et des galeries, ou dans les parois verticales des gradins des amphithéâtres. La chaleur des tuyaux de fumée pendant l'hiver, celle de tous les appareils d'éclairage en toute saison, des foyers et des becs de gaz auxiliaires pendant l'été, devaient donner à l'appel l'énergie nécessaire. Le volume d'air à extraire des salles ne devait pas être inférieur à 30 mètres cubes par heure, par spectateur, en supposant ces salles pleines.

Le projet rédigé, d'après ces bases, pour le théâtre du Cirque, malgré l'approbation accordée aux principes qui y avaient été suivis, fut écarté par le conseil municipal, et celui qui était relatif au Théâtre-Lyrique fut seul adopté dans son ensemble.

Or, ajoute M. Morin, les expériences exécutées au Théâtre-Lyrique et au théâtre de la Gaîté, où l'on a appliqué, quoique d'une manière incomplète et un peu trop restreinte, les principes posés dans le rapport de la commission des nouveaux théâtres de Paris, ont montré que l'on y avait obtenu par une ventilation peut-être encore insuffisante une uniformité et surtout une modération satisfaisante des températures à tous les étages.

Il y a donc lieu de penser que si, profitant de l'enseignement de ces premiers essais pour lesquels, malgré une réserve prudente, l'administration de la ville de Paris a eu le mérite assez rare d'accorder confiance aux indications de la science, on en étend plus largement encore l'application, on parviendra à faire jouir le public qui fréquente les théâtres d'un bien-être tel, qu'il n'achète pas, comme aujourd'hui, les plaisirs de l'intelligence et du goût au prix de trop de malaise physique; l'art profiterait par là des améliorations apportées à la salubrité.

— M. *Husson* adresse de Toul (Meurthe) une seconde note *sur la quantité d'air indispensable à la respiration durant le sommeil.* (*Comm.* : MM. Payen, Longet.)

MÉDECINE ET HYGIÈNE. — *Théorie électrique du froid, de la chaleur et de la lumière*, par M. *Durand* (de Lunel). — Suivant l'auteur, le monde physique est composé de matière ordinaire et d'éther : la matière ordinaire est électrique; l'éther est électrique aussi; il l'est puisqu'il est répulsif pour lui-même, puisqu'il est attractif pour ce qui n'est pas lui.

S'il en est ainsi, chacun de ces deux agents est répulsif pour lui-même quant à ses particules identiques ou intégrantes, attractif pour lui-même quant à ses particules non identiques ou constituantes, et enfin attractif pour les particules de l'autre agent.

Telle est, selon M. Durand, la synthèse générale des phénomènes physiques; il l'appelle *éthéro-corporelle*. Voici les déductions qu'il en tire quant à présent :

La chaleur est généralement le mouvement électrique de répulsion propre des particules identiques des corps, aidé par le mouvement électrique de répulsion propre des particules identiques de l'éther interstitiel.

Le *froid* est généralement le mouvement électrique de contraction ou de cimentation opéré par l'éther sur les particules corporelles (cohésion); il consiste d'autres fois en partie dans ce mouvement, et en partie dans le mouvement électrique d'attraction réciproque ou d'affinité des particules corporelles non identiques.

La lumière est le résultat de certains mouvements vibratiles de l'éther, lequel ne vibre que parce qu'il est électrique. La lumière n'est donc, comme la chaleur et le froid, qu'un phénomène électrique.

TOXICOLOGIE. — *Empoisonnement par des huîtres draguées sur un banc voisin d'une mine de cuivre; constatation de la présence du métal dans ces mollusques*, note de M. *Cuzent*. — Appelé en qualité d'expert à démontrer la présence du cuivre dans des huîtres vertes saisies sur le marché de Rochefort, et à déterminer la quantité qu'elles contenaient de ce toxique, j'ai été à même de faire quelques observations intéressantes. En attendant que mon travail soit achevé, je viens indiquer deux procédés qui permettent de reconnaître à l'instant la présence du cuivre dans ces mollusques.

1° Le premier consiste à employer l'*ammoniaque* pure. Si l'huître contient du cuivre, sa teinte, au lieu d'être d'un *vert bleuâtre* plus ou moins foncé, est d'un vert clair (*vert d'herbe*), et le mollusque parfois laisse suinter des lobes de son manteau une matière visqueuse qui ressemble à un précipité de vert-de-gris. Versée sur la chair de l'huître, l'ammoniaque, par son contact, produit la couleur bleu foncé qui caractérise le sel de cuivre ammoniacal, et l'on peut alors suivre la trace du poison jusque dans les vaisseaux les plus déliés du foie de l'animal.

2° Le second procédé a pour but d'isoler le cuivre à l'état métallique. Il consiste à piquer une aiguille à coudre dans les parties vertes de l'huître, à verser ensuite sur le mollusque une quantité de *vinaigre* suffisante pour l'immerger, et à laisser le tout en contact pendant quelques secondes.

Il ne faut pas une minute pour que la partie de l'aiguille enfouie se recouvre d'un enduit rouge de cuivre métallique. On devra préalablement s'assurer de la pureté du vinaigre. Ces procédés sont tellement sensibles que j'ai pu isoler le cuivre de plusieurs de ces mollusques qui n'en contenaient que de faibles quantités. Il suffit, dans ce cas, lorsqu'on opère avec les aiguilles, de prolonger plus ou moins le temps de leur contact avec la partie verte soumise à l'expérience.

Les huîtres saisies provenaient de l'Angleterre; elles ont été draguées sur un banc de la rivière de Falmouth et voisin d'une mine de cuivre. Ces mollusques ont occasionné plusieurs symptômes d'empoisonnement.

SÉANCE DU 9 MARS 1863.

M. *Flourens* fait hommage à l'Académie d'un volume qu'il vient de publier sous ce titre : DE LA PHRÉNOLOGIE ET DES ÉTUDES VRAIES SUR LE CERVEAU.

PHYSIOLOGIE. — *Note sur l'infection purulente*, par M. *Flourens*. — Quelques gouttes de pus, pris sur la dure-mère d'un chien et porté sur la dure-mère d'un autre chien, ont produit une *méningite* violente et causé la mort. Quelques gouttes de ce même pus, pris sur la dure-mère d'un chien, ont été portées sur la plèvre d'un autre chien parfaitement sain. Au bout de trente-six heures, l'animal est mort. On a trouvé une double pleurésie purulente. Toute la plèvre, et la plèvre des deux côtés, était remplie de pus. On n'a trouvé de pus dans aucun autre viscère.

On a porté du pus sur les muscles abdominaux d'un chien parfaitement sain. L'animal est mort au bout de quatre jours; une énorme infiltration de pus s'était glissée entre les divers muscles de l'abdomen.

Jusqu'ici le pus avait été porté d'un animal sur un autre. Sur le même animal, j'ai fait porter du pus d'un viscère sur un autre viscère. Du pus pris sur la dure-mère a été porté sur la plèvre. Le cinquième jour, l'animal est mort. La cavité pleurale gauche était remplie de pus.

Ainsi, du pus porté d'un animal sur un autre animal, ou, sur le même animal, d'un viscère sur un autre viscère, transmet à cet autre animal ou à cet autre viscère une affection purulente des plus violentes, et qui finit par causer la mort.

J'ai multiplié ces expériences. Elles ne peuvent laisser de doute. La théorie de l'*infection purulente* est donc démontrée. C'est, d'ailleurs, une théorie admise. Les faits que l'on vient de voir n'en sont que de nouvelles preuves, mais singulièrement remarquables, d'abord par la circonscription du mal dans le lieu où on le porte : porté sur les méninges il se borne aux méninges, porté sur la plèvre il se borne à la plèvre, etc.; et, en second lieu, par la rapidité de sa terminaison, presque toujours funeste. Mais que d'études encore demandent de pareils faits! Je commence à peine.

Il y a dans l'homme deux hommes : l'homme sain et l'homme malade. Ce n'est pas connaître nos organes que de n'en connaître que l'état sain. Morgagni est une mine inépuisable pour le physiologiste. Morgagni est la *contre-partie* de Haller. Haller n'a vu que l'état sain; Morgagni n'a vu que l'état malade; ils se complètent l'un par l'autre; à eux deux ils ont tout vu. « Pour reconnaître les maladies très cachées, *ad abditissimos* » *morbos internoscendos*, disait Morgagni, on ne peut se passer » de la physiologie. » Combien de fois, quand il s'agit de fonctions très obscures, le physiologiste n'a-t-il pas occasion, à son tour, d'invoquer la pathologie !

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. — *Nouvel exemple de fermentation déterminée par des animalcules infusoires pouvant vivre sans gaz oxygène libre, et en dehors de tout contact avec l'air de l'atmosphère*, par M. *L. Pasteur*. — Je viens faire connaître aujourd'hui un nouvel exemple de fermentation, la fermentation du tartrate de chaux, déterminée également par un animalcule infusoire vivant sans gaz oxygène libre, et appartenant aussi au genre vibrion, mais très différent, en apparence du moins, de l'animalcule de la fermentation butyrique.

Afin d'abréger, j'indiquerai tout de suite une expérience décisive. Je place sous l'eau du tartrate de chaux, mêlé de quelques millièmes de phosphate d'ammoniaque et de phosphates alcalins et terreux, soit artificiels, soit provenant de cendres de levûre de bière ou de cendres d'infusoires.

Le vase est une fiole de verre à fond plat, dont le col effilé est soudé à un tube de verre recourbé. La fiole est remplie d'eau pure, après avoir reçu le tartrate, puis portée à l'ébullition au moyen d'un bain de chlorure de calcium, pendant que le tube recourbé plonge par son extrémité dans un vase contenant de l'eau distillée soumise elle-même à l'ébullition. Par ce moyen, tout l'air qui est en dissolution est expulsé. Je couvre alors d'une épaisse couche d'huile la surface de l'eau du vase dans lequel plonge le tube recourbé, et j'abandonne l'appareil au refroidissement pendant vingt-quatre heures. Dans ces conditions, le tartrate ne peut offrir le moindre indice de fermentation. Mais si l'on vient à semer rapidement dans la fiole une très petite quantité d'infusoires provenant d'une fermentation spontanée de tartrate de chaux, en substituant immédiatement à la petite quantité d'eau que cet ensemencement déplace, de l'eau désaérée par ébullition, voici ce qui se passe : les infusoires semés se multiplient peu à peu dans le dépôt de tartrate, qui disparaît progressivement sans qu'il en reste la plus petite quantité, et sans que l'intérieur du vase ait à aucun moment le contact de l'air extérieur, ce qui est facile à réaliser, si l'on a eu le soin de plonger le tube recourbé dans le mercure aussitôt après l'ensemencement.

Le tartrate fait place à un dépôt uniquement formé de cadavres de vibrions qui ont environ un millième de millimètre de diamètre, mais dont la longueur très variable a atteint, dans certains cas, un vingtième de millimètre. Comme tous les vibrions, ils se reproduisent par fissiparité, et pendant toute la durée de la fermentation la plus petite quantité du dépôt en offre une foule à mouvements plus ou moins rapides et flexueux.

» La fermentation du tartrate de chaux, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause intime, est donc déterminée par la présence d'un infusoire jouissant de la faculté de vivre sans gaz oxygène libre, en dehors de tout contact avec l'air atmosphérique.

Dès aujourd'hui, ajoute M. Pasteur, on peut affirmer que l'on rencontre deux genres de vie parmi les êtres inférieurs, l'un qui exige la présence du gaz oxygène libre, l'autre qui s'effectue en dehors du contact de ce gaz, et que le caractère ferment accompagne toujours.

Quant au nombre des êtres pouvant vivre sans air et déterminer des actes de fermentation, je le crois considérable, qu'il s'agisse de végétaux, c'est-à-dire d'organismes qui n'ont pas de mouvement propre, ou qu'il s'agisse d'animaux, c'est-à-dire d'organismes qui ont un mouvement en apparence volontaire.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 MARS 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. *Rufz*, à l'occasion du procès-verbal, propose qu'au nombre des instructions destinées à M. le docteur *Dumont* sur la fièvre jaune au Mexique, il soit demandé qu'on fasse une étude non-seulement des personnes atteintes de la maladie, mais encore de celles qui, récemment arrivées dans le pays, ont traversé une ou deux épidémies sans être frappées par le fléau, afin de bien déterminer, s'il est possible, les conditions de l'immunité.

Correspondance.

1° M. le ministre d'Etat adresse l'ampliation d'un décret en date du 14 mars courant, et par lequel est approuvée l'élection de M. Lélut, en remplacement de M. Adelon, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Lélut prend séance.

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans les départements de l'Ariége et de la Marne. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Dubois* sur le service médical des eaux minérales de Vichy pendant l'année 1861. (*Commission des eaux minérales.*)

3° L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. les docteurs *Richet*, *Michon*, *Boinet* et *Alphonse Guérin*, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de médecine opératoire. — *b*. Une lettre de M. *Colin*, professeur à Alfort, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de médecine vétérinaire. — *c*. Une note de M. le docteur *Maslieurat-Logémard* (de Grand-Bourg) sur la ladrerie du porc et sur la surdi-mutité dans ses rapports avec les mariages consanguins. (*Comm.:* M. Poggiale.)

4° MM. *Robert* et *Collin* présentent à l'Académie des instruments en bronze d'aluminium.

Ce métal est plus beau, plus résistant, plus léger et moins oxydable que le maillechort, et peut lui être d'autant mieux substitué que le prix n'en est pas plus élevé.

5° M. le docteur *Joransi* (de Saint-Romain-de-Benel) soumet à l'examen de l'Académie un nouveau modèle d'irrigateur vaginal et rectal à double courant, de son invention.

M. *Bouchardat* dépose sur le bureau une note de M. le docteur *Mougeot* (de Bar-sur-Aube), accompagnant cinquante échantillons de préparations pharmaceutiques nouvelles dans lesquelles l'acide silicique gélatineux joue seul le rôle d'excipient, et que, pour cette raison, l'auteur a désignées sous le nom de *silicades*. (*Comm.* : MM. Bouchardat, Nélaton, Devergie.)

M. *le Président* offre en hommage, au nom de M. *Cloquet*, le buste en bronze de *Bichat*.

M. *le Président* annonce ensuite la mort de M. le docteur *Gendron*, membre correspondant à Château-Renard; — puis il informe l'Académie que M. *Jolly* a été atteint, depuis la dernière séance, d'une pleuro-pneumonie, et que MM. *Grisolle*, *Barth*, *Larrey* et *Cruveilhier* ont été chargés d'aller porter au malade les témoignages de sympathie de ses collègues.

Discussion sur les eaux potables.

M. *Robinet*, reprenant la suite de son argumentation, maintient, contrairement aux assertions de M. Briquet, que la maison impériale de Saint-Denis est alimentée depuis douze ans par les eaux d'un puits artésien, et que ce n'est qu'exceptionnellement, lorsque des réparations condamnent ce puits au chômage, qu'on a recours à l'usage de l'eau de la Seine. L'orateur tient ces renseignements d'une personne qui a habité la maison de Saint-Denis pendant dix-huit ans en qualité de dame-maîtresse; il donne lecture de la lettre que cette personne lui a adressée sur ce sujet, et laquelle affirme que la santé des élèves n'a subi aucun échec de l'usage des eaux nouvelles.

On a encore mis sur le compte des eaux de source l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi dernièrement à l'école de Saint-Cyr. M. Robinet prétend que c'est là une hypothèse toute gratuite, et qu'il suffit de lire le remarquable rapport adressé à l'Empereur par le Ministre de la guerre, pour se convaincre que les eaux n'ont pas eu la part la plus active dans le développement de l'épidémie.

M. Robinet donne lecture de certains passages de ce rapport, dans lequel, en effet, M. le Ministre, après avoir pris l'avis d'hommes compétents, signale comme causes de l'épidémie, en première ligne, une atmosphère si longtemps et si exceptionnellement humide; puis la position topographique de l'école, les conditions géologiques du pays, la disposition et l'insuffisance des bâtiments de l'école, le voisinage d'eaux marécageuses, les travaux de terrassement exécutés par l'administration des chemins de fer de l'Ouest; enfin l'usage d'eaux calcaires et d'une proportion insuffisante. Ainsi, cette dernière particularité, qui a été signalée par M. Briquet et d'autres comme la cause unique de l'épidémie de Saint-Cyr, est mentionnée en dernière ligne, et d'une manière pour ainsi dire secondaire, par M. le Ministre de la guerre.

M. Robinet n'a pas cru devoir s'en tenir au rapport officiel; il a pris des informations directes, dont il communique la teneur à l'Académie et qui sont en parfaite harmonie avec les données du document ministériel. Les deux honorables correspondants de M. Robinet n'hésitent pas à absoudre les eaux de Saint-Cyr de toute influence sur le développement de la fièvre typhoïde; ils en accusent uniquement l'encombrement de l'école, sa mauvaise situation topographique et les effluves provenant d'un vaste marécage récemment desséché.

D'ailleurs, les mauvaises conditions hygiéniques de Saint-Cyr ne sont pas reconnues et proclamées de nos jours pour la première fois. Dès son origine, cet établissement avait acquis à cet égard une réputation fâcheuse; et, au dire de M. Lavallée, l'historien de la maison royale de Saint-Cyr, madame de Maintenon regretta souvent d'avoir bâti cet établissement dans un endroit froid et marécageux.

M. Robinet, pour plus de garantie, est allé lui-même à Saint-Cyr; il a examiné les eaux, il les a analysées, et il s'est convaincu, avec M. le colonel Thiraux, que leur insalubrité résulte, non point de leur origine, mais du mauvais état des aqueducs. Ceux-ci sont en ruine et livrent passage à toutes sortes d'infiltrations qui troublent les eaux en les souillant de matières organiques glaireuses; enfin, elles sont insuffisantes pour la population actuelle de l'école.

M. Briquet prétend qu'il y a des goîtreux à Épernay et à Châlons; il pourrait en trouver, dit-il, jusqu'à cinquante-six à Épernay. M. Robinet a pris des informations auprès de trois ou quatre habitants des plus notables du pays; ces personnes, très dignes de foi et fort intelligentes, lui ont affirmé qu'il n'y avait pas de goîtreux à Épernay; il y en a peut-être deux ou trois; mais dans quel pays n'y a-t-il pas quelques goîtreux? Un pareil chiffre suffit-il pour constituer une endémie goîtreuse? Assurément, non. Quelques cas isolés de goître ne peuvent permettre de rien inférer relativement à l'influence étiologique de la mauvaise qualité des eaux potables.

Et d'ailleurs, les médecins sont-ils bien fixés sur la genèse du goître? L'étiologie de cette lésion n'est-elle pas encore un problème irrésolu? Cela ne résulte-t-il pas des théories contradictoires qui se sont produites dans ce débat et des déclarations des pathologistes qui ont le mieux étudié cette question, notamment de M. le docteur Vingtrinier, dont personne ne contestera la compétence et l'honorabilité?

M. Robinet n'a jamais prétendu et ne prétend pas que l'eau de Seine soit une mauvaise eau potable; il croit seulement qu'il en existe de meilleures, et il en prend à témoin les riverains, qui ne font qu'exceptionnellement usage de l'eau du fleuve, ainsi qu'il résulte d'une enquête comprenant tous les principaux centres de population, depuis l'embouchure de la Seine, à Caudebec, jusqu'à Châtillon-sur-Seine, à une petite distance de sa source.

Il suit de cette enquête, généralement faite avec le concours des médecins ou des pharmaciens de la localité : 1° que sur 17 villes, 1 seule boit de l'eau de Seine; 5, de l'eau de Seine et des eaux d'autres provenances; 11, des eaux de puits ou de source; — 2° que sur 20 villes, aucune ne boit de l'eau seule, 14 boivent du vin et des piquettes, et 6, du cidre ou des boissons; — 3° que sur ces 20 villes, 12 n'ont point de goîtreux, 6 en ont peu, et 2 ont quelques goîtreux isolés.

Les riverains de la Loire imitent ceux de la Seine : M. Chevalier, secrétaire perpétuel de la Société d'agriculture et de la Société géologique d'Indre-et-Loire, affirme que les habitants de la Touraine boivent généralement de l'eau de source et de l'eau de puits, rarement de l'eau seule; qu'à Tours on a de la répugnance pour les eaux de la Loire, et que la ville a dépensé plus de 100 000 francs pour le forage de puits artésiens, et une somme plus considérable encore pour la dérivation des eaux du Cher.

M. Robinet termine en lisant les conclusions d'un rapport présenté au sénat, par M. Mallet, dans la séance du 9 mars courant, et qui apprécie en ces termes les avantages des projets de la ville de Paris : « Ainsi, Paris se trouvera doté, sous le rapport de ses eaux, d'une organisation telle que n'en possède aucune ville au monde et certainement comparable à celle de l'ancienne Rome. Les projets ont été parfaitement étudiés : magistrats et ingénieurs ont rivalisé de zèle, sentant qu'ils attachaient leur nom à l'une de ces grandes opérations qui datent dans l'existence d'une ville et même d'un empire. »

M. Robinet se rattache sans réserve à cette déclaration.

M. *le Président* invite les orateurs encore inscrits à se renfermer rigoureusement, strictement, dans les termes du débat, afin d'arriver promptement à la clôture d'une discussion qui occupe depuis de nombreuses séances les moments de l'Académie.

M. *Bouchardat* se félicite d'être arrivé aux mêmes conclusions que M. Robinet relativement au peu d'utilité de l'oxygène dans les eaux potables et à l'innocuité des sels calcaires ne dépassant pas certaines proportions.

La difficulté ne commence que pour les eaux qui, agréables à boire, déterminent cependant des troubles dans l'économie. Quelle est donc la cause de la nocuité de ces eaux? Par la méthode d'exclusion, M. Bouchardat est arrivé à conclure que l'insalubrité des eaux tient, dans ce cas, à la présence de matières organiques; mais il n'a pas entendu parler des premières matières organiques venues; il a voulu dire des matières organiques se développant, se formant dans des conditions parfaitement déterminées, et qu'il a très complétement caractérisées dans son premier discours. M. Bouchardat repousse avec une grande énergie le reproche qu'on lui a adressé d'avoir prêté le crédit de sa parole et de son autorité à la propagation d'une erreur et d'un préjugé funeste. Il déclare avec énergie qu'il n'a rien avancé à la légère, et qu'avant d'adopter la théorie nouvelle dont il s'est fait le promoteur, il l'a étudiée longtemps et à fond, et à l'aide de toutes les données fournies par une mûre expérience et une saine observation.

M. *Briquet* avoue que la question a été singulièrement simplifiée depuis le commencement du débat. De l'aveu de presque tous les orateurs, l'eau de Seine est une excellente eau potable; on opposait à son usage la nécessité de la filtration; mais il est prouvé que rien n'est plus simple et plus facile que le filtrage, et que ce problème est depuis longtemps résolu en grand et en petit dans la ville de Paris.

On filtre dans une fontaine marchande ordinaire, celle de la rue de l'Arcade par exemple, de six heures du matin à trois heures de l'après-midi, 280 mètres cubes d'eau. Si on filtrait le double de temps, c'est-à-dire pendant douze heures, on filtrerait plus de 500 mètres cubes d'eau par jour. De plus, cette filtration est rapide et ne donne lieu à aucune déperdition de gaz. En filtrant nuit et jour, on peut filtrer 2000 mètres cubes; en prenant toutes les fontaines de Paris ensemble, on pourrait filtrer, par vingt-quatre heures, 200 000 mètres cubes d'eau. Ne serait-ce pas suffisant pour la ville de Paris?

Quant à la température de l'eau, M. Briquet maintient que toutes les eaux distribuées dans les villes, et notamment celles de Paris, soit l'eau de Seine, soit l'eau d'Arcueil, ne tardent pas, quelle que soit leur température initiale, à acquérir la température de l'air ambiant.

M. Briquet ne peut pas admettre, en dépit des prévisions de M. Robinet, que l'eau de la Dhuis soit aussi bonne à la boisson que l'eau de Seine. C'est une eau de source; conséquemment elle est mal aérée et elle est chargée de sels calcaires. On répond que l'eau de la Dhuis cheminera dans un vaste aqueduc de quarante-cinq lieues. Mais M. Briquet n'admet pas ces suppositions optimistes; il pense que l'eau de la Dhuis s'aérera d'une manière incomplète et qu'elle ne pourra qu'acquérir de mauvaises qualités pendant un trajet de quinze jours, dans un canal souterrain qui la privera de l'influence bienfaisante des rayons solaires, de la lumière diffuse; M. Briquet estime, en effet, que l'insolation et la lumière sont nécessaires pour vivifier une eau potable.

On a nié la présence des matières organiques dans l'eau de la Dhuis. C'est une erreur : l'eau de la Dhuis, dès sa source, tient en suspension des filaments, des détritus de matière végétale qui ne peuvent à la longue que produire une fermentation nuisible à la santé des consommateurs.

M. *Boudet* déclare que tout ce que dit là M. Briquet est absolument contraire aux résultats des recherches et des expériences connus de tout le monde.

M. *Briquet*, continuant, est persuadé que les eaux de la Dhuis arriveront à Paris presque saturées de carbonate de chaux et que l'usage de pareilles eaux ne pourra être que préjudiciable à la santé des habitants de Paris.

Y a-t-il une raison majeure pour substituer l'eau de la Dhuis à l'eau de la Seine dans l'alimentation de Paris? On dit que l'eau de la Seine serait insuffisante pour tous les services privés et publics...

M. *Robinet* proteste qu'il n'a jamais avancé une pareille monstruosité.

M. *le Président* fait observer à M. Briquet qu'il sort des limites de la discussion générale des eaux potables pour s'engager dans un sujet que tous les orateurs précédents ont soigneusement évité, à savoir la question spéciale des eaux de Paris. Il invite M. Briquet à présenter des conclusions qui résument sa pensée le plus succinctement possible.

M. *Briquet* conclut en ces termes : A mes yeux, les eaux de la Seine sont de beaucoup supérieures aux eaux de la Dhuis pour l'usage hygiénique; c'est donc à tort que l'administration de la ville de Paris renonce à l'eau de la Seine pour l'approvisionnement public et qu'elle se propose d'aller chercher à grands frais les eaux peu salubres de la Champagne.

Présentation.

Chirurgie. — M. le docteur *Marchant* (de Charenton) présente un nouvel appareil destiné au traitement des fractures de la rotule et donne lecture d'une note contenant la description de l'appareil et son mode d'application. (*Comm.:* MM. Gosselin et Malgaigne.)

Élections.

L'Académie procède par la voix du scrutin à la nomination des commissions de prix pour l'année 1863.

Voici le résultat du scrutin :

Prix de l'Académie (*affections charbonneuses*) : MM. Larrey, Leblanc, Rayer, Reynal et Trousseau.

Prix Portal (*altérations du placenta*) : MM. Cruveilhier, Depaul, Paul Dubois, Robin et Sappey.

Prix Civrieux (*dyspepsies*) : MM. Baillarger, Briquet, Jolly, Louis et Roger.

Prix Capuron (*version pelvienne, forceps*) : MM. Chailly, Danyau, Devilliers, Jacquemier et Velpeau.

Prix Lefèvre (*mélancolie*) : MM. Barth, Beau, Lélut, Michel Lévy et Tardieu.

Prix Amussat (*chirurgie expérimentale*) : MM. Claude Bernard, Henri Bouley, Cloquet, Jobert et Malgaigne.

Prix Barbier (*maladies incurables*) : MM. Bouvier, Devergie, Guérard, de Kergaradec et Roche.

Prix d'Argenteuil (*rétrécissements de l'urèthre*) : MM. Denonvilliers, Gosselin, Huguier, Laugier et Nélaton.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1862.

ÉLÉPHANTIASIS DE LA VULVE.

M. *Boys de Loury* rapporte le fait suivant :

Obs. — Une fille âgée de vingt-huit ans, née à Archelin (Meurthe), entre à Saint-Lazarc le 6 octobre 1862, dans mon service.

Cette femme, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, n'a jamais eu d'accidents vénériens. Elle a été réglée à l'âge de quinze ans, et depuis lors les règles se sont constamment montrées à époques fixes. Sa mère est morte à cinquante-six ans, probablement d'un kyste de l'ovaire. De ses frères et sœurs, au nombre de douze, sept sont morts de maladies sur la nature desquelles nous n'avons aucun renseignement; les cinq qui vivent encore jouissent d'une bonne santé.

En examinant les organes génitaux externes de cette femme, on constate deux tumeurs volumineuses dures et bosselées, développées aux dépens des petites lèvres, qui font saillie hors de la vulve. Ces deux tumeurs pyriformes, à grosse extrémité tournée en bas, se réunissent à leur partie supérieure, englobant dans leur tissu le clitoris et son prépuce. De ces deux tumeurs, celle de gauche, la plus volumineuse, mesure 9 cen-

timètres de longueur sur une largeur de 6 centimètres, et une épaisseur variable en différents points qu'on peut toutefois évaluer, en moyenne, à 5 centimètres et demi; celle de droite, plus petite, mamelonnée, offre une étendue de 7 centimètres et demi sur une largeur de 4 centimètres et demi, et une épaisseur moyenne de 5 centimètres.

Vers le milieu de la partie antérieure de la tumeur du côté gauche, se voit une vaste anfractuosité dont le diamètre longitudinal mesure 3 centimètres; le diamètre transversal, beaucoup plus petit, se laisse facilement distendre, permet l'introduction de deux doigts, et montre une libre communication avec la partie postérieure. Cette anfractuosité, qui, au premier abord, aurait pu faire croire à une destruction du tissu même de la tumeur, par suite d'un abcès développé dans son intérieur, résulte de la réunion de deux pédicules principaux qui, partant, l'un du prépuce du clitoris, l'autre de la partie moyenne de la petite lèvre gauche, se réunissent pour constituer la tumeur. De chaque côté de ces pédicules principaux, et à la face postérieure de la tumeur, on trouve encore deux pédicules plus petits que les précédents; ceux-ci interceptent entre eux de petits trajets à parois lisses dans lesquels on peut engager l'extrémité du petit doigt. De la réunion de ces différents pédicules résulte la tumeur, qui s'enfle tout à coup, devient pyriforme, et présente une surface irrégulièrement mamelonnée. Chacun de ces mamelons est séparé par un petit sillon très nettement tracé.

La tumeur du côté droit est plus petite que la précédente, à laquelle elle adhère par son origine commune au prépuce du clitoris. En la soulevant de façon à voir sa face postérieure, on constate qu'elle est aussi constituée par un pédicule principal situé à la partie supérieure, auquel viennent se rendre deux autres pédicules plus petits interceptant deux petits orifices de 1 centimètre de diamètre environ. Au point d'union de ces pédicules secondaires se voit un bouquet de végétation dont la forme, la couleur et la structure tranchent suffisamment pour qu'on en puisse facilement reconnaître la nature. La surface de cette tumeur droite est aussi irrégulièrement mamelonnée, et ces mamelons sont plus nombreux et plus petits que ceux qui existent du côté gauche.

Ces tumeurs sont dures, peu élastiques, insensibles au toucher, et présentent une teinte d'un rouge légèrement violacé, manifeste surtout vers les parties les plus déclives.

Au dire de la malade, les deux tumeurs datent de la première enfance; d'un volume peu considérable avant la puberté, elles ont grossi d'une manière sensible dès la première apparition des règles, et, depuis ce moment, chaque époque menstruelle est marquée par une tuméfaction passagère sans douleurs.

En soulevant et rejetant à droite et à gauche ces deux petites lèvres ainsi hypertrophiées, on constate trois rudiments semblables aux pédicules qui viennent d'être décrits : deux, situés à la partie inférieure de l'orifice vaginal, longs de 2 à 3 centimètres, sont développés aux dépens des canalicules; le troisième, d'une longueur de 4 centimètres, prend son attache à la partie inférieure de la colonne antérieure du vagin, et pend en forme de stalactite au-dessous du méat urinaire, qui lui-même est considérablement élargi, de façon à permettre l'introduction facile de la première phalange du doigt indicateur.

Les grandes lèvres, refoulées en dehors, sont le siége d'une espèce d'œdème dur; leur couleur est rosée, leur sensibilité nulle.

Le 16 octobre, j'ai procédé à l'ablation de ces deux tumeurs, la malade étant soumise à l'influence du chloroforme. Après avoir coupé à leur point d'attache les pédicules supplémentaires, j'ai séparé l'une de l'autre, à l'aide d'une incision verticale, les deux tumeurs. Chacune de celles-ci fut alors enlevée au moyen d'incisions courbes faites au-dessus et au-dessous des pédicules principaux.

Pendant l'opération, il y eut une perte à peine sensible de sang; une seule artère fut liée. La plaie produite mesure le diamètre de deux circonférences de 3 centimètres réunies sur la partie médiane au point correspondant au clitoris.

Application de charpie imbibée d'eau fraîche. Durant la journée il s'écoule un peu de sang; pas de fièvre.

Le lendemain, l'état général de la malade est bon, sans fièvre.

Après l'opération, les tumeurs exsangues, d'une pâleur cadavérique, ont diminué considérablement de volume par l'écoulement d'une quantité assez notable de sérosité. Leur poids total est de 215 grammes, se répartissant ainsi : 118 grammes pour la tumeur du côté gauche, et 97 grammes pour celle du côté droit.

La coupe de ces tumeurs est blanchâtre; la sérosité qui s'en écoule présente l'aspect et la consistance de l'eau de gomme. La distinction entre le derme et le tissu sous-jacent est impossible à l'œil nu.

L'observation que je viens de présenter est assez rare pour que je n'en aie rencontré que très peu de faits dans la pratique de mon service. Un cas à peu près semblable a été vu l'année dernière par mon collègue M. Clerc; il a été relaté par M. Martin, interne du service, dans la Gazette hebdomadaire. C'était une jeune fille de quinze ans, réglée depuis un an, dont la mère n'avait présenté aucun accident syphilitique. La tumeur, unique, considérable, dure et bosselée, était suspendue au pénil, paraissant, au premier abord, être une hypertrophie du clitoris, pyriforme, ayant 17 centimètres de circonférence, et 22 dans sa plus grande largeur; en la soulevant on vit qu'elle occupait une partie de la grande lèvre gauche et du prépuce du clitoris. L'ablation de la tumeur donna lieu à une effusion de sang assez considérable, quoiqu'il n'y eût à lier qu'une seule artère; la guérison s'opéra en dix à douze jours.

L'examen microscopique a démontré pour ces deux tumeurs une analogie complète : formées de tissu lamineux n'offrant aucune disposition particulière dans leur disposition, présentant une grande quantité de sérosité infiltrée dans le tissu, disposition que l'on rencontre dans l'éléphantiasis.

L'ouvrage d'Alard, qui date du commencement du siècle, dans lequel, sous le nom de maladie lymphatique, l'auteur a réuni la plupart des cas d'éléphantiasis recueillis jusqu'alors, présente une grande quantité de faits qui paraissent étrangers à l'éléphantiasis; ainsi le bras de cette religieuse de Sienne, dont l'observation a été répétée dans différents ouvrages, qui progressivement était arrivé au poids de 200 livres, et dont la dimension était telle depuis l'articulation du coude jusqu'au poignet que, ayant perdu toute forme, ce n'était qu'une outre demi-fluctuante pendant la vie de la malade, et qui n'était effectivement qu'un tissu infiltré d'une énorme quantité de liquide, ainsi qu'on put le vérifier après sa mort. A quel genre d'affection doit-on rapporter ce fait, et jusqu'à quel point peut-on l'attribuer à l'éléphantiasis? De même que l'observation de la dame de Berlin tirée du même ouvrage, et dont le ventre avait acquis des dimensions énormes, elle ne saurait être attribuée à l'éléphantiasis, mais à des tumeurs hydatiques dont la nature n'était pas bien connue à cette époque.

Dans le consciencieux rapport de M. Hippolyte Larrey sur le mémoire de Clot-Bey, où il a relaté à peu près tous les faits connus d'éléphantiasis, plusieurs également paraissent être étrangers à cette affection, n'étant pas suffisamment étudiés par les auteurs dont il les a extraits.

Il reste donc encore, pour les praticiens non habitués à observer de pareils faits, une certaine incertitude; il y aurait à revoir les observations, depuis celle de Saucerotte, dans le siècle dernier, pour ranger d'une manière définitive celles qui appartiennent bien évidemment à l'éléphantiasis, et en éliminer celles qui sont étrangères à cette affection.

M. *Géry* (père) rapporte avoir donné ses soins à une femme affectée d'une tumeur dure, résistante, à bords frangés et mamelonnés, siégeant à la vulve, et qui, à chaque période menstruelle, devenait turgescente et douloureuse. Cette tumeur, dont le début paraissait remonter à l'enfance, n'altérait en rien la régularité des fonctions génitales, ni les attributs de la santé. Ses caractères étaient, comme pour la tumeur opérée par M. Boys de Loury, ceux d'un éléphantiasis des petites lèvres parvenu lentement à un degré de développement moins avancé.

M. *Chausit* fait remarquer que, parmi les intumescences décrites sous la désignation d'éléphantiasis, il en est beaucoup que leur nature essentiellement différente oblige à distinguer de cette dernière affection.

Une marche saccadée, dont les progrès soudains coïncident à des poussées érysipélateuses, avec angioleucite et engorgements ganglionnaires de la région, tel est le caractère pathognomonique de l'éléphantiasis; et, ce qu'il y a de vraiment spécifique dans ces érysipèles successifs qui envahissent la tumeur, c'est la franchise inflammatoire de leur début, la brièveté de leur durée, et, à leur déclin, l'absence de desquamation.

Les travaux des médecins anglais dans l'Inde ont porté sur

ces faits une vive lumière, et l'on s'étonne de voir certains auteurs englober sous la dénomination d'éléphantiasis les maladies les plus disparates. Une hématocèle, une tumeur encéphaloïde du testicule, un anévrysme iliaque accompagné d'un développement anormal des veines saphènes et abdominales sont les exemples de ces confusions.

Il importe cependant que le diagnostic soit précis. De sa rectitude dépendent les errements de la thérapeutique. Suivant la dénomination assignée à la maladie sera résolu le problème de l'abstention ou de l'intervention chirurgicale.

Ainsi que l'a judicieusement établi M. Larrey, et comme le confirment plusieurs faits fournis par le docteur Clot-Bey, des exacerbations inflammatoires qui s'allument de temps à autre dans la partie malade, que caractérisent la chaleur, la douleur, la tuméfaction et une réaction fébrile, puis auxquelles succède un accroissement définitif dans le volume de l'organe tuméfié, voilà des signes auxquels se reconnaît l'éléphantiasis; mais, dans une tumeur de la région dorsale, la conservation de la coloration de la peau, des bosselures nombreuses signalées sur divers points de la partie malade, et remarquées aussi à d'autres régions, une vascularisation serrée ne sauraient justifier un pareil diagnostic, porté par un médecin allemand dans un travail de date récente.

Aux cas déjà cités par M. Boys de Loury, j'ajouterai celui de M. Appiat (de Genève), et surtout celui de M. Rigal (de Gaillac), représenté par Vidal (de Cassis), qui lui-même en a observé plusieurs cas.

Le fait de M. Rigal est probablement un des plus remarquables par ses dimensions extraordinaires, car l'énorme tumeur vulvaire, divisée en deux lobes, descendait jusqu'au niveau des genoux.

Le cas observé et dessiné par M. Boys de Loury a de grands rapports avec l'esthiomène hypertrophique végétant décrit par M. Huguier; d'ailleurs, il semble encore plus difficile de différencier l'éléphantiasis de l'esthiomène hypertrophique œdémateux ou éléphantiasique; car, dans les deux cas, l'accroissement de volume tient moins à une hypertrophie des téguments qu'à une infiltration œdémateuse, quelquefois très considérable, du tissu cellulaire des organes vulvaires.

La persistance de l'accroissement morbide de ces organes après une première opération suffit pour expliquer quelques cas de récidive observés par Vidal (de Cassis), MM. Ad. Richard et Nélaton, etc.

Ces tumeurs vulvaires semblent se développer aussi souvent chez les jeunes femmes, que chez les femmes âgées. La malade de M. Boulongue n'avait que quatorze ans. Elles s'accompagnent souvent de démangeaisons, et quelquefois d'éruptions pustuleuses et d'une hypersécrétion des glandes et follicules de la vulve, comme chez les malades de M. Desruelles fils.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1863.

PNEUMONIE LATENTE DU SOMMET DU POUMON, PAR LE DOCTEUR DUPARCQUE.

J'ai encore observé cette année, et j'ai même encore sous les yeux, trois nouveaux cas de pneumonie du sommet des poumons simulant la phthisie pulmonaire, affection sur laquelle les auteurs laissent généralement, je dirai même presque tout à désirer. C'est à peine s'il en est fait mention dans les nombreux traités de médecine éclos dans ces derniers temps. On peut en juger par les quelques lignes seulement que Valleix consacre à ce sujet à la suite de plusieurs pages sur la pneumonie chronique : « Quand, dit-il, cette maladie (la pneumonie chronique) occupe le sommet du poumon, le diagnostic différentiel avec celui de la phthisie est plus difficile, et la marche de la maladie doit être étudiée avec le plus grand soin. » (*Guide du praticien*, p. 336, t. II.)

Dans les vingt dernières années de ma pratique, et alors que mon attention avait été fixée sur la pneumonie latente du sommet du poumon par quelques faits antérieurs, je l'ai observée une trentaine de fois, témoignage qu'elle est plus commune que la réticence des auteurs le ferait supposer, et pouvant aussi appuyer la présomption qu'elle est souvent confondue avec la phthisie tuberculeuse et prise pour elle, mes observations me mettent en mesure, en satisfaisant le conseil de Valleix, de remplir la lacune que présente l'histoire pathologique de cette pneumonie, en faisant complétement ressortir les signes différentiels qui la distinguent de la phthisie pulmonaire. En voici le résumé :

1° La pneumonie latente du sommet du poumon est plus fréquente dans le sexe masculin que pour le féminin, ce qui est l'opposé pour la phthisie tuberculeuse.

2° Nous l'avons vue affecter plus souvent le côté gauche que le droit.

3° Chez le plus grand nombre de nos malades, il n'avait existé ni antécédents héréditaires, ni de ces dispositions organiques ou constitutives générales que présentent ordinairement les sujets disposés ou prédisposés à la phthisie. Tous étaient d'une bonne constitution, la plupart d'un tempérament mixte, tendant plutôt au sanguin.

4° Point de prodromes, comme toux sèche, hémoptysie, etc.

5° Invasion insidieuse arrivant après quelque refroidissement au milieu de la santé même la plus florissante, par une toux sèche plus ou moins fréquente, excitée par le parler, la marche, surtout en plan ascendant; expectoration nulle ou comme catarrhale, avec sang en stries ou mêlé au mucus; pas ou peu de fièvre apparente, si ce n'est par légers accès vespériens. Tous ces symptômes sont généralement à un degré très modéré, ce que l'on peut attribuer et au siége de l'affection dans la partie du poumon la moins essentielle à la respiration, et aux limites généralement assez bornées de l'inflammation, qui ne dépasse guère ordinairement la troisième côte inférieurement. Aussi les fonctions générales ne sont-elles pas ou très peu troublées; l'appétit, les digestions, le sommeil ne sont pas notablement diminués, et les malades peuvent vaquer comme de coutume à leurs affaires. C'est pourquoi ils ne demandent conseil aux médecins qu'après trois, quatre, et même plus de septénaires, alors que la phlegmasie, passée à l'état de suppuration, les effraye par l'abondance plus grande des crachats, et les premières atteintes de l'étisie, marquée par une diminution plus marquée des forces, l'amaigrissement, un mouvement fébrile continu avec exacerbations nocturnes plus intenses, perte de l'appétit.

A la matité avec souffle tubaire, râles crépitants, se joignent des râles sibilants muqueux, des gargouillements; les crachats sont complétement purulents, grisâtres; les malades se plaignent parfois de leur mauvaise saveur; leur odeur est aussi caractéristique; ils sont souvent entourés de sang en stries, en filaments, ou en gouttes étalées.

En un mot, le praticien qui s'arrête à ces apparences peut fortement croire à l'existence d'une phthisie tuberculeuse dite galopante, eu égard à la rapidité relative de sa marche depuis la date de la manifestation des premiers symptômes de la maladie.

On évitera cette erreur en tenant compte des conditions, circonstances et signes précédemment rappelés aux paragraphes 1, 2, 3, 4 et 5.

Mais plus tard la confusion deviendra de plus en plus facile par la persistance et l'aggravation progressive des accidents et signes locaux, et des symptômes généraux. Et cependant se dessine alors un caractère différentiel, qui, dans le doute où peuvent laisser tous les autres, peut et doit faire distinguer la pneumonie latente de la phthisie tuberculeuse. Ce caractère est fourni par la marche subséquente de la maladie, ou, pour mieux dire, de ces maladies arrivées à cette période *exéquate*. Tandis qu'alors la phthisie progresse sans arrêt et marche ordinairement, malgré tout traitement, très activement vers le terme fatal, d'où lui est venue l'épithète de *phthisie galopante*, la pneumonie latente chronique ou subaiguë du sommet du

poumon reste, pour ainsi dire, dans le plus grand nombre des cas, comme stationnaire, avec des alternatives d'amélioration et de recrudescence, selon les influences météorologiques et hygiéniques, les moyens de traitement employés. Elle peut mettre plusieurs mois, plusieurs années avant d'atteindre la fin redoutée. Elle est encore, à cette période extrême, susceptible de guérison, et même dans une très notable proportion.

C'est dans ces cas que l'on peut croire à une phthisie tuberculeuse à marche ordinaire, et avoir guéri cette maladie, tandis qu'on n'était en présence que d'une pneumonie latente à marche chronique. La mort est la règle générale pour la phthisie, elle peut et ne doit être que l'exception pour la pneumonie latente. Quoique beaucoup moins redoutable que la phthisie, la pneumonie latente n'en comporte pas moins un prognostic très grave, surtout si cette maladie est négligée ou mal traitée.

Les bases thérapeutiques sont les mêmes que pour la pneumonie ordinaire dans la première période ou les premières semaines : émissions sanguines par la lancette, les sangsues, et surtout les ventouses scarifiées; les vésicatoires, et intérieurement le tartre stibié, le kermès, unis ou non à la digitale, moyens qui doivent être mesurés dans leur emploi au degré d'intensité des symptômes.

Dans la période de suppuration, les cautères, l'emplâtre de poix de Bourgogne saupoudré de tartre stibié et de deutochlorure hydrargyrique, sont de puissants et souvent efficaces dérivatifs.

Nous avons parfois complété et consolidé la guérison par les eaux sulfureuses prises aux sources, ou l'envoi des malades dans le midi aux approches de la mauvaise saison.

La maladie, guérie, laisse après elle de la matité, du souffle, etc., symptômes concentrés plus ou moins à l'extrême sommet du poumon. Je n'ai vu qu'une fois, et cela chez l'un de mes trois derniers malades, une rechute ou plutôt une récidive. Dans ce dernier cas, elle ne s'est déclarée que huit à neuf ans après la première, et accidentellement aussi, c'est-à-dire à la suite de refroidissement. Il y a six mois que la maladie débutait, et depuis deux mois tous les symptômes ont disparu, à l'exception de la matité.

M. *Blachez* a souvent observé, dans les hôpitaux militaires, les faits dont parle M. Duparcque; il a vu des pneumonies du sommet qu'on avait confondues avec des tuberculisations pulmonaires. Revenant à la phthisie galopante, M. Blachez fait remarquer qu'elle diffère complétement de la phthisie aiguë; en effet, la phthisie galopante suit, mais d'une manière beaucoup plus rapide, la marche de la phthisie ordinaire, tandis que dans la phthisie aiguë les phénomènes ressemblent tout à fait à ceux de la fièvre typhoïde avec prédominance bronchique, et l'on confond très bien ces deux états quand on n'a pas l'habitude de les voir.

M. *Briquet* dit que ces phénomènes ne sont guère observés dans les hôpitaux civils, où l'on voit les malades dès le début de la maladie, tandis que dans les hôpitaux militaires on ne reçoit que des malades entrant à une période déjà avancée de la maladie. Une phthisie avec des tubercules semant le poumon ne se produit pas en huit jours! Il faut que l'économie soit saturée depuis déjà longtemps pour en arriver là. M. Blachez voit la fin de la maladie, mais, dans les hôpitaux civils, nous en voyons le commencement.

M. *Durand-Fardel* appuie ce que vient de dire M. Blachez; la phthisie galopante est une maladie qui marche vite, mais avec les caractères accoutumés de la phthisie; une phthisie aiguë est généralisée dans le poumon, et ce qui prouve la rapidité de son développement c'est sa généralisation même; il n'est pas possible que les phénomènes qu'on observe dans une phthisie aiguë se soient développés depuis longtemps, car on en aurait des signes : ce ne sont plus là des tubercules marchant lentement avec leurs périodes classiques, pour ainsi dire; il y a donc dans la phthisie aiguë quelque chose de spécifique qui n'existe pas dans la phthisie galopante.

M. *Blachez*. Il y a, en effet, quelque chose de tout à fait spécial chez les malades atteints de phthisie aiguë, et il est difficile de s'en rendre bien compte avant d'en avoir observé un certain nombre, puisque toujours on croit ces malades atteints de fièvre typhoïde; très rarement on trouve les signes physiques de la phthisie, et pourtant à l'autopsie on trouve des tubercules jusque dans les séreuses. La mort, dans ces cas, arrive très rapidement, et il n'y a pas, le plus souvent du moins, la moindre trace de ramollissement. M. le docteur Collin a publié un très intéressant mémoire sur cette question.

M. *Deville* fait remarquer que, suivant M. Duparcque, la pneumonie aurait, le plus souvent, envahi le lobe supérieur gauche, et qu'il est, au contraire, d'observation que, dans la pneumonie ordinaire, c'est le côté droit qui est atteint le plus ordinairement, 10 sur 15 par exemple.

M. *Duparcque*. Le côté droit n'a pas toujours été indemne chez nos malades : ainsi, chez trois de mes malades, que j'ai en vue dans ce moment, les symptômes ressemblant à ceux de la phthisie pulmonaire appartiennent à la pneumonie, et sont à droite. Répondant à M. Sales-Girons, M. Duparcque lui fait remarquer qu'on entend, en langage usuel, par phthisie pulmonaire les sommets du poumon pris de tubercules.

M. *Durand-Fardel* fait observer, en outre, que pendant la période de tradition, comme on était privé des lumières de la percussion et surtout de l'auscultation, on donnait au mot phthisie le sens qu'il lui attribue, mais que maintenant nous savons tous que, quand on dit phthisie, on dit tubercule du poumon.

SÉANCE DU 17 JANVIER 1863.

OBSERVATION D'INFILTRATION TUBERCULEUSE.

M. *Worms* présente les organes principaux d'un malade mort de tuberculisation aiguë, accompagnée de méningite granuleuse. La tuberculisation aiguë est relativement rare chez les adultes; mais dans nos salles militaires nous avons pu néanmoins l'observer cinq ou six fois dans le courant des deux dernières années. On peut craindre que cette terrible maladie ne se propage au dehors, et j'ai tenu, messieurs, à vous communiquer sur ce sujet intéressant ce que mes observations m'ont permis de remarquer relativement à l'allure insidieuse d'une maladie dont le diagnostic est singulièrement difficile.

Obs. — Un homme âgé de trente-six ans, gendarme, d'une belle et forte constitution, n'ayant jamais été malade, est entré au mois d'août dernier à l'hôpital du Gros-Caillou pour un abcès périnéal provenant d'une lésion prostatique. Il est traité dans un service de chirurgie, et était presque entièrement guéri, lorsqu'il fut pris, sans cause connue, d'accès de fièvre se traduisant par les trois stades réguliers. Le frisson étant surtout très intense, et un abattement fort considérable ayant suivi le deuxième accès, j'ai, en présence d'une plaie, cru un instant à une pyohémie.

Le troisième accès, revenant le troisième jour depuis l'invasion de ce mal, fut suivi d'un délire tellement violent qu'on dut attacher le malade.

Ceci se passait le soir ; à la visite du lendemain je remarquai un léger strabisme interne à droite, de l'incohérence dans les réponses, et je fus porté à admettre l'existence d'une méningite granuleuse. L'absence de vomissements, la modération de la fièvre, l'amaigrissement rapide du malade, me firent rejeter la pensée que nous avions affaire à une méningite simple, maladie bien rare à l'état idiopathique. D'autre part, la persistance de la sensibilité, qui était même exagérée légèrement aux extrémités inférieures, l'intégrité du mouvement éloignaient l'idée d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement aigu. Par-dessus tout, l'expérience de cinq faits précédents qui s'étaient présentés avec les mêmes signes, et dans lesquels la mort rapide et l'autopsie m'avaient démontré l'infiltration granuleuse aiguë du tissu pulmonaire et les granulations des méninges, me porta à voir dans ce nouveau cas une lésion analogue.

J'examinai soigneusement la poitrine, et ne trouvai, à part une très légère rudesse des sommets, aucune altération appréciable par les moyens ordinaires. Le malade ne toussait pas, ne crachait pas, et ces deux signes ne se sont pas montrés plus tard. Et cependant j'avais l'assurance à peu près complète que les poumons étaient infiltrés de tubercules gris. Le seul fait du mouvement de fièvre, qui était modéré, mais qui était devenu continu, le délire, l'amaigrissement considérable, rapide, et, par-dessus tout, le trouble intellectuel et le strabisme, quoique fort léger, excluaient dans ma pensée toute autre maladie que la méningite granuleuse, qui n'existe jamais sans infiltration pulmonaire.

A l'excitation, au délire violent succéda un coma presque absolu, interrompu de loin en loin par de la carphologie ; la fièvre augmentait ; l'amaigrissement était extrême ; la vessie se paralysa, mais point la peau, ni les muscles des extrémités, et malgré tous les efforts thérapeutiques le malade succombe le huitième jour, après une agonie tranquille, mais longue.

Par l'aspect de ces poumons infiltrés dans toute leur substance par le tubercule miliaire gris, très fin encore, mais qui donne à la coupe de l'organe cet aspect raboteux, on peut voir que l'ordre d'idées qui m'a conduit au diagnostic était légitime.

A côté des granulations fines, on aperçoit une infinité de petits foyers hémorrhagiques gros à peine comme une tête d'épingle. Ces petits foyers accompagnent fréquemment la phthisie aiguë.

Sur la plèvre, sur le foie, le mésentère, les reins, la rate, existent également des granulations fines transparentes.

Dans le cerveau, on voit des granulations nombreuses à la base de l'arachnoïde, épaissie surtout vers le chiasma. Dans la scissure de Sylvius existent également des granulations miliaires.

Enfin, dans le centre de l'organe, on constate une dilatation des ventricules latéraux, remplis de sérosité claire.

Le *septum lucidum* et la voûte à trois piliers sont réduits en bouillie.

Voilà en peu de mots l'histoire des altérations fonctionnelles et des lésions organiques de la tuberculisation aiguë compliquée de méningite granuleuse. C'est certainement cette dernière complication qui, dans le cas actuel, a hâté la mort. C'est là une terminaison rapide de la forme aiguë de la tuberculisation; elle constitue une complication rare dans la forme lente. Mais les malades qui meurent d'une phthisie aiguë sans symptômes cérébraux présentent après la mort la même altération du poumon : infiltration intime de la totalité du tissu, pas de ramollissement; foyers apoplectiques très petits disséminés, voilà les principaux traits anatomiques de cette affection dont il a été parlé dans la dernière séance, et dont j'ai pu aujourd'hui même vous présenter un spécimen.

M. *de Pietra-Santa* regarde la question de la pneumonie du sommet comme étant très intéressante, et il partage les opinions de M. Duparcque. Il ajoute que les Eaux Bonnes sont la pierre de touche de ces affections, qui guérissent très rapidement sous l'influence des eaux sulfureuses. Des médecins anciens, Andrieux et Bordeu, en avaient déjà fait la remarque, et M. Briau a de nouveau appelé l'attention sur ces faits. Quant à la fréquence du poumon affecté, des statistiques faites en Angleterre avec beaucoup de soin montrent que les tubercules se développent plus fréquemment à gauche, ce qu'on a expliqué en disant que la circulation du sang était plus active de ce côté.

M. *Worms* a vu à l'hôpital du Gros-Caillou un homme qui mourait d'asphyxie par suite d'une maladie du cœur et d'un emphysème pulmonaire généralisé; il y avait en même temps de la matité à un sommet avec du gargouillement. A l'autopsie, au lieu d'une phthisie, on trouva une pneumonie chronique, caractérisée par des adhérences et la transformation cartilagineuse du poumon; les bronches étaient dilatées, et c'est à cette circonstance que le gargouillement était dû.

M. *Briquet* cite un fait analogue. Il s'agit d'une femme qui entra à la Charité avec une pneumonie aiguë de la base du poumon; sa pneumonie traîna en longueur; les signes physiques persistèrent, et la malade succomba au bout de quelque temps. A l'autopsie, on trouva à la base du poumon une masse du volume du poing, composée de tissu fibreux et fibro-cartilagineux; ces tissus provenaient d'épanchements fibrineux. Les bronches étaient dilatées.

M. *Blachez* rappelle qu'on regarde maintenant les transformations fibreuse, graisseuse et crétacée, comme étant les différentes phases du même phénomène : l'organisation des produits de l'inflammation. En considérant que le sommet du poumon renferme souvent des matières crétacées, ne pourrait-on pas faire retour aux idées de Broussais, pour qui la phthisie n'était qu'une inflammation?

M. *Worms* admet bien que certains tissus se conduisent comme vient de le dire M. Blachez, mais il en est d'autres qui subissent la transformation cartilagineuse, le tissu élastique par exemple.

M. *Duparcque* a entendu avec intérêt ce qui a été dit sur la phthisie aiguë, mais il se refuse à accorder le nom de phthisie à la maladie que l'on décrit comme phthisie aiguë. Les granulations que nous avons vues sur la pièce de M. Worms ne sont pas suffisantes pour gêner les organes dans leurs fonctions; on ne peut pas, par conséquent, rapporter la mort à leur présence seule. M. Duparcque se rappelle le cas d'une jeune dame qui mourut d'une syncope à l'âge de vingt-cinq à vingt-six ans au milieu de la plus belle santé. Voulant se rendre compte de la cause de la mort, il procéda à l'autopsie, et il trouva le péritoine farci de granulations tuberculeuses. Ces granulations ne gênaient nullement les organes; elles n'avaient pas pu causer la mort. M. Duparcque pense que les malades succombent à des maladies entées sur les granulations.

M. *Blachez* croit que le nom de tuberculisation aiguë conviendrait mieux que celui de phthisie aiguë; mais c'est bien une affection à part que celle qui est caractérisée par des granulations de même âge, non ramollies, entourées d'un épanchement sanguin. Les symptômes et la marche de cette affection sont les suivants : les malades ayant des parents tuberculeux ou non tuberculeux traînent pendant sept ou huit jours, ayant tous les prodromes de la fièvre typhoïde; absence d'hémoptysie, sueurs abondantes, fièvre. A l'auscultation, aucun signe appréciable, si ce n'est un peu de rudesse de la respiration, qui est puérile. Les taches sur le ventre font défaut; cependant les malades maigrissent et succombent. A l'autopsie, on ne constate aucune des lésions de la fièvre typhoïde, mais la production tuberculeuse s'est généralisée dans divers organes.

A quoi rapporter la mort en pareil cas? A une sorte d'épuisement produit par ces tubercules, qui envahissent simultanément un grand nombre d'organes. Jusqu'à présent, sur 18 cas; le diagnostic pendant la vie n'a été établi que trois fois.

Le malade de M. Worms a évidemment succombé à l'affection cérébrale, et les granulations pulmonaires n'y ont pas contribué.

M. *Duparcque* admet le fait; mais la granulation n'existait-elle pas avant l'apparition des symptômes? Il ne comprend pas comment la mort peut ainsi arriver en quelques jours par le fait de ces granulations.

M. *Sales-Girons* demande si les épanchements sanguins existent constamment avec les granulations.

M. *Worms* répond affirmativement; on les trouve signalés par M. Leudet.

Il considère la granulation comme étant bien plus importante que l'épanchement sanguin qui l'entoure. Il ne peut pas dire quel est l'âge de ces granulations, si elles préexistent aux symptômes; mais il lui paraît difficile que le développement d'une aussi grande quantité d'éléments hétéromorphes puisse se faire sans donner lieu à des phénomènes généraux; il faut voir ici une grave lésion de nutrition. La phthisie aiguë n'est

pas la même chose que la phthisie chronique ; il y a dans les deux maladies un génie différent.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1863.

STATISTIQUE DES MORT-NÉS DANS LE 3e ARRONDISSEMENT (1860, 61 et 62), PAR LE DOCTEUR RIGAUD.

L'augmentation progressive du chiffre des mort-nés a attiré à juste titre l'attention des hommes qui se sont occupés de ce sujet. Aussi, dans les travaux récemment publiés, les causes d'un accroissement si rapide dans l'espace de vingt-cinq années (5 à 12 pour 100 sur le nombre général des décès) ont-elles été recherchées et étudiées avec soin.

Le docteur Allaire, médecin-major de deuxième classe, qui a publié un mémoire ayant pour titre : ÉTUDES STATISTIQUES SUR LES MORT-NÉS EN FRANCE; notre honorable collègue le docteur Deville, dans ses RECHERCHES SUR LE RAPPORT EXISTANT ENTRE LE NOMBRE DES MORT-NÉS ET CELUI DES DÉCÈS DANS LA VILLE DE PARIS PENDANT TREIZE ANNÉES (1846 A 1858), ont invoqué de nombreuses causes : ainsi les épidémies, les disettes, les guerres, la densité de la population, les conditions sociales et matérielles, le genre de travail, la pauvreté, la prostitution, les avortements provoqués, l'administration du seigle ergoté dans la parturition, entrent pour une part considérable dans cette augmentation.

Mais il en est deux autres que je signalerai tout à l'heure, comme apportant un appoint important à l'accroissement du chiffre des mort-nés; l'une a été effleurée par notre savant collègue, l'autre n'a été, que je sache, indiquée nulle part.

Avant tout, il convient, ce me semble, de s'entendre sur la signification de cette expression : *mort-né*. La loi ne définit pas plus le mort-né que le nouveau-né; c'est donc ailleurs qu'il faut aller chercher cette définition : c'est aux jurisconsultes, c'est aux médecins légistes, c'est à divers arrêts de tribunaux que je m'adresserai.

On doit entendre par mort-né l'enfant qui, ayant atteint le cent quatre-vingtième jour de la gestation, c'est-à-dire six mois de vie intra-utérine, est expulsé sans vie du sein de la mère, mais présentant les conditions nécessaires pour vivre, avec l'aptitude à vivre. Au-dessous de ce terme, il n'est pas conformé de manière à pouvoir vivre, parce qu'une partie notable du temps de la gestation lui a manqué : c'est un *avorton*. S'il manque, même au terme de la grossesse, des formes humaines les plus essentielles, bien que *né en vie*, il n'est pas né viable : c'est un *monstre*.

Telle est l'opinion de Toullier, Duranton, Chabot, Ollivier (d'Angers), etc., opinion confirmée par plusieurs arrêts.

Le tribunal de police correctionnelle ayant à juger, le 28 janvier 1843, le sieur Pfrixmer, qui avait enterré dans son jardin le cadavre de son enfant, l'acquitte et motive son jugement en ces termes :

« Attendu qu'il résulte du rapport du docteur Bonnet que le » fœtus inhumé dans le jardin de Pfrixmer n'était âgé que de » *quatre* mois, et par conséquent n'était pas viable; qu'en cet » état il n'y a pas eu accouchement, mais bien avortement; » qu'on ne saurait considérer comme un enfant l'embryon » informe qui est provenu de la femme Pfrixmer; que, de ces » diverses circonstances, il faut conclure qu'il n'y a eu ni nais- » sance, ni décès, ni accouchement à déclarer, puisque l'ar- » ticle 364 suppose un accouchement et une naissance; ac- » quitte. »

Le produit d'un avortement n'est pas un enfant, suivant les auteurs de la théorie du Code pénal, et s'il importe, disent-ils, qu'un enfant mort-né ne puisse être soustrait par une inhumation clandestine à l'examen du vérificateur, il ne faut pas sans doute étendre la formalité de la déclaration au cas où il ne s'agirait que d'un fœtus résultat d'un avortement : *Non homo est qui non futurus est.*

Il est donc évident pour moi que l'on ne doit considérer comme mort-né que l'enfant arrivé au cent quatre-vingtième jour de la conception, ayant l'aptitude à la vie extra-utérine. Néanmoins, je crois devoir ajouter que l'autorité, en exigeant la déclaration à l'officier de l'état civil de ces enfants qui n'ont que quelques mois, quelques semaines même de vie fœtale, a accompli un devoir envers la morale publique et a arrêté, en grande partie du moins, l'élévation progressive du chiffre des avortements provoqués; mais elle aurait dû ouvrir une colonne spéciale à ces avortons, afin qu'ils ne soient pas confondus avec les mort-nés. Cette distinction me paraît importante; c'est une lacune. En m'appuyant sur des chiffres, je prouverai qu'il est possible de la combler.

Dans ce but, je n'ai consulté ni les registres de l'état civil ni les tableaux dressés par les soins de l'autorité; je n'y aurais rien appris. J'ai compulsé tous les certificats des médecins chargés de la vérification des décès dans le 3e arrondissement, certificats sur lesquels se trouvent indiquées les circonstances suivantes :

1° L'époque de la gestation à laquelle le fœtus a été expulsé;

2° S'il a ou non respiré;

3° Quelle a été la durée de la vie.

Voici le résultat de mes recherches :

La population du 3e arrondissement de la ville de Paris est de 99 116 habitants. En 1860, 1861 et 1862, la mortalité générale a été de 5083, ainsi décomposée :

Pendant ces trois années, on a enregistré comme mort-nés 659 enfants : 360 du sexe masculin, 294 du sexe féminin, 5 de sexe indéterminé.

Pour chaque année, la répartition a été la suivante :

Le chiffre des mort-nés, par rapport à celui de la mortalité générale, est de 12 pour 100.

Mais sur ces 659 mort-nés portés au registre des décès, j'en trouve 127 qui, n'ayant point atteint le cent quatre-vingtième jour de la gestation, n'ayant point acquis le développement nécessaire pour la vie extra-utérine, n'étant pas viables enfin, doivent former une classe à part, celle des avortons. D'après ce que j'ai dit, ils ne devraient figurer au registre que pour rentrer dans les règles relatives aux inhumations.

Le chiffre de 127 a, ce me semble, son importance et sa valeur. Il y a quelques années, tout le monde le sait, ces avortons n'étaient point déclarés et, par conséquent, n'étaient pas mentionnés dans les statistiques.

L'obligation imposée aujourd'hui de la déclaration, quelle que soit l'époque de la vie fœtale, est donc une cause bien évidente de l'accroissement du chiffre des mort-nés. Cette cause, indiquée seulement par M. Deville, je la traduis par des chiffres; à mon avis, elle mérite un attentif et sérieux examen.

Il est une autre cause que je veux signaler : les familles ne se hâtent pas toujours de présenter à la mairie l'enfant qui vient de naître; elles éludent la loi avec la plus grande facilité, et souvent c'est le quatrième ou le cinquième jour après la naissance que la déclaration est faite. L'officier de l'état civil n'a aucun moyen de contrôle et n'a jamais la pensée de suspecter la bonne foi du déclarant.

Dans le relevé que j'ai fait, j'ai trouvé un certain nombre d'enfants ayant respiré. En voici le chiffre, d'après les certificats de la vérification.

Le total des mort-nés, je l'ai dit, a été, dans l'espace de trois années, de 659, dont il faudrait déduire 127 avortons. Je note maintenant 104 fœtus ayant respiré :

De ces trois derniers, un a vécu pendant cinquante-deux heures, un pendant soixante-deux heures, un pendant soixante-douze heures. Ce dernier chiffre prouverait facilement ce que j'ai avancé relativement à la négligence ou au mauvais vouloir de quelques familles, qui ne tiennent point à exécuter la loi : la déclaration n'a évidemment été faite qu'après les trois jours qui ont suivi la naissance.

Malgré ce total de 104 enfants ayant respiré, et portés à la

colonne des mort-nés, il ne me serait pas possible de tirer des conclusions absolues. On pourrait ici faire deux subdivisions : la première, où l'on classerait les fœtus, qui, bien qu'ayant respiré, ne se trouvent pas dans des conditions de viabilité, n'ont point atteint le terme légal de la viabilité; la deuxième comprendrait les mort-nés étant arrivés au terme légal et ayant respiré ou plutôt vécu pendant un certain temps.

Il n'en est pas moins vrai de dire que celui dont la déclaration de naissance aura été faite dans les premières heures qui suivent l'accouchement et qui succombera quelques instants après aura un état civil complet, c'est-à-dire un acte de naissance et un acte de décès, bien qu'il ait vécu moins de trente-quatre heures peut-être, tandis que celui qui aura vécu pendant soixante-deux et soixante-douze heures, sans qu'il y ait eu déclaration, sera inscrit à la colonne des mort-nés. Cela ne peut-il pas être une source d'erreurs, et, au point de vue de la médecine légale, matière à procès? Je laisse de côté cette question, malgré l'intérêt qu'elle présente.

Donc, si l'on ouvre une première colonne aux avortons, puis une deuxième aux enfants ayant *vécu* un certain nombre d'heures, il y aura certainement une déduction notable à faire sur le chiffre des mort-nés. C'est en faisant une telle distinction que les deux causes que je viens de signaler comme apportant un appoint considérable à ce chiffre viendront le diminuer et que l'on pourra arriver à une statistique présentant un résultat presque mathématique. Ce résultat sera facilement obtenu si l'autorité exige : 1° qu'un registre soit ouvert spécialement pour les avortons; 2° si elle fait constater les naissances à domicile, le chiffre des mort-nés se réduira, car alors les familles s'empresseront de faire la déclaration du moment où il n'y aura plus obligation de transporter le nouveau-né à la mairie. Cette constatation se fait déjà depuis longtemps dans plusieurs villes de France, et, si des statistiques comparatives étaient faites, on verrait, j'en suis certain, que le chiffre des mort-nés a diminué en même temps que celui des naissances a augmenté.

Un mot sur quelques autres causes auxquelles on a attribué l'accroissement des mort-nés.

« Si l'on considère, a-t-on dit, le degré d'instruction des » départements, on voit que le nombre des mort-nés diminue » avec l'ignorance : peu d'instruction, peu de mort-nés. Ainsi » tout le centre de la France et une partie du Midi, où l'in- » struction était et où elle est encore fort négligée, possèdent » un chiffre proportionnel de mort-nés plus faible; il faut ce- » pendant excepter la Bretagne, car il y a beaucoup de mort- » nés et peu d'instruction. »

Je n'ai pas été à même de vérifier cette assertion. Je crois que l'on a voulu dire que, dans les grands centres, là précisément où l'instruction est plus répandue, les mort-nés sont plus nombreux. Mais cela tient-il au degré d'instruction plus ou moins élevé? La cause ne tiendrait-elle pas plutôt à ce que, dans les villes populeuses, il est plus facile à une femme de cacher sa faute, de dissimuler une grossesse, d'accoucher clandestinement?

On a dit aussi que l'administration du seigle ergoté dans la parturition était une des causes importantes dont on devait tenir compte dans l'accroissement du chiffre des mort-nés. Notre honorable collègue, le docteur Deville, s'est livré à des recherches telles qu'il n'est pas possible d'élever de doutes à cet égard; pourtant, il faut avouer que, depuis plusieurs années, depuis surtout les travaux consciencieux de mon éminent confrère et ami, le docteur Duparcque, sur le seigle ergoté, depuis les discussions académiques sur ce sujet, les médecins apportent une très grande discrétion dans l'administration de cette substance; les sages-femmes sont moins imprévoyantes et ne l'emploient qu'avec une réserve que j'ai eu occasion de constater bien des fois, grâce aussi aux sagaces observations de l'habile inspecteur de la vérification des décès.

Suivant M. Devilliers, la syphilis est fréquemment une cause de mortalité fœtale. J'ai pu m'assurer fréquemment de la justesse de cette observation, consignée aussi dans le mémoire de M. Deville.

Je crois avoir apporté dans cette note quelques documents utiles à la statistique des mort-nés, sans avoir la prétention d'un travail complet. Je reste convaincu que si, dans les vingt arrondissements de Paris et, par suite, dans toutes les communes de France, on faisait chaque année un relevé tel que je l'ai indiqué, on aurait, dans un assez court espace de temps, des renseignements qui faciliteraient singulièrement les recherches statistiques à ceux qui veulent se livrer à ces sortes de travaux.

Le secrétaire général : J. Boys de Loury.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 20 MARS 1863.

Suite de la discussion sur le secret médical dans la question du mariage.

M. *H. Chailly*. Communication sur un fait d'obstétrique.

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 25 FÉVRIER ET DU 4 MARS 1863.

RESSOURCES DE LA PROTHÈSE DANS LES CAS D'ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DE L'UN DES MEMBRES ABDOMINAUX. — TUMEUR DES GLANDES SUDORIPARES. — HERNIE CONGÉNITALE ÉTRANGLÉE.

M. *Debout* a donné lecture, sur ce sujet, d'un travail où il a rassemblé tous les faits qu'il a pu connaître de phocomélie limitée à un seul membre, et indiqué à l'aide de quels appareils on avait remédié à ce vice de conformation.

La tendance au développement symétrique des organes homologues fait que l'arrêt de développement porte le plus souvent sur les quatre membres à la fois, ou au moins sur les membres thoraciques ou sur les membres abdominaux : alors la malformation ne regarde que les tératologistes; mais il n'en est pas de même lorsque l'anomalie affecte un seul des membres pelviens.

Le nom de *phocomèles* a été donné par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire à ceux dont les mains ou les pieds de grandeur ordinaire, et le plus souvent même complétement normaux, sont supportés par des membres excessivement courts et semblent sortir immédiatement des épaules et des hanches. L'origine de cette désignation est que *la phocomélie* complète représente une condition normale chez les mammifères nageurs, chez les cétacés, par exemple, et chez *les phoques*.

Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, qui n'avait trouvé dans la science que des observations concernant les anomalies les plus compliquées, paraissait même douter que la phocomélie pût affecter un seul membre thoracique ou abdominal.

M. Debout a fait porter ses recherches ailleurs que dans les recueils scientifiques : il les a faites dans la rue, sur les estropiés qui y vivent de leur infirmité, et il les a faites aussi chez les fabricants d'appareils auxquels des phocomèles avaient dû demander les secours de la prothèse. C'est ainsi qu'il a réuni les six observations qu'il a communiquées à la Société.

Le sujet de la première observation est un joueur d'orgue chez lequel l'arrêt de développement avait porté presque également sur chacun des deux segments du membre abdominal droit. Le segment crural était bien musclé, le segment jambier l'était moins, et le pied était légèrement atrophié, quoique bien conformé. Le membre ainsi avorté se terminait au niveau du genou du membre normal. Le malade s'était construit lui-même une sorte de béquille dont la crosse embrassait le pli génito-crural; à la partie moyenne du support était fixée une petite potence sur laquelle reposait le pied atrophié. Deux courroies suffisaient pour fixer l'appareil au membre. Avec cette simple béquille, cet homme pouvait marcher toute la journée.

La seconde observation se rapporte à un homme chez lequel l'arrêt de développement portait beaucoup plus spécialement sur le segment crural, qui avait à peine 10 centimètres de longueur. La jambe et le pied avaient à peu près les dimensions normales.

L'appareil était formé par une plaque de bois emmanchée sur une tige droite et sur laquelle cet individu posait son tronçon de cuisse. Il faisait mouvoir cette tige de bois à l'aide de sa jambe, qui y était fixée par une courroie. Au moment où cette sorte de pilon touchait le sol, la main droite du phocomèle, qui ne lâchait jamais la plaque de bois, ramenait celle-ci sous la cuisse et le bassin.

La troisième observation est celle d'une jeune personne chez laquelle les deux cuisses étaient égales en longueur et en volume, mais dont la jambe et le pied droits étaient avortés. Les orteils n'existaient pas, et les métatarsiens, confondus, formaient un cône dont la pointe excédait à peine le volume du gros orteil normal. Comme la longueur totale du membre anormal était à peu près celle qu'on observe à la suite des amputations à la partie moyenne de la jambe, et comme la cuisse était régulièrement conformée, M. Charrière put construire pour cette jeune fille une jambe artificielle semblable à celle qu'il livre aux amputés, c'est-à-dire un appareil prenant son point d'appui principal à l'ischion.

Le sujet de la quatrième observation est un jeune garçon de neuf ans qui porte depuis près de cinq ans un appareil construit par M. Charrière pour une phocomélie pelvienne gauche. Ici c'est le segment crural qui est surtout le siége de l'arrêt de développement; il n'a que 8 centimètres, en sorte que la jambe paraît presque s'insérer sur le bassin et que le pied arrive à la hauteur du genou du côté sain. L'appareil se compose d'une jambe et d'un pied artificiels; à la partie supérieure de cette jambe est une planchette sur laquelle pose le pied naturel; celui-ci, en appuyant sur la planchette, fait mouvoir des ressorts placés dans l'intérieur de la jambe artificielle et destinés à imprimer des mouvements de flexion et d'extension au pied artificiel. Quant aux mouvements d'extension de la jambe artificielle, ils sont confiés à deux ressorts en caoutchouc placés à l'extérieur et de chaque côté du pied naturel. La partie supérieure de l'appareil est constituée par une gaîne en cuir, sorte de sellette sur laquelle reposent la fesse et la cuisse avortée. Cette sellette est reliée à la jambe artificielle par des attelles latérales. On comprend qu'avec cet appareil le pied fait au niveau de la partie moyenne du membre une certaine saillie qu'un peu plus d'ampleur donnée au pantalon suffit pour dissimuler.

Dans la cinquième observation, il s'agit d'un homme de soixante ans, chez lequel le pied et la jambe sont régulièrement conformés, la cuisse paraissant absente, en sorte que le genou se trouve au niveau du pli de l'aine. Ce malade a toujours marché avec un appareil, qui n'est autre que l'appareil ordinaire des amputés de la jambe au lieu d'élection; seulement, à la place d'un coussin pour appuyer le genou, il y a une bottine destinée à chausser le pied.

Chez le sixième malade, celui de M. A. Duval, le pied, régulièrement conformé, paraît attaché à une cuisse avortée et dont la longueur ne dépasse guère la moitié de la cuisse saine. Ce malade avait jusqu'à présent marché avec deux béquilles; c'est pour lui que M. A. Duval propose un appareil dont l'originalité consistera dans la présence d'une sorte de pédale sur laquelle le pied du malade, en s'appuyant, pourra imprimer des mouvements à la jambe et au pied artificiels. L'articulation du genou sera la même que dans l'appareil Martin. La jambe et le pied ne devront présenter rien qui ne soit connu de tous les chirurgiens.

— A l'occasion d'un rapport de M. *Dolbeau* sur un appareil amovo-inamovible proposé par M. Hamon, M. Morel-Lavallée a fait remarquer que la substance solidifiable employée pour cet appareil, et qui n'est autre que la colle forte, n'a aucun avantage sur la dextrine, et que lui-même, après l'avoir essayée, a renoncé à cette substance à cause de sa mauvaise odeur. Le seul inconvénient des appareils dextrinés ou plâtrés est de s'altérer au bout d'un mois environ. Pour empêcher cette destruction trop rapide, M. Giraldès s'est servi avec succès du procédé de Langenbeck, qui consiste à couvrir l'appareil d'un épais vernis de gomme-laque à l'alcool, ou à silicatiser le plâtre à l'aide de silicates solubles qui lui donnent une dureté de pierre. Les appareils ainsi préservés résistent à la macération dans l'eau des bains.

— M. *Verneuil* a présenté à la Société une pièce pathologique qui lui avait été remise par M. A. Guérin, et qui consiste dans une tumeur formée de tubes sudoripares avec une altération profonde de leur épithélium. Cette tumeur, qui était survenue spontanément et avait mis plusieurs années à se développer, siégeait à la cuisse; elle avait la forme d'une plaque dure, saillante, faisant corps avec la peau et assez semblable aux plaques de kéloïde. Par sa partie profonde, elle se confondait avec le tissu cellulaire sous-cutané, mais n'avait pas contracté d'adhérences avec l'aponévrose, que M. Guérin trouva tout à fait intacte au-dessous de la tumeur.

— M. *Chassaignac* a opéré récemment une hernie congénitale étranglée. Le sac contenait avec l'intestin une très grande quantité de sérosité. Il y avait un double étranglement aux deux anneaux : d'où une grande accumulation et l'incarcération de sérosité dans le trajet inguinal et l'allongement considérable de ce canal. Cet allongement avait reporté si profondément l'anneau abdominal ou interne, que, méconnaissant, au moment de l'opération, l'étranglement par l'anneau interne, M. Chassaignac avait cru à un étranglement intra-péritonéal que l'autopsie vint démentir.

L'abondance du liquide contenu dans les hernies congénitales étranglées est un fait sur la constance duquel MM. Cloquet, Morel-Lavallée et Trélat ont insisté. Ils ont aussi fait ressortir, et avec eux M. Richet, un caractère habituel de ces hernies, caractère important à connaître en médecine opératoire, et qui ne manquait pas dans le fait de M. Chassaignac : c'est le siége très élevé de l'étranglement. Malgré la hauteur à laquelle il faut le faire, le débridement n'offre pas, en général, de grandes difficultés, car le plus souvent l'étranglement n'est pas serré. M. Cloquet ne considère même pas la section de l'anneau comme dangereuse au point de vue des hémorrhagies. En tous cas, il conseillerait, pour la pratiquer, le bistouri à lime de J. L. Petit.

Si les revers sont si fréquents dans les hernies congénitales étranglées, il faut en grande partie les attribuer, suivant M. Trélat, à la longueur de l'intestin contenu dans ces hernies. Cette longueur n'est pas indifférente, quoi qu'en dise M. Morel-Lavallée, car la gravité de la péritonite herniaire est en raison directe de la longueur de l'intestin hernié.

Dans une des hernies qu'il a opérées, M. Richet a trouvé dix-huit pouces d'intestin gangrené. Comme dans ce cas l'étranglement était très serré, les vaisseaux du cordon avaient été comprimés au point d'amener la gangrène du testicule. Il en résulta un anus contre nature pour lequel M. Richet appliqua trois fois l'entérotome. Le malade guérit.

Le danger des hernies inguinales congénitales tiendrait aussi, d'après M. Chassaignac, à ce que les éléments du cordon seraient souvent dissociés et étalés au-devant de la hernie, de sorte qu'on est exposé à les blesser, et d'autre part à ce que ces hernies sont d'ordinaire purement intestinales.

M. *Cloquet* n'a vu qu'une fois, sur huit cas qu'il a observés, l'intestin accompagné d'épiploon ; mais il n'est pas de l'avis de M. Chassaignac sur l'état dans lequel on trouve le cordon des vaisseaux spermatiques. Il n'a jamais trouvé les éléments de ce cordon dissociés et placés à la partie antérieure du sac. M. Richet n'a jamais observé non plus cette disposition, et croit que M. Chassaignac, qui l'a vue deux fois, est tombé sur

des cas exceptionnels. Il ne pense pas que l'anneau qui étrangle puisse serrer dans un point plus que dans l'autre. Si l'on trouve un point de l'intestin plus malade, c'est toujours sur le bout supérieur, qui, distendu par les matières, s'infléchit dans le bassin et presse sur l'anneau constricteur.

M. Cloquet croit pourtant que l'anneau peut agir plus énergiquement en certains points, parce qu'il n'a pas partout la même épaisseur, et M. Chassaignac compare la forme qu'il peut avoir à celle d'une bague chevalière. Les points de l'intestin qui correspondent à la partie mince de l'anneau s'altèrent et se coupent plus promptement.

Dr P. Chatillon.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Emploi thérapeutique du *Datisca cannabina*, par le docteur Luppi (de Lyon).

La famille des *Datiscées* ne comprend encore que trois genres et quatre espèces répandus dans le nord de l'Amérique et de l'Inde, la Sibérie, l'Archipel indien et la partie méridionale de l'orient de l'Europe. Le *Datisca cannabina*, duquel Fresenius assure qu'il peut produire des graines, alors même qu'on l'a privé de ses fleurs mâles, contient dans sa racine une matière particulière, analogue à l'*inuline*, que Braconnot en a extraite, et qui a reçu le nom de *datiscine*. Cette plante, qui sert à la teinture, est également employée depuis longtemps en Italie contre les fièvres intermittentes et les affections gastro-intestinales.

Nous laisserons, dans le long et intéressant mémoire de M. Luppi, ce qui a trait aux usages industriels du datisque, pour ne relever que ce qui concerne les applications médicales.

C'est surtout comme fébrifuge que ce médicament est envisagé ici. Des citations que nous croyons devoir résumer, montrent de quelle réputation il jouit, sous ce rapport, auprès des médecins italiens.

M. Gualtieri (de Parme), le premier, essaya de cette plante contre les fièvres intermittentes, et en obtint des résultats qu'il trouva satisfaisants. M. Marsili (de Padoue) l'expérimenta à son tour avec le même succès. Le médecin cependant qui paraît s'en être occupé le plus sérieusement est le docteur Rubini qui, en 1787, et ensuite à son retour d'Angleterre en 1792, fit plusieurs observations cliniques sur l'usage de cette plante. Nous avons de lui un mémoire sur ce sujet, inséré dans les Mémoires de la Société italienne, vol. VII, p. 431, où il loue sans restriction l'usage du datisque dans les fièvres intermittentes vraies épidémiques. D'après ce médecin, la cannabine a une incontestable supériorité sur le quinquina dans les fièvres intermittentes compliquées de gastricisme. Mais dans les fièvres qui ne dépendent pas d'une cause miasmatique, ou qui sont compliquées d'autres affections morbides, elle ne procure aucun soulagement. Contrairement à la digitale, au lieu d'abaisser le rhythme des artères, elle l'élève.

M. Fusconi (de Ravenne) l'a employée associée à la gentiane, et il croit avoir remarqué qu'elle agit d'une manière plus certaine lorsqu'elle produit des selles abondantes ou le vomissement, ou tout au moins des nausées et des dérangements d'intestin.

Le professeur Tommasini, très porté par son esprit systématique à ne voir que des remèdes stimulants et contro-stimulants, plaça le *Datisca* dans cette dernière catégorie, considérant les amers comme doués tous d'un mode d'action débilitante: on sait qu'il n'en excepta pas même le quinquina.

Le docteur Freschi (de Plaisance), dans un mémoire publié dans les Annales de médecine universelle d'Omodei, en 1837, écrit que les essais faits par lui dans la clinique de l'hôpital de Parme, sans détruire tout à fait les assertions tant soit peu emphatiques des premiers panégyristes de cette plante, ne confirment pas cependant tous les résultats que l'on dit en avoir obtenus.

Le professeur Pisa (de Modène) en faisait le plus grand cas; aussi l'employait-il de préférence au quinquina dans toutes les fièvres intermittentes.

Barbier (d'Amiens) avait déjà rappelé, d'après des indications fournies par des médecins anglais, que, dans l'île de Crète, on substitue la cannabine au quinquina, soit comme fébrifuge, soit comme tonique.

M. Luppi lui-même, en 1827, dans le deuxième volume de son Dizionario de' medicamenti (Modène), a rappelé les diverses propriétés médicamenteuses de cette plante en tant qu'*éméto-cathartique et tonique*. Il ajoutait, en ce qui touche la propriété fébrifuge : « Si l'on tient compte que la cannabine peut vivre dans nos climats, et que, si quelquefois elle ne guérit pas de la fièvre, il en est de même du quinquina qui ne réussit pas toujours; et, en outre, que, si les fièvres intermittentes reparaissent encore assez souvent après avoir été traitées par le quinquina, par contre, elles ne récidivent que rarement quand elles sont coupées par la cannabine, on sera naturellement porté à donner la préférence à cette plante, sauf à avoir recours ensuite au quinquina, si elle vient à échouer. »

Aujourd'hui l'auteur, sans donner d'observations ni de statistiques détaillées, sans dire même sur quel total il a basé ses expériences, écrit qu'il a réussi sept ou huit fois sur dix. Et comme Brachet, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans des expériences provoquées par l'auteur même du mémoire, a dit n'avoir réussi que six ou sept fois sur douze, M. Luppi n'hésite pas à faire cette déclaration : « Nous concluons que Brachet s'était trompé à peu près une fois sur deux. Les médecins qui l'essayeront (le médicament) *et qui n'auront pas d'insuccès*, seront ceux qui ne se trompent point. » Une affirmation aussi formelle aurait besoin d'être mieux appuyée.

Le grand avantage de la cannabine, aux yeux de l'auteur, est d'agir, comme éméto-cathartique, sur les voies digestives, et de supprimer par là une des conditions qui font naître ou entretiennent souvent les fièvres d'accès. On sait, en effet, que beaucoup de fièvres ne sont pas influencées sensiblement ou ne font que changer de type quand on les traite d'emblée par le quinquina ; tandis qu'on parvient quelquefois à les couper brusquement en remplaçant le quinquina par un vomi-purgatif et revenant ensuite à l'antipériodique. Mais aussi, combien de fièvres intermittentes disparaissent sans l'aide d'aucun fébrifuge proprement dit, et par l'action seule d'un vomitif ou d'un purgatif, aidé de la diète ! Le datisque agit-il d'une autre manière? Unit-il une vertu antipériodique réelle à sa vertu la plus apparente, qui est d'être éméto-cathartique? Son amertume peut donner à le penser ; mais il faudrait, pour en être sûr ou du moins pour en convaincre les autres, un ensemble d'expériences que nous ne trouvons pas dans le travail de M. Luppi.

Néanmoins, les assertions conformes d'un assez grand nombre de médecins distingués autorisent certainement les praticiens à faire essai du médicament; et voici sous quelles formes on devra l'administrer.

L'eau bouillante enlevant les principes actifs de la plante, on l'administre le plus souvent sous forme de décoction. Deux folioles bouillies pendant un quart d'heure suffisent pour une dose, que l'on administre le matin dans une tasse à café, et que l'on répète pendant trois matinées de suite. Si le malade vomit ou est purgé abondamment à la première dose, on préparera les autres doses avec une seule foliole.

Si les feuilles sont desséchées et réduites en poudre, la dose sera de 1 gramme à 3 grammes pour chaque décoction.

On l'administre aussi en poudre, et alors la dose est de 30 centigrammes à 1 gramme chaque jour, pendant trois matinées consécutives.

On pourra préparer des pilules en employant l'extrait de

la plante pour agglomérer la poudre. Cet extrait se prépare en concentrant convenablement la décoction au bain-marie, ou mieux dans le vide, et il se donne à la même dose que la poudre.

On prépare aussi d'avance une décoction que l'on conserve indéfiniment à l'aide de l'addition d'une petite quantité de bicarbonate de potasse et d'alcool.

L'écorce de la tige se donne à la même dose que les feuilles. (*Gazette médicale de Paris*, 1863, n^os 8, 9 et 10.)

Observation de maladie d'Addison avec lésion des capsules surrénales, par le docteur Duclos (de Tours).

Obs. — La femme A. F..., âgée de trente-six ans, m'est amenée de la campagne à l'hôpital Saint-Gatien. Elle y entre le 4 novembre 1862. Sa constitution me paraît avoir été assez vigoureuse ; son activité, grande. Cette femme travaillait à tous les ouvrages auxquels on a l'habitude d'employer une femme de ménage.

Elle n'a jamais eu de maladie bien grave, quelques fièvres intermittentes seulement. Aucune disposition particulière à aucune maladie. Habituellement bien réglée, elle n'a jamais eu d'enfants.

Elle me raconte qu'il y a environ dix mois, à la suite de travaux de lavage de linge en plein air, travaux qu'elle croit avoir été un peu excessifs, sa peau a pris une teinte brunâtre, qu'elle attribuait tout d'abord à ce qu'elle appelait *le hâle*, coloration particulière que prend la peau chez les personnes exposées à toutes les intempéries, et sur tous les points du corps qui subissent l'action du froid, de l'humidité, du soleil. En même temps elle ressentait une faiblesse générale extrême, qui allait chaque jour croissant. Aucun symptôme d'ailleurs insolite ne se manifestait. L'estomac, les entrailles, la poitrine se maintenaient dans un état régulier. Seulement le flux mensuel avait commencé par diminuer de quantité, puis par prendre une coloration de moins en moins foncée, et enfin par disparaître absolument.

Cette situation avait été toujours progressant, bien que lentement, sans qu'aucun symptôme nouveau survînt; seulement la coloration brune de la peau s'était de plus en plus prononcée. Toute la surface du corps était devenue comme enfumée, exactement semblable à celle du mulâtre le plus pur, et, de plus, dans quelques points, des plaques s'étaient formées plus foncées, plus brunes, plus noires, exactement identiques avec la peau du nègre le plus parfaitement nègre. Le sentiment général de faiblesse avait toujours été croissant, au point de rendre tout véritable travail impossible.

Ainsi, et en résumé, teinte noire générale de toute la peau, plus foncée, plus rigoureusement noire dans quelques points ; — cessation du flux mensuel ; — sentiment d'extrême faiblesse, tels étaient les symptômes qui, depuis dix mois, avaient préoccupé la malade. Ces renseignements recueillis, je l'examinai et je constatai l'état suivant :

La peau est dans toute son étendue d'une teinte noirâtre, complétement identique avec celle d'un mulâtre. Il m'est facile de constater cette identité en ce qu'à la même époque je trouve à Tours un mulâtre, et que, l'ayant fait venir chez moi, je le place auprès de la malade.

L'identité est parfaite. De plus, à la partie postérieure du cou, dans toute l'étendue qui sépare l'occiput du tronc proprement dit, la teinte est absolument noire, noire à la manière d'un véritable nègre. Je retrouve cette même teinte noire au pli de l'aine droite, à la partie inférieure et externe de la cuisse gauche, au coude droit et sur le dessus du pied gauche. D'autres plaques un peu plus foncées que sur le reste du corps, mais moins noires que les précédentes, se rencontrent aussi sous l'aisselle gauche et sur la cuisse droite.

Je ne constate rien à la sclérotique, rien à la conjonctive. J'examine les yeux à l'ophthalmoscope. La rétine et la choroïde ne présentent rien de particulier. La perception des couleurs est très nette. La muqueuse buccale offre de distance en distance des plaques noirâtres, de véritables marbrures semblables à celles que présente la cavité buccale chez certains chiens. Les dents sont entourées de l'auréole qu'on rencontre dans la plupart des affections saturnines. Rien au voile ni à la voûte du palais; rien à la muqueuse pharyngienne. La salive est de quantité ordinaire et acide.

Un assez grand nombre de cheveux sont tombés; beaucoup sont devenus gris depuis le début de la maladie.

Les ongles présentent à leur racine un petit liséré bleuâtre, qui rappelle celui du nègre.

En auscultant la poitrine, on constate l'intégrité parfaite de la respiration. Seulement un bruit de souffle au cœur, au premier temps, et du souffle également dans les carotides. Son normal en avant et en arrière.

En palpant et percutant l'abdomen, on ne trouve aucune altération de la résonnance normale, et l'on ne constate aucun développement maladif d'aucun organe. Du reste, ni vomissements, ni toux, ni diarrhée ; plutôt un peu de constipation. Les matières fécales sont convenablement colorées.

Urine légèrement acide ; aucune trace de glycose ni d'albumine.

Peu de transpiration. La sueur a son odeur habituelle ; elle ne teint pas le linge en noir ; à peine alcaline, plutôt neutre.

Je remarque que la malade marche un peu courbée. Elle attribue cette disposition à une douleur à peu près fixe et permanente qu'elle éprouve dans les lombes autant qu'à sa faiblesse.

En présence de cet état d'anémie générale, d'affaiblissement profond, je conseillai une médication tonique, du fer, du quinquina, de l'huile de foie de morue, le tout avec le correctif d'un peu de bicarbonate de soude,— puis une alimentation très réparatrice, de bon vin, de la viande, des légumes.

Sous l'influence de ce régime, la malade éprouva assez rapidement une notable amélioration. Elle se sentit bientôt un peu moins faible ; elle allait et venait. De temps en temps elle venait de l'hôpital chez moi. Deux fois même, se trouvant notablement mieux, elle avait fixé le jour de son départ. Elle avait donc une espérance que je ne partageais pas, instruit par l'expérience d'Addison, lorsque, le 9 décembre au matin, elle sentit un malaise considérable, une débilitation extrême, une sorte de sidération. Quelques heures après, des vomissements survenaient coup sur coup, composés d'abord des matières alimentaires prises la veille au soir et de la soupe prise le matin, puis de mucosités, et le jour même la malade succombait à trois heures de l'après-midi au milieu des vomissements et après trois à quatre heures seulement du développement de ces accidents inattendus. Elle était restée cinq semaines à l'hôpital.

Autopsie. — Intégrité parfaite des deux poumons. Pas de traces de tubercules. Aucune lésion. Quelques petites et minces adhérences de la plèvre droite. — Etat parfaitement normal du cœur. Pas d'épanchement péricardique.

Abdomen. — Foie et rate à l'état normal : ni maladie, ni hypertrophie, ni dégénérescence. — Estomac à l'état sain. — Rien au mésentère. Pas de ganglions développés. J'emporte chez moi les reins et les capsules surrénales pour les examiner minutieusement, et je constate :

Etat parfaitement normal des reins. Ni friabilité, ni ramollissement, ni congestion. Aucune lésion.

Les deux capsules surrénales sont au contraire le siége d'une dégénérescence cancéreuse complète. Elles forment toutes deux deux grosses tumeurs ovoïdes, irrégulières, très bosselées, très dures. Quand je les incise avec le scalpel, elles crient. Le tissu est exactement le tissu lardacé, squirrheux le plus parfait. Je les incise en présence de mon honorable confrère, M. le docteur Patry (de Sainte-Maure), et nous constatons ensemble cette dégénérescence. Leur volume est celui d'un œuf, mais bosselé. Leur poids est de 48 grammes pour la capsule surrénale gauche, et de 51 grammes pour la capsule surrénale droite. Je remarque qu'il n'y a dans la capsule aucune cavité. Leur poids et leur dimension ont été appréciés après les avoir débarrassés de tout le tissu celluleux qui les entoure et avoir mis à nu la capsule surrénale pure et simple.

Pas de plaques brunâtres à la surface, ni du péritoine, ni du péricarde, ni de la plèvre.

— M. Duclos fait suivre cette observation de remarques destinées à montrer qu'il ne s'agit ici ni de l'ictère à teinte bronzée qu'on observe quelquefois chez les buveurs, ni de l'ictère malin (qui se distingue d'ailleurs de la *maladie d'Addison* par tant de caractères), ni enfin de cette cachexie indéterminée dont M. Boucher a communiqué un exemple à la Société des hôpitaux (*Gazette hebdom.*, t. VIII, p. 140). C'est une véritable *nigritie* qu'il a eue sous les yeux, avec ce sentiment de faiblesse profonde qui a été signalé par les premiers observateurs, avec ces douleurs lombaires plusieurs fois notées, avec cette inégalité de teintes qui ne manque presque jamais.

Après avoir rappelé les expériences de MM. Brown-Séquard, Gratiolet, Vulpian, sur les fonctions des glandes surrénales (il aurait pu y joindre celles de MM. Berruti, Perosino, Harley, Martin-Magron, Philipeaux), et cette épizootie qui a frappé les lapins à Paris et dans laquelle on a vu l'*inflammation* des capsules surrénales produire les mêmes symptômes que leur *extirpation*, M. Duclos émet l'hypothèse que « les capsules surrénales sont chargées de détruire d'une certaine manière la matière pigmentaire, en sorte que si, sous l'influence de telle ou telle lésion, leurs fonctions sont absolument abolies, la matière pigmentaire n'est plus détruite comme elle doit l'être et vient affluer dans le derme. » La conclusion de M. Brown-Séquard avait été celle-ci : « Une des fonctions des capsules

surrénales consiste en une modification spéciale d'une substance douée de la propriété de se transformer en pigment, modification qui lui fait perdre cette propriété. » Nous ne croyons pas que, en l'état actuel de la question, il soit à propos d'entreprendre ici une discussion qui exigerait quelques développements. L'interprétation de notre confrère de Tours mérite au moins d'être prise en considération.

M. Duclos répète avec d'autres auteurs qu'il n'existe pas un seul fait de maladie bronzée sans lésion des glandes surrénales. Cette assertion n'est pas exacte, si l'on s'en rapporte au dire des observateurs, car nous avons nous-même signalé dans la littérature allemande une exception à cette règle (*Gazette hebdomadaire*, t. III, p. 613); mais il est juste d'ajouter que l'intégrité des capsules peut n'être qu'apparente et qu'elle ne saurait être affirmée qu'après examen microscopique. Dans un cas de ce genre, dû à M. Charcot, le microscope découvrit une altération qui avait échappé et devait échapper à l'œil nu. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 février 1863.)

De l'ictère grave des femmes enceintes,
par le docteur CARADEC.

« La jaunisse des femmes enceintes, dit Burns, est liée à un état morbide du canal alimentaire... La jaunisse peut aussi survenir à la fin de la grossesse, et, dans ce cas-ci, elle *provient le plus souvent de la pression exercée sur le conduit cystique.* » Peut-être M. Caradec, qui se plaint avec raison du laconisme des auteurs classiques au sujet de l'ictère des femmes grosses, ne connaissait-il pas ce passage de Burns; car nous voyons qu'il se borne à citer, comme ayant constaté l'influence de la grossesse sur la stase biliaire, Virchow et Frerichs.

Quoi qu'il en soit, l'auteur se propose de montrer par de nouveaux faits (sans contester l'existence d'un ictère *spasmodique* comme conséquence de la grossesse) comment le développement progressif de l'utérus, en refoulant peu à peu les viscères abdominaux, amène la compression du foie, l'hépatite, la gêne du cours de la bile, l'altération et la résorption de ce liquide, avec tous les accidents qui en résultent. « Suivant le degré de concentration de la bile, ses qualités physiques et chimiques, l'état pathologique du foie et son degré de compression, le tempérament de la personne, etc., il pourra survenir diverses formes d'ictère. »

Le mémoire contient trois observations. Dans la première, l'ictère survint d'abord au septième mois de la grossesse sous l'influence d'une violente colère, puis disparut, pour se montrer de nouveau, sans cause appréciable autre que la grossesse elle-même, au neuvième mois. Il se compliqua cette fois d'éclampsie, et la femme succomba quelques minutes après avoir mis au monde un garçon mort-né. Dans le second cas, l'ictère apparut également deux fois : d'abord au sixième mois, puis dans le cours du neuvième; c'est encore l'éclampsie qui a amené brusquement la mort, peu d'instants après la venue d'un enfant qui n'a pu être conservé. La troisième observation enfin est relative à un ictère grave survenu au cinquième mois, et qui a déterminé, comme il arrive assez souvent, l'accouchement prématuré. La malade a survécu.

Chez les deux premières femmes, les signes du refoulement de l'appareil biliaire sont indiqués. Ainsi : chez l'une, « le foie est comprimé par le corps de l'enfant, qui est porté à droite; il est douloureux à la pression; le palper et la percussion surtout sont très pénibles; ils montrent le foie refoulé en haut, considérablement développé à gauche, où il fait saillie au-dessus des fausses côtes; » — chez l'autre malade, « l'exploration de la région hépatique montre un grand développement de la vésicule. » Relativement au troisième fait, le texte se borne à cette mention un peu vague : « la palpation et la percussion exercées dans le décubitus dorsal *décèlent un engorgement du foie.* »

Les conditions où l'auteur s'est trouvé ne lui ont pas permis d'autopsier les deux malades qui ont succombé. La démonstration repose donc uniquement sur le rapport d'une cause présumée, très légitimement du reste, avec les symptômes et les signes physiques observés. Mais ce que l'on sait de l'étiologie de l'ictère grave, des causes très diverses qui peuvent, sinon la produire de toute pièce, du moins instituer les conditions physiques et organiques qui le déterminent (à savoir la rétention et la résorption de la bile, avec atrophie des cellules), s'accorde bien avec l'interprétation que M. Caradec donne de certains ictères des femmes enceintes. (*Archives générales de médecine*, mars 1863.)

V

VARIÉTÉS.

Par décret du 15 mars, M. le docteur Barthez, médecin ordinaire de S. A. le Prince impérial, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, a été nommé officier de la Légion d'honneur. M. le docteur Boulongne, ancien chirurgien aide-major, a été nommé chevalier du même ordre.

— M. le docteur Périer a été nommé inspecteur de l'établissement thermal de Bourbon-l'Archambault.

— Par décret du 14 mars 1863, ont été nommés dans le corps des officiers de santé militaires : *A six emplois de médecin-major de 1re classe :* Choix, M. Molard, médecin-major de 2e classe. Ancienneté, M. Lavigne, médecin-major de 2e classe. Choix, M. Champouillon, médecin major de 2e classe. Ancienneté, M. d'Armandieu. Choix, M. Vézien, médecin-major de 2e classe. Ancienneté, M. Jalabert, médecin-major de 2e classe.

— Par décret du 14 mars 1863, ont été nommés dans le corps des officiers de santé militaires : *A un emploi de médecin principal de 1re classe :* Choix, M. Artigues.

A deux emplois de médecin principal de 2e classe : Choix, M. Jubiot et M. Lacronique.

— Par décret du 14 mars, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : *Au grade d'officier :* M. Garreau, médecin principal de 1re classe; M. Lange de Beaujour, médecin-major de 1re classe. — *Au grade de chevalier :* M. Lobstein, médecin-major de 2e classe; M. Ponton, médecin-major de 2e classe; M. Leroux, médecin-major de 2e classe; M. Delezenne, pharmacien-major de 1re classe.

— M. le docteur Lisle vient d'être nommé médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille, en remplacement de M. le docteur Aubanel, décédé.

— M. Despretz, professeur de physique à la Faculté des sciences, membre et ancien président de l'Académie des sciences, vient de mourir. Ses obsèques ont eu lieu mardi à l'église Saint-Sulpice.

— M. le docteur Sadoul, ancien membre du Conseil général du Bas-Rhin, est mort le 8 de ce mois.

— La Société médicale des hôpitaux a élu, dans une de ses dernières séances, membre correspondant M. Henri Gintrac (de Bordeaux).

VI

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

DE LA PRODUCTION DU FROID; APPLICATIONS INDUSTRIELLES, APPAREILS *Carré*, par *F. d'Auriac*. In-18 de 140 pages, avec figures. Paris, Victor Masson et fils. 3 fr.

TRAITÉ GÉNÉRAL DE PHOTOGRAPHIE, comprenant tous les procédés connus jusqu'à ce jour, suivi de la théorie de la photographie et de son application aux sciences d'observation, par *Van Monckhoven*. 4e édition. Grand in-8, avec 225 figures dans le texte. Paris, Victor Masson et fils. 10 fr.

ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, DE MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE POUR 1863, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1862, et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un mémoire sur l'hygiène des eaux potables, par le professeur *A. Bouchardat*. In-32 de 340 pages. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 25

ANNUAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES POUR 1863, résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1862, précédé d'une bibliographie médicale complète de l'année 1862, et suivi de la liste des thèses passées pendant l'année devant les Facultés de Paris, Montpellier et Strasbourg, par les docteurs *Jamain* et *A. Wahu*. In-32 de 308 pages. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 25

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 27 MARS 1863. N° 13.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêtés ministériels. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** — **Histoire et critique.** Documents historiques sur l'invention du laryngoscope. — II. **Travaux originaux.** Médecine pratique : Des fièvres endémiques à Saint-Pierre-Martinique.—III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — IV. **Revue des journaux.** Sur l'innervation de l'estomac. — V. **Bibliographie.** Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon. — VI. **Variétés.** Statistique sur les mort-nés. — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VIII. **Feuilleton.** Lettres historiques sur la médecine chez les Indous.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêtés en date du 23 mars 1863, M. TARNIER, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire, du cours d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, en remplacement de M. MOREAU, décédé.

M. ROSTAN, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire, par M. POTAIN, agrégé près ladite Faculté.

Un congé d'inactivité, à partir du 1er avril prochain, jusqu'à la fin de l'année classique 1862-1863, est accordé à M. LE CANU, professeur de pharmacie à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

M. LUTZ, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Paris, est chargé, à titre de suppléant, du cours de pharmacie à ladite École pendant le congé accordé à M. LE CANU.

M. BÉNARD, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur de pharmacie et de chimie à ladite École en remplacement de M. FOLLET, décédé.

M. GINTRAC, directeur et professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année scolaire 1862-1863, par M. Henri GINTRAC, professeur adjoint de clinique interne à ladite École.

M. LEVIEUX, docteur en médecine, est chargé, à titre de suppléant hors cadre, de la seconde partie du cours de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

HISTOIRE ET CRITIQUE.

DOCUMENTS HISTORIQUES SUR L'INVENTION DU LARYNGOSCOPE.

Le dernier fascicule d'un journal anglais (1) renferme une courte note intitulée : ON THE DISCOVERY OF THE LARYNGOSCOPE, par M. Thomas Windsor, chirurgien à Manchester, Eye Hos-

(1) *The British and Foreign Medico-Chirurgical Review and Quarterly Journal of practical Medicine and Surgery*, n° 61. January 1863, p. 209.

FEUILLETON.

Lettres historiques sur la médecine chez les Indous.

Troisième lettre (Suite et fin). — Voir t. IX, n° 18, t. X, nos 8 et 12.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Enseignement et exercice de la médecine chez les Indous.

II

PRATIQUE DE LA MÉDECINE. — CONDITIONS REQUISES. — CONDUITE PRÈS DU MALADE. — DEVOIRS DU CLIENT. — MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

Ainsi, la vieille société patriarcale a tout à fait disparu ; au prêtre-berger des rives du Caboul a succédé le théologien altier des bords du Gange ; toutes les pauvres tribus nomades, qui pendant des siècles nombreux ont erré de pâturage en pâturage, se sont déjà depuis longtemps fixées ; à la tente a succédé la ville, et les villes réunies ont formé des empires puissants. Chaque centre de population a vu se développer successivement, sous toutes ses formes, le progrès matériel et le progrès intellectuel. Pendant que les uns élevaient les palais des rois, construisaient ces immenses temples, que nous allons encore admirer aujourd'hui, ou fabriquaient les tissus précieux, les autres, livrés à des préoccupations moins positives et plus nobles, discutaient les questions de langue et de grammaire, avec cette puissance d'abstraction que nous n'avons pas égalé (le grammairien Panini, par exemple), posaient les bases d'une législation complète et souvent très sage, essayaient de résoudre ces questions insondables que la philosophie discutera éternellement, ou combattaient vaillamment dans ces luttes théologiques, où le vieux culte brahmanique, un instant ébranlé et compromis par le bouddhisme, finit pourtant par être victorieux, et rejeta son ennemi au delà de l'Hymalaya. Et déjà, non loin de ces villes actives et remuantes, au sein

pital; elle est destinée, comme son titre l'indique, à élucider un point d'histoire à l'ordre du jour. Quoique le sujet soit tout récent encore, les erreurs commencent à se multiplier, et il est à craindre qu'avec la manière plus que légère avec laquelle on traite les questions de priorité, ces erreurs ne s'installent définitivement dans la science, malgré les protestations si souvent impuissantes des érudits.

La Gazette hebdomadaire a plus d'une fois ouvert ses colonnes à ces utiles rectifications, et nos lecteurs ne nous ont jamais reproché le temps que nous leur demandions de consacrer à la recherche de la vérité. C'est pourquoi nous mettons sous leurs yeux la traduction littérale de l'article de M. Windsor, auquel nous nous permettons, de notre côté, de faire quelques additions.

« Il est de quelque importance qu'on rende à chacun ce qui lui est dû, sinon durant sa vie, au moins dans l'histoire de la médecine, et pour cette raison il est bon de corriger une erreur dans laquelle sont tombés, je crois, tous les auteurs modernes.

» Depuis la publication du travail de Czermak, 1860, on attribue à Liston le mérite d'avoir le premier employé un miroir pour examiner la glotte (1). On a aussi réclamé pour feu M. Avery, qui imagina un instrument analogue vers 1850 (2). En France, dès 1838, Baumès (de Lyon) montra un instrument semblable à la Société médicale de cette ville, car dans le Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Lyon (depuis le 1er juillet 1836 jusqu'au 30 juin 1838, sous la présidence de M. Janson, par L. A. Rougier, Lyon, 1840), je trouve cet intéressant passage : « *Spéculum pour l'exploration de la gorge*, par M. Baumès... A l'extrémité d'une petite tige de bois ou de baleine cylindrique est placé un miroir de la largeur d'une pièce de 2 francs, dont on peut faire varier l'inclinaison à l'aide d'une vis de rappel. Par ce moyen, on peut reconnaître facilement les inflammations, engorgements ou ulcérations que l'on ne pouvait que soupçonner à l'extrémité postérieure des fosses nasales, au larynx et dans quelques parties du pharynx. L'usage de cet instrument, très facile d'ailleurs, est d'une utilité incontestable. »

» Le véritable inventeur, toutefois, paraît avoir été Benjamin Babington, qui, le 18 mars 1829, montra son instrument à une séance de la Société huntérienne. On lit dans le rapport de cette Société (3) :

« Le docteur Benj. Babington soumet à la réunion un instrument ingénieux pour l'examen des parties inférieures de l'arrière-gorge, que la vue, sans aide, ne peut inspecter; il consiste dans un miroir enchâssé dans un anneau d'argent muni d'une longue tige. La face de réflexion est placée contre le palais, tandis que la langue est déprimée avec une spatule. Alors l'épiglotte et la partie supérieure du larynx deviennent visibles dans la glace. Une forte lumière est nécessaire, et l'instrument doit être plongé dans l'eau, de manière à être recouvert d'une couche mince de liquide quand il est employé, sinon l'halitus de la respiration le rendrait ténébreux. » L'auteur propose de l'appeler *glottiscope*.

« Avant de conclure, je dois noter que, vers le commencement de ce siècle, Bozzini (1), praticien à Francfort-sur-le-Mein, a publié un travail in-folio dans lequel il montre la grande importance de porter le regard dans les cavités du corp vivant, et décrit un appareil à l'aide duquel cela peut être fait. De sa description toutefois ressort que son instrument devait par malheur être embarrassant et difficile à employer. Par ce motif, sans doute, il fut promptement oublié. Il est digne de remarque que Bozzini, qui le premier conçut l'idée d'éclairer presque toutes les cavités, ne fit peut-être qu'une seule exception pour la glotte, et cependant il décrivit et figura un réflecteur avec lequel il annonce que les arrière-narines peuvent être vues.

» Enfin, en 1844, le docteur A. Warden (2) inventa un miroir prismatique avec lequel il réussit deux fois à voir la glotte malade; il dit que l'épiglotte fut aperçue sur-le-champ, mais seulement pendant les efforts de déglutition, que les cartilages aryténoïdes et la glotte tirés de leur profondeur montrent brillamment leur image dans la face réfléchissante du prisme.

» Je pense donc qu'on peut admettre les conclusions suivantes :

» 1° Bozzini attira d'abord l'attention sur l'importance de voir dans les cavités du corps vivant, et réussit jusqu'à un certain point à surmonter les difficultés inhérentes à cette entreprise.

» 2° Benjamin Babington fut l'inventeur du laryngoscope.

» 3° Baumès, Liston, Warden, Avery firent des efforts isolés, sans doute, pour examiner le larynx. En même temps on ne doit pas oublier que

(1) *Liston's Practical Surgery*, third Edition, 1840, p. 417.
(2) *Medical Times and Gazette*, vol. II, 1860, p. 111.
(3) *London Medical Gazette*, vol. III, p. 555, 1829.

(1) *Der Lichtleiter oder Beschreibung einer einfachen Vorrichtung und ihrer Anwendung zur Erleuchtung innerer Höhlen und Zwischenraume des lebenden animalischen Körpers*, von Philipp Bozzini, pp. 6 and 23, plates 4. Weimar, 1807.

Plusieurs articles ont été écrits sur l'invention de Bozzini. M. Windsor regrette de n'avoir pu les consulter; mais il indique les sources suivantes : *Salzb. Med. Chir. Zeitung*, 1806, III B., p. 317, 319 ; *Id.*, 1807, p. 271, 273 ; *Hufeland's Journal der pract. Heilk.*, XXIV B., 1 st., p. 107 ; Siebold, *Lucina*, IV B., p. 167 ; *Journal der Erfindungen*, 3 st., p. 89. Ce dernier article, pour démontrer que l'instrument ne peut servir.

(2) Différents articles, in *The Londoa and Edinburgh Monthly Journal of Medical Science*, vol. IV, V, 1844, 1845, plus spécialement ce dernier, p. 552. La première mention de l'invention a été publiée dans le *London Medical Gazette*, vol. XXXIV, p. 256, 24 mai 1844.

---

des forêts, des anachorètes savants et pieux mêlent aux pratiques ascétiques les plus dures, les études littéraires et scientifiques les plus élevées; singuliers personnages, moitié pères du désert et moitié bénédictins, entourés d'ailleurs de beaucoup de vénération, et près desquels la jeunesse allait s'instruire.

Tous leur devaient la plus grande partie des connaissances qu'ils pouvaient acquérir, les médecins en particulier; nous l'avons vu plus haut : Dhanvantari, descendu sur la terre pour y enseigner l'art de guérir, commença par se retirer dans la silencieuse solitude de la forêt. C'est à l'école d'un tel maître que s'est formé le jeune praticien que nous allons suivre dans sa clientèle, et qui va nous initier à la vie publique de ces étranges contemporains d'Hippocrate.

Et d'abord, notre confrère réunit bien toutes les conditions demandées par les livres, conditions nombreuses et sur lesquelles Suçruta insiste à plusieurs reprises. Il est beau, bien constitué, aimable, sérieux sans prétention, gai et spirituel. Son langage est doux et encourageant, comme celui d'un ami, son cœur est pur et généreux ; il est esclave de la vérité. D'une humeur toujours égale, il est en même temps un modèle de chasteté et de sobriété. La bienveillance accompagne toutes ses actions, sa préoccupation constante est l'accomplissement du bien. « Comme une personne, ajoute-t-on, peut quelquefois craindre un frère, une mère, un ami, un maître, mais qu'elle ne doit jamais avoir peur de son médecin; celui-ci sera, près de son malade, plus doux et plus attentif qu'un frère, une mère, un ami, un maître. » (Wise, *op. cit.*, p. 17.) Mais ce n'est pas tout encore, le médecin irréprochable, selon Suçruta, est toujours très soigneux de sa toilette, aussi bien que le disciple. Il aura les cheveux courts, ses ongles seront rognés et propres ; il ne sortira jamais sans avoir à la main une canne ou un parasol... Il refusera toujours les présents des dames, et évitera de rire, de babiller et de folâtrer avec elles.

Nous avons vu que l'étude théorique consistait surtout à retenir et à conserver dans ses souvenirs, vers par vers, ou

» 4° A Garcia revient le mérite d'avoir le premier fait une série étendue d'examens du larynx sain, mais que

» 5° L'on doit spécialement louer Czermak d'avoir répandu la connaissance de l'instrument, et montré sa valeur dans les maladies. »

Nous devons savoir gré à M. Windsor d'avoir remis en évidence ces passages oubliés et qui devront désormais trouver place dans l'histoire de la laryngoscopie; mais nous pensons qu'on peut grossir encore la liste des auteurs qui ont songé, avant ces dernières années, à éclairer et à explorer directement la cavité laryngienne.

En 1829, l'année même où Babington présentait son *glottiscope* à la Société huntérienne, M. Senn (de Genève), ancien interne des hôpitaux de Paris, publiait (1) une observation de trachéotomie pratiquée le 3 mai 1827 sur une fille de sept ans, affectée d'une maladie chronique du larynx. Avant d'en venir à l'opération, M. Senn avait songé à inspecter la cavité laryngienne, comme l'atteste le passage suivant, que je transcris textuellement :

« Je fis construire un petit miroir pour le porter au fond du pharynx et chercher à voir la partie supérieure du larynx et la glotte; mais je renonçai à son emploi, vu la petitesse de l'instrument. Toutefois, je crois que ce moyen peut être employé avec avantage chez l'adulte et que, dans certains cas de phthisie laryngée, il pourrait aider le diagnostic. »

Il semble que cette indication ne fut pas perdue pour les médecins français, si j'en juge par un passage d'un mémoire célèbre couronné en 1836 et publié l'année suivante. Ce passage n'a pas été complétement passé sous silence, mais il a été cité, ce me semble, un peu trop brièvement.

Quoique le mémoire de MM. Trousseau et Belloc (2) soit bien connu, en France du moins, nous n'hésitons pas à reproduire le passage en question, ne fût-ce que pour les étrangers :

« Il eût été fort important sans doute d'avoir, pour examiner le larynx, des moyens analogues à ceux que le spéculum nous a fournis. Depuis plusieurs années, nous nous occupons de la confection d'un *speculum laryngis*. On connaît celui de M. Selligue, très ingénieux mécanicien, qui, atteint lui-même d'une phthisie laryngée dont il est complétement guéri, exécuta pour son médecin un spéculum à deux tubes dont l'un servait à porter la lumière sur la glotte et l'autre servait à rapporter à l'œil l'image de la glotte réfléchie dans un miroir placé à l'extrémité gutturale de l'instrument. M. Sanson, coutelier, rue de l'École-de-Médecine, nous a confectionné un spéculum d'après un mécanisme analogue à celui de M. Selligue. Cet instrument, dont il ne faut s'exagérer l'utilité, est d'une application très difficile, et il n'est guère plus d'un malade sur dix qui puisse en supporter l'introduction. En effet, il est d'un volume tel qu'il remplit l'espace compris entre le bord libre du voile du palais et la face supérieure de la langue. Quand on le place dans la bouche, il provoque des haut-le-corps tellement insupportables qu'il faut presque toujours l'enlever; s'il vient à toucher le fond de la gorge, et il n'est guère possible qu'il en soit autrement, le pharynx se contracte convulsivement et avec une telle énergie qu'il le chasse dans la bouche.

» Dans les cas les plus favorables, quand le spéculum peut être conservé dans l'isthme du gosier, la constriction inévitable du pharynx nuit encore singulièrement à ce qu'on voie les parties profondément situées.

» Il est une autre difficulté qui, à elle seule, suffirait à dégoûter à tout jamais de se servir de cet instrument : c'est la présence de l'épiglotte. Cet opercule a une grande largeur, et il recouvre si exactement la partie supérieure du larynx qu'il empêche totalement que la représentation de cet organe puisse être répétée dans le miroir, et, de plus, la lumière projetée par l'instrument tombe directement et nécessairement sur la face linguale de l'épiglotte, et l'ombre de celle-ci couvre précisément le larynx et le dérobe complétement à la vue. C'est donc à tort que Bennati prétendait voir la glotte avec le spéculum de Selligue; il ne voyait en général que la partie supérieure de l'épiglotte, très rarement l'ouverture supérieure du larynx, et cela seulement quand le redressement accidentel de l'épiglotte le permettait.

» Pour la glotte, elle est située à une telle profondeur et de telle manière qu'il est impossible de l'explorer, même sur le cadavre, avec le spéculum; à plus forte raison ne le pourrait-on pas sur le vivant, lors surtout que l'on songe à la révolte convulsive qui accueille son introduction chez ceux mêmes qui y sont le plus habitués. »

Certes, les conclusions à tirer de ce texte ne sont pas favo-

(1) *Journal des progrès*, 1829, t. V, p. 231. L'observation complète n'avait pas encore été publiée, mais elle avait été adressée à l'Académie des sciences et l'objet d'un rapport de Dupuytren et Duméril, lu le 10 décembre 1827.

(2) *Mémoire sur la phthisie laryngée*, par MM. Trousseau et Belloc, *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. VI, 1837.

---

ligne par ligne, le livre sacré; une mémoire excellente était donc d'un grand secours; mais on a bien soin de faire observer que cela ne suffit pas, et que la grande supériorité du médecin résidera surtout dans une habile interprétation des textes. Celui qui, n'ayant que de la mémoire, ne saurait que les mots sans en comprendre le sens, ressemblerait, dit Suçruta, « à un âne » chargé d'un fardeau de plantes odoriférantes, fardeau qu'il » portera sans profiter des parfums qu'il ne sait ni découvrir » ni apprécier. »

L'exercice de la médecine n'était pas complétement libre dans l'Inde, en ce sens qu'à l'attestation des maîtres qui avaient déclaré suffisante l'instruction du disciple, il fallait joindre l'autorisation du roi; cette autorisation obtenue en bonne forme, le médecin pouvait immédiatement commencer à pratiquer son art sous la surveillance de l'autorité, qui se réservait d'intervenir et de le punir quand il s'écartait des instructions prescrites par ses maîtres.

Mais nous avons supposé un médecin parfait, et nous allons le suivre près de ses malades. Son rôle commence à être sérieux aussitôt que quelqu'un vient le prier d'aller visiter un client : en effet, il s'empresse d'examiner attentivement le messager, et d'étudier les moindres circonstances, qu'il aura soin ensuite de prendre en grande considération quand il portera son pronostic. Le messager, par exemple, a-t-il un nom peu harmonieux, est-il mal vêtu ou peu poli, a-t-il les cheveux en désordre; s'avise-t-il de secouer ses vêtements en parlant, ou de passer ses mains sur sa tête, etc.; tout cela est du plus mauvais augure.

Le médecin se rend à la demeure du malade; le long du chemin, ses observations continuent et ne font que gagner en importance. C'est ainsi que nous le verrons froncer le sourcil, s'il fait quelque rencontre reconnue fâcheuse : un chariot attelé d'un âne, un homme écrasant entre ses doigts un brin de paille de riz, quelque malavisé se tenant debout sur un seul pied, etc. En entrant dans la maison du client, il étudiera de même, autour de lui, tout ce qui se passera, et ainsi jusqu'au

rables à la laryngoscopie, et c'est peut-être pour cela que les partisans de la méthode ne l'ont point invoqué. Cependant il en ressort que des expériences sérieuses et multipliées ont été entreprises, qu'elles ont réussi dans un certain nombre de cas et jusqu'à un certain degré, que quelques sujets enfin ont pu tolérer l'introduction de l'instrument; mais celui-ci était volumineux, d'une construction défectueuse, il portait donc en lui la cause principale de son insuccès; ceci prouve que la destinée des opérations est subordonnée parfois à la perfection des instruments, et que les chirurgiens sont, jusqu'à un certain point, tributaires des mécaniciens et des fabricants.

Si MM. Trousseau et Belloc avaient songé à remplacer l'attirail embarrassant de Selligue par le glottiscope de Babington ou le modeste miroir de M. Senn, ils auraient obtenu sans doute d'autres résultats et porté un autre jugement; mais le malheur veut trop souvent que les idées simples soient tardivement adoptées. Au reste, on devait en appeler de cette proscription comme des oppositions formulées, à d'autres époques, contre la staphylorrhaphie, la lithotritie et autres conquêtes chirurgicales, qui, à leur apparition, ont trouvé plus de détracteurs que d'adhérents. Quoi qu'il en soit, il est évident que vers 1830, un peu avant, un peu après, l'idée d'explorer la cavité du larynx avait germé dans plusieurs têtes; la possibilité de la méthode était admise; les procédés applicables étaient seuls à trouver : c'était beaucoup, à la vérité, mais ce n'était pas tout.

Ainsi, en 1827, Senn imagine son miroir; en 1829, Babington propose son glottiscope; en 1830, Gerdy énonce l'idée d'observer avec un miroir les mouvements du pharynx; en 1832, Bennati dit avoir vu la glotte avec l'instrument de Selligue. Nous ignorons à la vérité la date de l'invention de ce dernier, mais il est probable, quoi qu'on en ait dit, que, parfois à son aide, on pouvait voir les parties profondes.

Trousseau et Belloc avaient été inspirés par les essais de Selligue ; Baumès l'avait été sans doute par la lecture du mémoire sur la phthisie laryngée. Avec des antécédents comme ceux que je viens de citer, je reste surpris qu'on ait accordé autant d'importance au passage si souvent invoqué de Liston, et qui se compose de quatre ou cinq lignes peu explicites.

Les travaux de Warden sont bien plus concluants. Ce praticien avait conçu l'idée d'éclairer diverses cavités : l'oreille externe, le vagin et enfin le larynx. Il y était parvenu à l'aide d'appareils que je ne crois pas devoir décrire, mais je ne résiste pas au désir de rapporter avec détail ce qui a trait à l'examen de la glotte.

Obs. — Madame J..., traitée pour une inflammation chronique du pharynx datant d'une année, et qui s'est récemment étendue du côté de la glotte. Déglutition difficile, accès de toux suffocante, hypertrophie velvétique et injection cramoisie de la muqueuse de l'arrière-gorge et du pharynx. La douleur n'est pas en rapport avec la vascularisation. Accès de toux accompagnés de dyspnée et d'étranglement et terminés par l'expulsion d'un mucus filant très tenace. La malade fut placée en face de moi sur une chaise, à côté d'une table sur laquelle était posée une forte lampe d'Argand munie d'un prisme qui projettait une forte lumière dans l'arrière-gorge et le pharynx. Après l'examen préliminaire, l'irritabilité des parties étant calmée par l'attouchement avec les doigts, ni obstacle, ni inconvénient ne furent provoqués par l'envie de vomir. Le dilatateur de l'arrière-gorge déprime la langue et agrandit l'isthme du gosier. Le porte-prisme et le prisme chauffé qui y est attaché furent conduits le long du dilatateur jusque dans le pharynx, et tout fut disposé pour l'observation. L'épiglotte, aperçue aussitôt, avait triplé d'épaisseur ; sa muqueuse était aussi vivement injectée que les parties voisines. C'était seulement dans les efforts de la déglutition que l'on apercevait les cartilages aryténoïdes et la glotte, offrant du reste le même épaississement et montrant les images sur la face réfléchissante du prisme.

L'observation fut par intervalles reprise et suspendue par l'obscurcissement momentané du prisme durant l'opération, jusqu'à ce qu'on fût resté convaincu qu'il n'y avait ni excroissances polypeuses, ni ulcérations nécessitant les applications chirurgicales directes, mais seulement un état morbide justiciable d'un traitement ordinaire par les sangsues et les antiphlogistiques.

Dans un autre cas, l'aspect des parties était tellement semblable qu'il n'y a pas lieu d'en donner le détail, mon but étant principalement de communiquer un spécimen de la méthode employée dans ce genre d'observation. La conclusion à tirer de ces deux cas est que l'instrument, qui remplit l'office d'une lanterne, n'a pas d'autre champ que l'entrée du pharynx et l'orifice de la glotte ; que celle-ci ne peut être vue, par conséquent, que lorsqu'elle est élevée par l'action des muscles de la déglutition. D'où résulte que, and la réflexion à l'aide d'un prisme ou d'un miroir placés dans le pharynx, nous ne pouvons pas examiner ou traiter une maladie située au-dessous du pharynx. Si nous voulions pousser l'observation plus loin, il faudrait porter un tube droit par la bouche jusque dans la gorge.

Jusqu'à plus amples renseignements, nous terminons ici

---

lit du malade, où il arrivera sans doute avec quelque idée préconçue, mais non sans avoir déjà recueilli bien des renseignements dont il fera son profit. A ces idées superstitieuses, qui entravaient si souvent le jugement du médecin indou, il faut en joindre d'autres, en corrélation avec ses opinions religieuses, d'après lesquelles il croyait l'air peuplé de myriades d'esprits malfaisants et de diablotins de toute espèce. Mais avons-nous bien le droit de sourire au récit de toutes ces faiblesses d'esprit, et ne devons-nous pas craindre que l'histoire, nous montrant les sombres journées du moyen âge, ne nous dise avec le poëte : « *De te fabula narratur ?* »

Arrivé près de son malade, le praticien s'empressera de l'examiner. Comment s'y prendra-t-il ? « Le médecin, dit » Suçruta, placé près du patient, l'étudie des yeux, le palpe » de la main et l'interroge. Ces trois moyens suffisent presque » toujours pour poser le diagnostic; c'est du moins l'opinion » du grand nombre. On ferait mieux de dire qu'il y a six » moyens d'arriver à la connaissance de la maladie : les cinq » sens et l'interrogation.

» Par le toucher, dans les cas de fièvres, de tumeurs, etc., » on étudie la température des parties, leur degré de fermeté, » leurs dimensions, etc.

» Par la vue, on reconnaît l'augmentation ou la diminution » de volume du corps, les traces de l'âge, les modifications du » teint, etc.

» Par le goût, on reconnaît la saveur de l'*urine* et des autres sécrétions.

» Par l'odorat, on perçoit les odeurs provenant soit des » plaies, soit des maladies elles-mêmes, ce qui aide souvent à » établir le pronostic.

» Par l'interrogation du malade, enfin, on s'édifie sur les » questions de pays, de temps, d'origine, d'étiologie; on se » renseigne sur le degré de douleur, l'état des forces, la diges- » tion bonne ou mauvaise, l'émission ou la suspension des » vents, des matières fécales, des menstrues, les différences

cette notice historique. Nous nous étonnons cependant qu'entre les noms de Garcia et de Czermak M. Windsor n'ait pas inscrit celui de M. Türck, médecin en chef de l'hôpital général de Vienne, qui a des droits incontestables à la renaissance et à la vulgarisation de la laryngoscopie.

A. Verneuil.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine pratique.

Des fièvres endémiques a Saint-Pierre-Martinique, par le docteur Saint-Vel.

Les fièvres règnent endémiquement toute l'année à Saint-Pierre-Martinique. Souvent elles prennent le caractère épidémique en augmentant de gravité. Les deux épidémies les plus meurtrières que j'aie observées, sévirent sur la population créole et épargnèrent les Européens établis en grand nombre dans la ville. L'une se montra de juillet à novembre 1859, n'atteignit qu'un petit nombre d'adultes et frappa sur l'enfance qui paye ordinairement le plus lourd tribut. L'autre, moins répandue, coexista dans les derniers mois de 1861 avec deux épidémies de variole et de diphthérite, et fut surtout remarquable par la fréquence des accès pernicieux. Je fais précéder l'étude de ces fièvres de trois observations qui en montrent les caractères et toute la gravité ; l'une d'elles est le cas le plus rapide de fièvre pernicieuse à forme congestive que j'aie rencontré chez l'adulte.

Obs. I. — 1859, 3 août. Aline G..., âgée de neuf ans, après un peu de malaise et de céphalalgie est prise de fièvre vers le soir. Chaleur frontale, peau sèche et brûlante, pouls développé, 134 pulsations. Tilleul sucré, pédiluve.

Le 4 au matin, mêmes symptômes, lèvres très rouges, injection fine des sclérotiques, urines rares et foncées. Deux verres de limonade au citrate de magnésie additionnée de 2 grammes de sulfate de quinine, ne sont gardés qu'en partie et procurent trois selles. Dans la journée, transpiration abondante, pouls à 115. 1 gramme de sulfate de quinine est immédiatement donné, mais la moitié est rejetée.

Le 5, mêmes symptômes, mais l'injection oculaire est plus marquée et le pouls est à 140. L'indocilité de la malade force à renoncer à l'administration de la quinine par la bouche. 500 grammes de décoction concentrée de quinquina, additionnée de 3 grammes de sulfate de quinine, sont prescrits pour quatre lavements. Ceux-ci sont gardés et donnent deux garderobes. La peau devient moins brûlante par moments, le pouls oscille entre 120 et 140. Dans l'après-midi, la malade a deux vomissements de mucosités et de bile, et à onze heures un vomissement grisâtre strié de noir. Toute la nuit les vomissements noirs continuent.

Le 6, consultation avec M. le docteur Martineau. L'état est le même, le visage est plus rouge, les yeux plus injectés, le pouls à 140 ; l'intelligence est intacte. Continuation toutes les trois heures d'un lavement de quinquina, ingestion de fragments de glace, compresses glacées sur le front et sur l'épigastre, application de dix sangsues aux apophyses mastoïdes ; suppression des urines depuis la nuit. Quoique l'enfant ne boive plus, les vomissements noirs viennent à flots. Il y en a eu de trente à quarante dans la journée ; les derniers sont formés de sang pur. A quatre heures, le pouls faiblit, devient mou, petit, dépressible, mais donne le même nombre de pulsations. La respiration se précipite, l'anxiété est extrême, les extrémités se refroidissent, s'œdématient et deviennent bleuâtres. Trois violentes convulsions se succèdent rapidement et la mort survient vers six heures.

Obs. II. — 1859, 10 août. Marie de V..., âgée de cinq ans, née à San-Francisco (Californie), ayant quatre mois de séjour dans la colonie, est prise de fièvre dans la nuit. Céphalalgie, visage coloré, injection des yeux, peau sèche et brûlante, pouls à 140. De huit à neuf heures du matin, 1 gramme de sulfate de quinine est donné en deux doses. Le pouls tombe à 120 et la chaleur diminue par moments. Des lavements de décoction concentrée de quinquina, additionnée de 2 grammes de sulfate de quinine, sont prescrits pour la journée. A deux heures survient une épistaxis suivie de trois vomissements une heure plus tard. Deux de ces vomissements ressemblent à de la gelée de groseille mal prise ; le troisième est formé de mucosités brunâtres. Application de quatre sangsues à l'épigastre, eau de Seltz glacée pour boisson. Dans la soirée, suppression des urines, peau fraîche, visage congestionné, respiration naturelle, pouls à 140. Vers dix heures, l'enfant, prise de délire, parle et chante incessamment. Quelques mouvements convulsifs agitent les avant-bras.

Le 11, à trois heures du matin, je trouve la peau sèche et brûlante, les mouvements convulsifs plus marqués, le pouls à 160 et l'injection des yeux plus prononcée. Huit sangsues aux apophyses mastoïdes. Continuation des lavements de quinquina et de quinine. M. le docteur Martineau, appelé en consultation, essaye les affusions froides. L'enfant réclame vivement ces affusions qui sont renouvelées à neuf heures, à onze heures et à deux heures. Chaque fois, sous leur influence, la chaleur de la peau disparaît et le pouls tombe de 170 à 130, mais la sédation ne dure qu'une demi-heure. A quatre heures surviennent deux vomissements noirâtres, plus tard il n'y a plus que des nausées, le délire augmente, la langue devient sèche, tout le corps est agité de mouvements convulsifs ; sans être violentes, les convulsions deviennent incessantes, les extrémités se refroidissent, le pouls disparaît et la mort arrive à dix heures du soir.

Obs. III. — 1861, 1er novembre. M. A. de M..., âgé de trente ans, d'une robuste constitution, revenu à Saint-Pierre depuis dix jours d'une localité marécageuse de la colonie, est pris dans la nuit d'un léger accès de fièvre. C'est le seul qu'il accuse ; depuis quelques jours il avait un peu de diarrhée, mais la veille au soir il se livrait à ses occupations ordinaires. Sur l'avis de son médecin, il prend dans la matinée 1 gramme de sulfate de quinine. A trois heures il reconduit des amis jusqu'au seuil de sa maison en leur disant que le plaisir qu'il éprouve à fumer est l'indice qu'il n'a plus rien. Un voisin entrant dans sa chambre vers six heures ne peut le réveiller. Je le vis vers neuf heures. Le visage était vultueux et couvert de sueur, la pupille un peu dilatée, la sensibilité abolie, la peau chaude, le pouls augmentait de fréquence en se déprimant, à 130 à neuf heures, à 180 à onze ; le râle trachéal s'entendait de fort loin. En vain avait-il été fait des applications de sangsues et de vésicatoires. Le malade, après avoir rendu de la matière noire par la bouche, mourut à trois heures de la nuit.

L'étiologie des fièvres endémiques à Saint-Pierre est extrê-

» successives survenues dans l'évolution du mal. » (Suçruta, *op. cit.*, liv. I, chap. 10 ; Hessler, t. I, p. 19.)

Son examen terminé, avant de passer aux prescriptions, le médecin s'attachait à compléter et à poser définitivement son pronostic, et nous allons voir pourquoi.

D'après une recommandation formelle de l'*Ayurvéda*, le médecin, dans l'Inde, ne devait jamais entreprendre le traitement d'une maladie incurable sans s'exposer, dit la doctrine, « à perdre sa réputation et sa fortune, et à voir ses amis s'éloi» gner de lui. » Quand quelque malade considérable ne guérissait pas ou mourait pendant le traitement, il y avait toujours là, pour celui qui l'avait soigné, une source de déboires, ses ennemis faisant ressortir qu'il n'avait pas su reconnaître à l'avance que le mal était incurable, puisqu'il avait essayé d'amener la guérison. Ainsi, le souci de sa propre considération, voilà ce qui, dans ce cas, devait toujours le rendre fort circonspect. Pour la même raison, quand, après un traitement long, après une année par exemple, il ne remarquait pas d'amélioration dans l'état du malade, il devait l'abandonner.

S'il faut en croire Platon, Esculape, dans sa pratique, agissait de même. Socrate (*Répub.*, liv. III), répondant à Glaucon, dit en parlant du prince des médecins : « A l'égard des sujets » radicalement malsains, il n'a pas voulu se charger de pro» longer leur vie et leurs souffrances par des injections et des » éjections ménagées à propos, et les mettre dans le cas de » produire d'autres êtres destinés probablement à leur ressem» bler. Il a pensé qu'il ne faut pas traiter ceux qui ne peuvent » remplir la carrière marquée par la nature, parce que cela » n'est avantageux ni à eux-mêmes, ni à l'État. » (Trad. Cousin, p. 168.)

Il s'agit ici, comme on le voit, des malades atteints d'affections chroniques, et dont la constitution est détériorée irrémédiablement. Ceux-là, notre médecin indou les abandonnait aussi. Suçruta cite même pour exemple les malheureux atteints d'ulcères anciens. Mais si Socrate (ou Platon, qui parle en son

mement obscure. Si plusieurs localités de la Martinique offrent des terres noyées, des étangs, des eaux stagnantes et des marais mixtes, si, en conséquence, les diverses formes de la malaria, depuis l'accès intermittent et pernicieux jusqu'à la cachexie, avec hypertrophie de la rate et du foie, y décèlent l'influence paludéenne, ces conditions ne se rencontrent pas à Saint-Pierre, et le sol de la campagne environnante ne présente nulle part la constitution palustre. Les fièvres existent aussi dans des localités avoisinantes arrosées par des torrents, et dont l'aération et l'altitude semblent nier l'influence des effluves marécageux.

L'insolation est une cause déterminante puissante, incontestable, tant son effet est parfois rapide. Combien n'avons-nous pas vu d'enfants, d'adultes, créoles et européens, présenter, après une journée ou même après quelques heures d'insolation, les symptômes d'une fièvre légère ou grave? L'intensité d'action morbide de la chaleur solaire est en raison inverse de la coloration du derme et de l'habitude du sujet. Faible chez le nègre et le mulâtre, plus marquée chez le blanc, elle est surtout sensible pour l'Européen et pour l'enfant; à ces deux derniers il manque une même condition de résistance : l'accoutumance.

La suppression brusque de la transpiration est une cause de fièvre et de fièvre très grave. Tandis que dans les pays tempérés l'impression morbide du froid se traduit par des phlegmasies des organes thoraciques, dans les pays chauds elle retentit plutôt sur les organes abdominaux et détermine une affection fébrile accompagnée d'un état saburral prononcé. Cette fièvre s'observe après l'ingestion d'une grande quantité d'un liquide froid lorsque le corps est tout en sueur, après une nuit passée sur le sol dans un endroit découvert, dans toutes les conditions qui suspendent cette importante fonction de la peau; elle est surtout fréquente chez le nègre.

Quel que soit le type de la fièvre, l'accès est ordinairement précédé de malaise, d'abattement et de céphalalgie. Il est rarement complet et régulier; le plus souvent, le premier stade manque ou n'est indiqué que par quelques horripilations. Le stade de chaleur est toujours très marqué et les symptômes les plus graves peuvent se montrer pendant sa durée, qui varie entre quelques heures et douze, vingt-quatre, trente-six heures même. Moins prononcé que le second stade, le stade de sueur n'est pas toujours suivi de l'amendement de tous les symptômes. Ce n'est que dans la fièvre intermittente manifestement paludéenne que j'ai observé des sueurs très abondantes; ce n'est que chez des malades revenus des localités marécageuses de la colonie, qu'on rencontre les stades de froid, de chaleur et de sueur avec des caractères bien accusés. Dans la fièvre intermittente contractée à Saint-Pierre, le cachet n'a plus la même netteté.

Si le type distingue les espèces de fièvres entre elles, elles sont unies par un lien pathologique constitué par des troubles communs, organiques et fonctionnels. Les symptômes généraux ne sont pas modifiés par l'âge, et dans les cas graves offrent le tableau suivant.

Au début, sécheresse et élévation de température de la peau, courbature, céphalalgie, injection des yeux, élévation du pouls qui est large et plein, rarement petit et concentré, et qui donne de 120 à 160 pulsations. Langue rouge ou légèrement saburrale, constipation plus ordinaire que la diarrhée, urines colorées et tendant à devenir rares. L'injection oculaire se prononce de plus en plus, le visage d'abord vultueux prend souvent une teinte jaunâtre qui s'aperçoit aussi sur les sclérotiques. Le pouls, toujours élevé, reste régulier ou présente des intermittences; la percussion ne révèle ni douleur ni augmentation de la rate et du foie; suppression complète des urines. Nausées précédant quelques vomissements de mucosités ou de bile. Ces vomissements contiennent bientôt des stries noires, deviennent grisâtres, brunâtres, tout à fait noirs, très fréquents (il y en a 30, 40 dans les vingt-quatre heures) et alternent avec des vomissements de sang vif. Délire fugace, rarement violent; intelligence le plus ordinairement saine jusqu'à la fin; soubresauts des tendons, refroidissement des extrémités, convulsions générales. L'adulte meurt plutôt après un vomissement noir; l'enfant, après une convulsion. La fièvre a offert des intermittences ou des rémissions, souvent elle a été continue. Dans des cas moins graves les symptômes sont moins prononcés, quelques-uns sont à peine indiqués, d'autres font défaut. Le vomissement noir n'a pas toujours lieu, même dans des fièvres qui se terminent par la mort après un nombre variable de jours. Il ne s'observe presque jamais dans les fièvres que complique l'état saburral. Les vomissements sont plutôt muqueux, bilieux; ils sont fréquents et s'accompagnent de diarrhée; l'enduit de la langue est épais et grisâtre, l'haleine fétide, la courbature extrême, la céphalalgie atroce, l'œil injecté, le visage et la sclérotique d'une teinte jaunâtre, la région du foie indolore et les urines rares, déjà avant leur suppression, ne décèlent aux réactifs, malgré leur couleur foncée, aucune trace de bile.

Des symptômes nouveaux plus rapides interviennent quand l'élément pernicieux vient aggraver ces fièvres. La pernicieuse congestive ou comateuse et la pernicieuse algide sont les deux espèces le plus souvent observées. Chaque année en compte quelques cas à Saint-Pierre, et leur fréquence augmente quand la fièvre revêt le caractère épidémique.

Dans la forme comateuse, les troubles de la motilité, de la sensibilité, de l'intelligence, de la respiration et de la circulation sont si rapides et si profonds, que l'accès simule une attaque d'apoplexie. Il frappe brusquement le malade, mais toujours après un ou plusieurs accès souvent très légers. Il y a du même coup abolition de l'intelligence, des sens et du mou-

---

nom) dit vrai, le mobile qui faisait ainsi raisonner Esculape est tout autre que celui qui décidait le praticien de l'Inde; c'est un mobile complétement étranger à la science et à la personne du médecin, ce que Glaucon exprime très bien en répondant à Socrate : « Tu fais d'Esculape un politique. » M. Renouard, qui, dans son Histoire de la médecine (t. I, p. 67) a cité ce passage, le fait suivre de cette sage réflexion que le médecin ne doit pas s'ériger en juge de son malade, et qu'il doit se contenter d'en être la providence. Pour nous, qu'il nous suffise d'opposer à Platon ces belles paroles des *vers dorés*, paroles que nous avons déjà citées dans notre premier travail : « Si tu peux faire le bien, tu le dois. »

Revenons à notre malade. L'homme de l'art juge-t-il sa situation désespérée, suppose-t-il seulement que le traitement doit traîner en longueur, il se retire immédiatement. On trouve dans Suçruta (liv. I, chap. 28, t. I, p. 102; Hessler, t. I, p. 70) une longue tirade en vers résumant tous les symptômes, dont un seul devait décider le médecin à ne pas entreprendre de traitement; il résulte de ce chapitre qu'un très grand nombre de malheureux devaient être privés de soins.

Si, au contraire, la guérison paraissait possible, le traitement était institué. Cependant le médecin, qui, dès le premier jour, n'avait pas parfaitement reconnu la nature de l'affection, devait bien se garder d'administrer à l'aventure aucun médicament : « Un tel médecin, disent les Shastras, c'est l'ange de Yama, dieu de la mort. » Les visites étaient journalières dans les maladies graves.

Tous les clients du médecin indou n'avaient pas droit, d'ailleurs, aux mêmes attentions de sa part. En dehors des malades jugés incurables ou dont la guérison était trop douteuse, et que pour ce seul motif il abandonnait dès l'abord, il y avait toute une série de personnes auxquelles il devait énergiquement refuser ses soins. C'étaient d'abord tous ceux qui, par métier, versaient sans scrupule le sang des animaux, comme les chasseurs, ceux qui tendaient des piéges aux oiseaux, etc. L'horreur du sang, inhérente aux idées relatives

vement; parfois l'excitation motrice reparaît; il y a du strabisme et du trismus, des convulsions des membres et du tronc. Les urines et les matières fécales sont quelquefois rendues involontairement; le pouls est fréquent, régulier, plein et dur; plus tard, il se déprime en conservant sa fréquence; la peau est chaude et moite, le visage vultueux et couvert de sueur; les yeux dont la pupille est contractée ou dilatée sont injectés, la respiration est pénible et stertoreuse. Les sueurs deviennent froides et collantes, et la mort est la terminaison presque constante. Un seul accès est la règle, et sa durée, qui d'ordinaire est de dix heures, peut n'en pas dépasser trois ou quatre.

L'invasion de la pernicieuse algide n'est pas brusque, et souvent le malade n'en a pas conscience. Un ou plusieurs accès l'ont toujours précédée. Le froid commence par les extrémités et gagne rapidement les membres et le tronc; bientôt l'abdomen seul conserve de la chaleur, les autres parties du corps, couvertes d'une sueur froide, rappellent l'impression glacée que cause le contact d'un cadavre. Le visage pâlit, les yeux se cernent et s'excavent, les lèvres bleuissent, les traits n'expriment ni inquiétude, ni souffrance, la langue, ordinairement saburrale, est humide et froide, l'air expiré est refroidi et la respiration, calme et lente au début, ne devient pénible qu'à la fin. Le pouls se ralentit, se déprime, disparaît même à la radiale, et les battements du cœur finissent aussi par être difficilement perçus. Les urines sont supprimées dès le début de l'accès. L'intelligence reste intacte, et à la tranquillité d'esprit des premiers moments, succède presque toujours un état de pénible anxiété avec pressentiment d'une fin prochaine. L'accès algide, composé d'un seul stade, peut durer dix et vingt heures, davantage même; il se termine par la mort ou par une réaction graduelle qui relève le pouls, ramène la chaleur et fait succéder une transpiration tiède aux sueurs collantes et glacées. Dans quelques cas, la réaction rappelle par sa violence celle du choléra. Il n'est pas rare de voir succéder à l'accès pernicieux un ou plusieurs accès où l'algidité tend à reparaître.

A la fièvre algide appartient la pernicieuse cholérique qui ne s'observe que très rarement. Aux symptômes précédents s'ajoutent des crampes et des vomissements, et des déjections d'une sérosité louche; il n'y a qu'un accès qui simule parfaitement une attaque de choléra.

La pernicieuse dysentérique, ordinairement composée de plusieurs accès, est moins rare que la précédente, et, comme elle, n'est qu'une forme de la fièvre algide. Le malade est pris de frisson, de violentes coliques bientôt suivies de ténesme et de selles abondantes et répétées; celles-ci ressemblent à de la lavure de chair et sont formées par un liquide sanguinolent qui peut être remplacé par du sang pur. Le pouls est petit et fréquent, les extrémités se refroidissent, le corps se couvre d'une sueur glacée, les traits se tirent, la physionomie s'altère, les forces sont anéanties et l'intelligence est intacte; ordinairement les selles diminuent et s'arrêtent, le pouls se relève et des sueurs chaudes et critiques remplacent l'algidité. Quand la terminaison est funeste, la mort ne survient qu'après un second ou même un troisième accès.

Si l'on étudie attentivement la marche des fièvres contractées à Saint-Pierre, on reconnaît que l'intermittence en constitue le caractère essentiel. Il est des épidémies où, à côté d'accès intermittents, s'observent des fièvres rémittentes et continues, mais en remontant au début des accidents, il est toujours possible de rapporter à l'intermittence la rémittence et la continuité qui ne viennent que plus tard, qui ne sont que des modifications du type primitif. Il faut voir avec quelle promptitude des accès subintrants transforment les accès quotidiens en fièvre pseudo-continue. Souvent la fièvre rémittente est précédée plusieurs jours de suite d'accès si légers, que le malade ne s'en préoccupe pas. La longue durée des accès, dans les cas graves, favorise la modification du type et bien rarement permet de constater les types double et doublé. Le type quotidien est le plus fréquemment observé à Saint-Pierre; le type tierce ne se rencontre que par exception; il est au contraire assez fréquent dans les localités marécageuses de l'île. Les personnes qui, après y avoir séjourné un certain temps, viennent à Saint-Pierre, offrent aussi des fièvres quarte, quintane, sextane, septimane, octane, des accès reparaissant tous les mois à un jour fixe. C'est chez elles seulement que se montre la cachexie palustre avec hypertrophie de la rate et du foie, et que le nombre des récidives ne se compte plus; il n'en est plus de même à Saint-Pierre: les récidives de la fièvre sont beaucoup plus éloignées et beaucoup moins fréquentes; les enfants y sont plus prédisposés que les adultes. Quelques-uns de ces derniers ont une aptitude particulière à contracter les formes les plus graves de la maladie; certaines familles ont également cette fâcheuse prédisposition. L'immunité que la fièvre jaune crée pour l'avenir, quand son atteinte a été grave, n'existe pas pour ces fièvres de Saint-Pierre. Le malade le plus sérieusement frappé n'est pas à l'abri des récidives légères ou graves. Entre autres exemples, je me rappelle un enfant qui, après avoir eu en 1859 des vomissements noirs et des convulsions, mourut en 1861 après deux jours de fièvre avec les mêmes accidents.

Le pronostic de ces fièvres commande la plus grande réserve, en temps d'épidémie surtout. Il est impossible de conclure de la bénignité apparente de la maladie à son heureuse terminaison. N'y a-t-il pas chaque année un certain nombre d'adultes et d'enfants qui, après un ou plusieurs accès légers, insignifiants, inaperçus, sont emportés par des accès pernicieux caractérisés par les convulsions et les vomissements noirs? La gravité ne dépend nullement du type, mais de l'élément pernicieux dont la présence toujours imminente doit

---

à la métempsycose et aux incarnations successives dans le corps des êtres inférieurs à l'homme, explique cette particularité. C'étaient ensuite les criminels, ou les personnes dont la réputation morale était perdue. La conscience religieuse du prêtre étouffait ici les sentiments généreux du médecin. C'étaient enfin tous les ennemis du roi, et il est très probable qu'en ce cas sa conscience politique parlait toujours assez haut pour qu'il n'eût pas besoin d'être décidé par des ordres souverains. D'ailleurs, la position sociale des brahmanes les mettait dans une telle corrélation avec le maniement des affaires qu'il y avait nécessairement entre eux et les rois entente et solidarité complètes. De nos jours, où le médecin a un peu plus d'indépendance, on a cependant essayé d'aller plus loin encore: celui-ci, prétendait-on, devait non-seulement refuser ses soins aux ennemis du roi, mais les livrer à la justice martiale; chacun se souvient du fait auquel je fais allusion, et de la manière noble et énergique dont fut reçue une proposition aussi révoltante. Mais rentrons dans l'Inde.

Les ressources pharmacologiques que le médecin avait à sa disposition étaient extrêmement considérables; la matière médicale, qui eut même sa littérature spéciale, était d'une richesse fort grande; cela n'empêchait pas le même praticien de recourir aux invocations et aux pratiques magiques, dont il accompagnait l'administration des remèdes. Il ne faut plus chercher, avons-nous dit déjà, dans ces formules mystiques, la grâce et le sentiment poétique des beaux hymnes du Rigvéda; nous y avons remarqué fréquemment des traces d'une sorte de médecine *des signes;* elle consiste à invoquer les puissances cosmiques, célestes ou terrestres, qui ont de près ou de loin quelque relation avec la nature du mal. Voici, par exemple, un hymne destiné à conjurer les douleurs névralgiques ou rhumatismales; il est adressé au *père de la flèche, Pardjanya* (surnom d'Indra, personnification du nuage orageux), par allusion aux éclairs qu'il lance, et à cause de l'analogie entre le passage rapide de la flèche et l'*élancement douloureux:*

« Nous connaissons le père du roseau (tige de la flèche),

être constamment soupçonnée. La perniciosité se cache sous les formes multiples de la fièvre larvée : névralgies irrégulières, hématurie et hémoptysie intermittentes, accidents apoplectiques, éclamptiques, attaques d'hystérie à type tierce, masques dont la bizarrerie égale la diversité.

La fièvre qui débute par un état saburral prononcé, revêt souvent la forme algide. De toutes les pernicieuses l'algide est la plus fréquente et la moins redoutable. Bien rarement la mort survient après un seul accès, si long et si intense qu'il soit, et la médication spécifique réussit le plus souvent à enrayer les accidents. La dysentérique, plus grave que l'algide dépourvue de complication, l'est beaucoup moins que la pernicieuse cholérique. Le pronostic le plus sombre est celui de la pernicieuse comateuse. Tous les cas que j'ai vus se sont terminés par la mort.

Si maintenant des formes de la fièvre nous passons aux symptômes, nous verrons que leur valeur pronostique varie. La suppression des urines est un des plus sérieux. Elle annonce toujours un état grave de l'économie. L'apparition de ce symptôme marque le début des accidents les plus redoutables, et sa disparition coïncide avec l'amendement de tous les autres signes ; rares chez l'adulte, plus fréquentes chez l'enfant, les convulsions ne le cèdent en gravité qu'au vomissement noir ; quelquefois la fièvre débute par une convulsion partielle ou générale ; signe fâcheux qui révèle l'état pernicieux et annonce une manifestation semblable au commencement des accès suivants ; une médication énergique peut lutter contre ces accès. Les convulsions qui se déclarent vers la fin d'un accès, lorsque la fièvre a été intense et a présenté une certaine durée, ne précèdent la mort que de quelques heures ou même de quelques minutes. Le vomissement noir est plus grave chez l'adulte que chez l'enfant. Il est bien rare que la guérison arrive pour l'adulte qui a eu ce symptôme ; elle est moins accidentelle chez l'enfant. Dans l'épidémie de 1859, j'ai vu un enfant de race blanche et une petite mulâtresse, de six ans tous les deux, guérir après avoir eu pendant quarante-huit heures des vomissements de matières noires et de sang vif. La réunion très fréquente chez l'enfant des vomissements noirs et des convulsions constitue les cas les plus désespérés. Il est encore dans ces conditions des guérisons exceptionnelles.

Il existe deux symptômes insolites dont il faut tenir grand compte : c'est une douleur très vive, siégeant en un point quelconque du corps et survenant brusquement au début ou dans le cours de la fièvre. Je l'ai observée trois fois ; chez une femme de cinquante ans qui mourut d'une fièvre rémittente, elle simulait le point de côté de la pleurésie ; deux fois elle siégeait dans les muscles de la cuisse, et n'avait précédé que de quelques instants l'invasion de la fièvre. L'un des deux malades guérit ; l'autre, âgé de dix ans, mourut au bout de six jours avec des convulsions et des vomissements noirs ; cette douleur aiguë est un signe pronostique de la plus haute gravité.

L'autre symptôme aussi sérieux et encore plus rare est le vomissement bleu ; il ne survient que dans le cours de la fièvre et ne s'observe que chez l'adulte. Je ne sais à quelle altération de la bile rapporter ce symptôme qui m'a paru se montrer, dans certains cas de fièvre grave, chez des malades épuisés déjà par la diarrhée chronique, affection commune à la Martinique. On observe alors deux ou trois de ces vomissements dont la consistance est comme gélatineuse et la coloration bleu clair.

Les lésions anatomiques de ces fièvres ne sont pas proportionnées à la gravité de leurs symptômes ; elles sont souvent même d'autant moins prononcées que la terminaison est plus prompte.

Dans les cas graves qui ont duré un septénaire et plus, l'estomac présente ordinairement une injection légère qui s'étend rarement à la partie supérieure de l'intestin grêle. Si le vomissement noir s'est montré dans le cours ou vers la fin de la maladie, il en existe des traces dans le ventricule dont la muqueuse offre constamment alors un piqueté hémorrhagique ; il est sous forme de plaques irrégulières, aussi larges ou plus étendues qu'une pièce de 5 francs, occupant ordinairement la grande courbure ; la rate et le foie ne sont pas hypertrophiés et semblent ainsi que le cœur avoir perdu de leur consistance.

La substance cérébrale n'offre aucun signe de ramollissement ; parfois elle est légèrement injectée ainsi que les membranes ; dans quelques cas les ventricules sont remplis de sérosité, surtout chez les enfants qui ont eu des convulsions.

Un phénomène constant, quelles que soient la durée et les formes de ces fièvres, c'est la coloration jaune qui, au bout de trois ou quatre heures, se répand sur le cadavre tout entier. Dans les cas où cette teinte avait paru pendant la maladie, elle ne fait après la mort qu'augmenter d'intensité. Dans la pernicieuse congestive de larges plaques violettes tranchent sur le fond jaune et occupent surtout les plans déclives. L'estomac dans cette forme de fièvre n'est le siége d'aucune lésion ou bien présente un pointillé rouge et des traces de matière noire ; nulle altération de la rate et du foie ; parfois un peu de congestion seulement. Les membranes du cerveau, la pie-mère surtout, offrent une injection prononcée ; on trouve des taches ecchymotiques dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, et un piqueté rouge dans les sections de la substance cérébrale.

La fièvre algide dont les symptômes sont si différents de ceux de la pernicieuse congestive, s'en rapproche par les lésions anatomiques. Les centres nerveux sont congestionnés, leurs membranes injectées sont le siége d'infiltrations séro-sanguines qui occupent aussi les ventricules. On observe le ramollissement et la décoloration du cœur, de la rate et du foie ; rarement l'estomac renferme de la matière noire. Dans les pernicieuses cholérique et dysentérique, les injections vas-

---

» c'est Pardjanya, qui arrose si bien le sol ; nous connaissons » aussi sa mère, c'est la terre si féconde. Corde de l'arc, enlace-» toi autour de moi, rends mon corps aussi résistant que la » pierre. Dans ta puissance, écarte loin d'ici les ennemis et les » haines. Quand la corde, s'enroulant autour de l'axe, salue » joyeusement le trait qui part, viens à nous, Indra ! écarte le » trait, le trait rapide. De même qu'entre le ciel et la terre » monte, en volant, la flèche, fait que ces traits de douleurs » passent sans nous atteindre. » (Atharvavéda, liv. I, hymne 2 ; V. A. Weber, *Indische Studien*, t. IV, p. 394.) Dans l'hymne troisième, qui a pour but de débarrasser un malade d'une rétention d'urine, la flèche intervient aussi, par comparaison avec la douleur d'abord, sans aucun doute ; puis avec la manière dont on désire que le liquide s'échappe de la vessie : « Comme » le trait qui, s'échappant de l'arc, vient s'abattre ici, que ton » urine s'élance, etc. »

Nous avons vu, bien au long, ce qu'on exigeait du médecin ; quels étaient, de son côté, ses droits près de ses clients. « Quand le médecin a guéri un malade, il a droit à la récom-» pense que mérite toujours l'auteur d'une bonne œuvre. Cette » récompense doit varier avec la position sociale du client. De » la part du riche, le médecin exigera une récompense pécu-» niaire ; de la part du pauvre, il sera payé par l'affection, le » renom, le progrès dans la voie de la vertu, les prières, la » reconnaissance. Quand un Guru (pr. *Gourou*, maître), un » Brahmane, un Dandi, un parent, un humble et bon ami, ou » quelque malheureux vient consulter le médecin, il ne doit » pas accepter de récompense : sa récompense, en pareil cas, » consistera dans l'accroissement de ses connaissances et l'ac-» complissement de son désir par cette occasion de faire le » bien ; la guérison excitera l'admiration et l'estime de tous ; » le médecin sera honoré et respecté comme un maître, et » après sa mort il ira au ciel. » (Wise, *op. cit.*, p. 29.)

L'auteur ajoute que quand le malade, après avoir été guéri, donne des preuves d'ingratitude, toute sa bonne chance passe aux médecins. Ceci est nécessairement particulier à l'Inde, car

culaires de l'estomac et de l'intestin sont d'autant plus prononcées, que les évacuations ont été plus répétées.

Le traitement de ces fièvres tout spécifique doit consister dans l'administration des préparations de quinquina ; toute autre médication constitue une perte de temps et un péril ; cependant certains symptômes réclament un traitement auxiliaire. Dans une affection aussi grave et dont le caractère, même dans des cas en apparence légers, change avec tant de rapidité, l'expectation ne saurait être permise. Le sulfate de quinine préféré à cause de la sûreté et de la promptitude de son action et de la facilité de son administration, doit être donné sans aucune hésitation, même devant les doses énormes auxquelles il faut souvent recourir ; maintenir le malade sous l'influence complète du spécifique au moment présumé du retour de l'accès, et tout le temps que la présence ou l'imminence de la fièvre constitue un péril, telle est l'indication capitale qui se retrouve toujours, quels que soient le type et la forme de la fièvre.

Est-on en présence d'une intermittente dont les accès réguliers sont séparés par un nombre d'heures à peu près déterminé, il faut se rappeler que tout accès qui revient devance ordinairement l'heure de l'accès précédent, et donner le sulfate de quinine quelque temps après le déclin de la fièvre, de façon qu'il soit entièrement absorbé avant le moment présumé de son retour. Un trop long espace de temps ne doit pas s'écouler entre l'administration du médicament et l'heure où l'accès est attendu ; l'action du sulfate de quinine doit durer jusqu'à ce moment, et, s'il a été divisé en plusieurs doses, la dernière sera prise de façon à maintenir constante l'influence spécifique. Si l'on n'est pas fixé sur la durée et la régularité des intermissions, si l'on redoute des accès subintrants, on donnera le sel quinique au déclin de l'accès ; on le prescrira au milieu même de l'accès, en présence de symptômes pernicieux ou présumés tels, et l'administration en sera continuée jusqu'à ce que tout danger ait disparu. Avec une fièvre régulièrement intermittente il est possible de graduer les doses et de compter sur les effets qu'on en attend ; mais dans les cas graves, quel que soit le type, dans les rémittentes et les continues il n'en est plus ainsi, et le médecin ne trouve de motifs de sécurité que dans une large administration du spécifique et dans la durée, la permanence de son action. Les préparations de quinquina seront données par la bouche et par le rectum jusqu'à ce que l'économie en soit saturée ; le malade, s'il le faut, prendra toutes les heures ou toutes les deux heures des pilules de sulfate de quinine, et dans l'intervalle quelques cuillerées de bouillon, un peu d'eau et de vin. Comme il est essentiel que toute amélioration soit maintenue, on se gardera bien de lâcher trop tôt la main, au besoin on ne comptera plus les doses ; tenez, si c'est nécessaire, le malade sous l'influence quinique une semaine après que tout symptôme grave aura disparu, mais non plus avec la sévérité des premiers jours où tout était péril.

Aucun inconvénient sérieux ne résulte de l'administration à haute dose ou longtemps continuée du sulfate de quinine. Je n'ai jamais rencontré la fièvre de quinquina dont parle Bretonneau. La crainte de congestionner la moelle et l'encéphale s'efface devant la gravité des accidents qu'il faut combattre, et d'ailleurs le moyen le plus sûr d'arrêter les convulsions et de dissiper la congestion encéphalique, c'est le sel quinique qui s'adresse à la cause même qui les détermine. L'ivresse quinique est un phénomène passager qui ne s'observe guère que chez l'enfant dont la tolérance pour les plus fortes doses du médicament est vraiment remarquable. Dans les cas où le sulfate de quinine n'est pas gardé par l'estomac, on l'administre par le rectum en l'ajoutant à une décoction concentrée d'écorce de quinquina. Les enfants qui ont absorbé de fortes doses de ce sel ont quelquefois au début de la convalescence une dysentérie légère qui cède toujours aux moyens les plus simples. Les phénomènes nerveux qui traduisent l'action du remède sur l'économie n'ont ni gravité ni durée. La surdité n'est que passagère, et la cécité, si exceptionnellement observée chez l'enfant, disparaît au bout de quelques jours sans laisser le moindre trouble dans l'exercice de la vision.

Il arrive parfois que la fièvre ne cède pas à la médication quinique ; le malade est pour ainsi dire saturé ; aucun effet thérapeutique n'accompagne les effets physiologiques évidents du remède ; la rémission ne vient pas et la fréquence du pouls augmente. C'est là un signe pronostique bien grave quand les phénomènes fébriles marchent parallèlement aux phénomènes physiologiques de la quinine ; insister davantage sur les préparations de quinquina est inutile. M. le docteur Martineau, qui a tant contribué au succès du traitement de ces fièvres de Saint-Pierre par le sulfate de quinine à haute dose, conseille dans ces cas désespérés une médication qui lui a donné quelques beaux succès ; c'est l'emploi des affusions froides répétées toutes les deux ou trois heures ; on y soumet les enfants alors même que les convulsions sont imminentes ou déclarées ; sous leur influence la température de la peau s'abaisse et le pouls se ralentit ; dans l'intervalle, et après avoir cessé leur administration, on soutient les forces par du bouillon et quelques cuillerées d'eau et de madère. Dans les cas très rares où cette médication réussit, on voit apparaître pendant quelques jours de petits accès irréguliers ou revenant aux mêmes heures que ceux qui avaient mis l'existence en péril ; ils cèdent d'ailleurs d'eux-mêmes.

Le traitement auxiliaire de ces fièvres répond à des indications que le sulfate de quinine seul ne saurait remplir. Utile au début, quand il y a constipation, la médication évacuante en débarrassant les premières voies dans les cas de complication saburrale, aide à une absorption plus prompte et plus

---

s'il en était de même en France, le corps médical serait depuis longtemps en possession d'une bonne partie de la fortune publique.

Nous dirons, en terminant, quelques mots de la médecine vétérinaire : elle fut étudiée et pratiquée dans l'Inde de très bonne heure, et formait une science à part, qui eut son enseignement et ses livres. Nous ne connaissons aucun ouvrage imprimé ni traduit qui ait trait à cette matière ; mais les grandes bibliothèques, sinon celles de Paris, du moins celles de Londres et de Berlin, et d'autres sans doute, possèdent des manuscrits qu'un jour peut-être quelque érudit traduira. Nous nous contenterons de citer, pour exemple, un manuscrit en caractères dévanagaris (sanscrit ordinaire), contenant 68 chapitres et 1300 distiques, intitulé *Çalihotra shastra* (Çalihotra, *cheval*), par *Jayadatta*. (Catal., Lond., cod. 1853.) Nous trouvons sous le n° 2041, un manuscrit intitulé : *Turangânam chikitsitam*, littéralement *thérapeutique chevaline* (turanga, *cheval*), dont l'auteur est, dit-on, *Çalihotra*. Ce nom serait bien singulier, s'il n'était évidemment supposé. Si nous avons cité ce manuscrit, c'est qu'il y est dit que Suçruta, l'auteur de l'Ayurvida, l'élève si zélé du divin Dhanvantari, pria ce Çalihotra de lui enseigner la médecine vétérinaire. Ceci est une preuve de ce que nous avons dit ailleurs déjà, que Suçruta n'est qu'un nom générique pour indiquer l'homme studieux, avide de tout connaître. Eh ! qui sait ? il n'est peut-être pas sans analogie avec ce bon élève idéal que les professeurs de toute sorte citent sans cesse comme modèle, sans jamais l'avoir entrevu. Mais nous reviendrons sérieusement là-dessus. (Voy. Dietz, *Analècta medica*, p. 153 et 155.)

BIBLIOGRAPHIE :

Suçruta, *Op. cit.*, 1re partie ; *Sutrasthana*.

Wise, *Op. cit.*, l. I.

Analecta medica, ex libris mss. primum edidit Fridericus Reinoldus Dietz, med. et chir. doctor, etc. Lipsiæ, Cnobloch, 1833, fasciculus primus, *seul publié*.

A. Weber, *Indische Studien*, t. IV. Berlin, 1856.

Wilson, *Transac. Phys. and Med. of the Society of Calcutta*, t. I, et *Oriental Magazine*, mars 1823.

Agréez, etc.

Dr G. LIÉTARD,
Membre de la Société asiatique, médecin aux eaux de Plombières.

complète du sel fébrifuge; il faut y insister quand l'état saburral est très prononcé. Si quelque accès sérieux est à craindre, on peut associer le fébrifuge au purgatif; 1 ou 2 grammes de sulfate de quinine associés à de la limonade purgative, réussissent souvent mieux que le fébrifuge tout seul à faire tomber de violents accès. L'association du sulfate de quinine au calomel, à la dose de 2 ou 3 grammes pour chaque substance, est éminemment utile dans les fièvres rémittentes et continues avec symptômes de congestion encéphalique; les contre-indications des purgatifs sont rares. Intempestivement donné à la fin d'une fièvre un purgatif peut en faire reparaître les accès, mais pendant son cours il sert à combattre des symptômes qui n'ont pas cédé malgré le traitement spécifique. A toutes les périodes de ces fièvres le vomitif m'a toujours paru plus nuisible qu'utile; après son administration l'accès revient ordinairement avec plus d'intensité, et dans les pernicieuses il doit être sévèrement proscrit à cause de son influence dépressive qui vient aggraver la disposition du malade à la syncope, aux sueurs froides et à l'algidité.

Dans aucune des formes de ces fièvres, si intenses que soient les symptômes de congestion, si positives que paraissent les indications, il faut bien se garder de recourir à la saignée générale. La dépression des forces causée par la maladie est rapidement aggravée par son emploi qui, presque toujours, entraîne une terminaison funeste. Ces congestions locales intenses, dans les rémittentes et les continues, créent un danger prochain pour la vie et réclament une active intervention. Le sulfate de quinine est le plus puissant moyen à leur opposer, mais il a besoin d'être aidé par les saignées locales, qui n'ont aucun des inconvénients de la saignée générale; aussi les applications de sangsues aux apophyses mastoïdes seront-elles au besoin employées concurremment avec le traitement spécifique; les vésicatoires aux membres inférieurs sont destinés à remplir les mêmes indications et à lutter contre l'algidité; contre les vomissements on emploie la glace à l'intérieur, l'eau de Seltz, la potion de Rivière, le vésicatoire morphiné à l'épigastre. Contre le vomissement noir, j'ai vu échouer ces moyens ainsi que l'acide gallique, le perchlorure de fer et d'autres astringents.

Dans les pernicieuses algides, en même temps qu'on administre le sulfate de quinine à haute dose, on cherche à ramener la chaleur par des boissons diaphorétiques, par des sinapismes et des frictions irritantes. Un des meilleurs moyens que j'aie vu employer, c'est de la poudre de quinquina délayée dans de la teinture d'Uxham ou dans de l'eau-de-vie dont on fait des frictions vigoureuses et répétées sur tout le corps; elles réussissent bien à arrêter les sueurs profuses et glacées; les préparations opiacées, les lavements laudanisés surtout, aident l'action spécifique de la quinine dans les pernicieuses cholérique et dysentérique. Si la fièvre pernicieuse prend quelquefois à la Martinique la forme dysentérique, bien plus souvent la dysentérie se complique d'une fièvre qui n'est pas symptomatique, qui n'est qu'un élément surajouté à la maladie principale qu'elle aggrave et rend mortelle dans un temps prochain; c'est là un point de pratique de la plus grande importance. Toute médication dirigée contre la dysentérie échouera, tant qu'on ne l'aura pas rendue à sa simplicité primitive, en dégageant par de très fortes doses de sulfate de quinine l'élément morbide étranger.

Les préparations de quinquina ont fait cesser tous les symptômes menaçants; mais dans quelques cas, chez les enfants surtout, il reste aux mains, au cou, au front, de la chaleur qui augmente par moments; une céphalalgie plus ou moins vive persiste, et des accès irréguliers empêchent la convalescence de s'établir. Il faut renoncer au quinquina et prescrire le séjour de la campagne, dans des localités dont l'altitude assure une large et vive aération; l'air frais et pur des montagnes enlève souvent la fièvre en quelques jours; ce changement d'air ne réussit pas seulement dans la convalescence des fièvres dont les manifestations irrégulières persistent après un traitement bien dirigé; il suffit quelquefois pour couper des accès opiniâtres chez des malades qui vivent pour ainsi dire avec la fièvre qu'ils ont contractée dans les localités marécageuses de la colonie.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 MARS 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

STATISTIQUE. — *Sur la mortalité dans les hôpitaux de l'île de Cuba*, note de M. *Ramon de la Sagra*. — De 1855 à 1859, le nombre total d'entrées dans les hôpitaux monte à 748 320, dont 189 992 dans les hôpitaux militaires : le nombre total des décès, 54 272, dont 9222 dans ces mêmes hôpitaux. Le total des malades par la fièvre jaune, a été de 53 673, et celui des morts de 13 750. Les chiffres respectifs pour les militaires ont été de 16 486, et 4409 pendant ladite période. Les rapports des décès aux malades, en général, entrés dans les hôpitaux militaires, n'a pas dépassé 6,7 pour 100; dans les hôpitaux civils, 10 pour 100. Les rapports pour la fièvre jaune seulement ont été au maximum de 32,4 pour 100 chez les premiers, et de 28,8 pour 100 chez les seconds. Les rapports pour les maladies ordinaires en dehors de la fièvre jaune n'ont pas dépassé 3,2 pour 100 dans les hôpitaux militaires, et 8 pour 100 dans les hôpitaux civils.

Voici maintenant les moyennes des cinq années : *Hôpitaux militaires*. Toutes maladies, moins la fièvre jaune, 2,7 pour 100; fièvre jaune, 26,7 pour 100. — *Hôpitaux civils*. Maladies ordinaires, 6,8 pour 100; fièvre jaune, 25,1 pour 100.

Généralement parlant, les mortalités par toute espèce de maladies ainsi que par la fièvre jaune sont plus nombreuses pendant les mois chauds de l'année que dans les mois tempérés; mais les rapports entre les décès et les malades n'offrent pas la même loi. Pour les maladies ordinaires, parmi l'armée et la marine, ce sont les mois d'août, septembre, octobre et novembre qui donnent les rapports plus élevés entre 4,1 et 3,1 pour 100; mais, pour la fièvre jaune, les maxima de mortalité relative, 44, 36, 35 pour 100, se trouvent, au contraire, dans les mois les moins chauds de l'année, savoir : décembre, novembre, janvier. La même chose a été observée dans les hôpitaux civils, quant à la fièvre jaune. Les maladies ordinaires n'offrent pas une série progressive dans les rapports des décès aux malades.

Quoique la fièvre jaune fasse de grands ravages dans l'île de Cuba, puisqu'elle donne 474 décès sur 1000, dans les hôpitaux militaires, d'autres maladies sont plus fréquentes dans le cours de l'année. Dans chaque 1000, 26 seulement sont de la fièvre jaune, 328 de fièvres diverses, 89 de syphilis, etc. Les chiffres des rapports des décès aux malades donnent, pour les six années, de 1854 à 1859, 26,2 pour 100 pour la fièvre jaune, 41,8 pour 100 pour la phthisie pulmonaire, 11,4 pour la petite vérole, etc.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *Recherches expérimentales sur la distinction de la sensibilité et de l'excitabilité dans les différentes parties du système nerveux d'un insecte, le* Dytiscus marginalis, par M. *E. Faivre*. — L'auteur conclut de ses expériences que la sensibilité et l'excitabilité sont distinctes dans les centres nerveux des Dytisques, comme elles sont distinctes dans la moelle épinière des animaux supérieurs; on peut les isoler en produisant, soit une paralysie du mouvement, soit une paralysie de la sensibilité.

Ces expériences indiquent, au point de vue des propriétés, de profondes analogies entre la chaîne ganglionnaire des invertébrés et la moelle des animaux supérieurs; elles vérifient et confirment les inductions basées sur l'anatomie et l'histologie.

La distinction établie par Ch. Bell, entre la sensibilité et l'excitabilité, apparaît comme un des traits les plus généraux, les plus constants du plan physiologique d'après lequel le système nerveux semble constitué. (*Comm.* : MM. Milne Edwards, Cl. Bernard, de Quatrefages.)

ANTHROPOLOGIE. — *Mémoire sur la question des alliances consanguines*, par M. *Bonnafont*. — L'auteur, en terminant son mémoire, l'a résumé dans les termes suivants, qui font suffisamment connaître le point de vue auquel il s'est placé :

1° Les mariages consanguins ont été considérés de tout temps et par tous les peuples comme nuisibles au perfectionnement des races; 2° leur prohibition a été de tout temps proclamée par les lois civiles et celles de la religion; 3° les unions consanguines agissant très probablement autant sur les autres appareils que sur celui de l'audition, les relevés de la surdi-mutité ne peuvent donner que des renseignements curieux sur un des côtés de la question, mais ne sauraient constituer un argument sérieux en faveur d'une solution depuis longtemps reconnue et proclamée; 4° les documents qui existent sont suffisants pour prouver les mauvais effets des mariages consanguins, et pour faire sentir toutes les nécessités des mesures prises ou à prendre à l'égard de ces sortes d'unions. (*Comm.* : MM. Andral, Rayer, Bienaymé.)

MÉDECINE. — M. *Trideau* donne quelques détails sur la manière d'administrer, dans la diphthérite, le copahu et le styrax. Dans une précédente communication sur le même sujet (9 février 1863), son nom, par suite d'une signature peu lisible, avait été écrit *Tridan*. (*Comm.* : MM. Andral, Cl. Bernard.)

— M. *Saurel* adresse une addition à sa note *sur la quantité d'air nécessaire à la respiration durant le sommeil*. (*Comm.* : MM. Payen, Longet.)

— M. *Potier* soumet au jugement de l'Académie des considérations sur les tumeurs blanches et les affections scrofuleuses en général. (*Comm.* : MM. Andral, J. Cloquet, Jobert, de Lamballe.)

— M. *le Secrétaire perpétuel* présente, au nom de l'auteur, M. *Tigri*, un opuscule écrit en italien, et ayant pour titre : DES EFFETS DU PUS ET DE LA SANIE GANGRÉNEUSE SUR LE SANG CIRCULANT DANS LES VAISSEAUX. En adressant cet écrit à l'occasion des dernières communications qui ont été faites à l'Académie sur l'infection purulente, l'auteur s'est proposé de rappeler que dès l'année 1849 son attention s'était portée sur les désordres qui reconnaissent une semblable cause. La note est terminée par le paragraphe suivant : « Ce qui vient d'être exposé suffit pour montrer que l'action exercée sur le sang par un liquide formé dans l'organisme même est tout à fait comparable à l'action d'un poison et souvent d'un poison mortel. Le médecin doit donc s'attacher à reconnaître les maladies dans lesquelles entre pour cause cet agent toxique, et employer sans perte de temps les moyens que peut lui offrir la science pour en paralyser les effets. »

ANTHROPOLOGIE.—*Races humaines de la Perse*, par M. *Duhousset*. — Les études anthropologiques de M. Duhousset ont porté sur huit populations distinctes, savoir, les anciens Persans, représentés encore par les Guèbres et les Parsis; les Tadjiks et les Iliates, les Turcomans, les Kurdes, les Afghans, les Bakhtyaris, les Beloudjes et les Arians Indiens.

Chacun de ces groupes est représenté dans le travail de M. Duhousset par de nombreux dessins reproduisant les traits de l'homme et ceux de la femme.

De plus, l'auteur a donné avec détail les caractères de chacune des races mentionnées plus haut, et ajouté des dessins à la plume reproduisant les formes typiques du crâne qui leur sont propres. Ces croquis sont accompagnés de nombres indiquant les moyennes des mesures prises par M. Duhousset. La plus grande circonférence horizontale de la tête, la demi-circonférence verticale, le diamètre antéro-postérieur, et le diamètre transversal ont été pour chaque race et pour les principales variétés de chacune d'elles l'objet de mesures rigoureuses. Cette partie du travail de M. Duhousset comble des lacunes réelles dans l'histoire des races asiatiques, et en publiant le résultat de ses recherches l'auteur rendra à l'anthropologie un service très sérieux.

COMITÉ SECRET. — M. *Serres* présente, au nom de la section de médecine et de chirurgie, la liste suivante de candidats pour la place de correspondant, vacante par suite du décès de M. *Maunoir* :

1°	M. *Bouisson*, à Montpellier.
2° *Ex æquo.*	M. *Ehrmann*, à Strasbourg. M. *Landouzy*, à Reims.
3°	M. *Gintrac*, à Bordeaux.
4°	M. *Serre* (d'Uzès), à Alais.

M. Cloquet expose les titres de ces candidats. Ces titres sont discutés.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 MARS 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre d'État adresse des remerciments à l'Académie pour l'envoi des instructions destinées à M. le docteur *Dumont*.

2° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Les rapports de M. le docteur *Souleyre* sur le service médical des eaux minérales de Sail-sous-Couzan (Loire) pendant les années 1861 et 1862. (*Commission des eaux minérales*.) — *b*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans le département de l'Aveyron. (*Commission des épidémies*.)

3° L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. les docteurs *Broca*, *Legouest*, *Morel-Lavallée*, *Maisonneuve* et *Demarquay*, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de médecine opératoire. — *b*. Des lettres de MM. *Goubaux* et *Magne*, professeurs à Alfort, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire. — *c*. Un travail de M. le professeur *Courty* (de Montpellier), intitulé : *Réduction d'une inversion utérine existant depuis dix mois*. (*Comm.*: M. Donyau.) — *d*. Un recueil d'observations tendant à prouver la coïncidence constante des dérangements de la parole avec une lésion de l'hémisphère gauche du cerveau, par M. le docteur *Dax* (de Sommières). (*Comm.*: MM. Bouillaud, Béclard et Lélut.)

— M. *J. Guérin* fait hommage, au nom de M. *Netter*, chirurgien militaire à Strasbourg, d'une brochure intitulée : DES CABINETS TÉNÉBREUX DANS LE TRAITEMENT DE L'HÉMÉRALOPIE.

—M. *Gavarret* présente, au nom de M. *Doyère* une brochure intitulée : DES MODIFICATIONS DE LA CIRCULATION ET DE LA RESPIRATION DANS LE CHOLÉRA.

— M. *Girard de Cailleux* offre à l'Académie un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier sous ce titre : ÉTUDES PRATIQUES DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES, ACCOMPAGNÉES DE TABLEAUX STATISTIQUES ET SUIVIES DU RAPPORT ADRESSÉ A M. LE SÉNATEUR PRÉFET DE LA SEINE, SUR LES ALIÉNÉS TRAITÉS DANS LES HOSPICES DE BICÊTRE ET DE LA SALPÊTRIÈRE, ET DE CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ENSEMBLE DU SERVICE DES ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

« Cet ouvrage, ajoute M. Girard, fruit de vingt années d'expérience passées au milieu des désordres multiples et variés du système nerveux dans les hôpitaux, dont la direction médicale m'a été confiée, fait connaître les conditions dans lesquelles doivent s'effectuer et s'effectuent les placements dans les asiles, les causes des maladies nerveuses et mentales, les conditions physiques, météorologiques, géologiques, physiologiques et morales qui ont présidé à leur développement; ces conditions étiologiques, leurs symptômes, leur marche, leur durée, leurs récidives, les affections qui les compliquent, leurs modes de terminaison, les altérations qu'elles laissent à leur suite sont étudiées à un nouveau point de vue, ainsi que leur traitement.

Ce livre est suivi d'un exposé de l'état actuel du service des

aliénés de la Seine, et des améliorations et des réformes dont il doit être et dont il est effectivement l'objet dans ce moment.

— M. *le président* donne, au nom de M. Grisolle, des nouvelles de M. Jolly; il a la satisfaction d'annoncer que l'état de l'honorable académicien s'est sensiblement amélioré depuis la précédente séance.

— M. *le président* fait part, ensuite, de la mort de M. le docteur *Williaume*, membre correspondant.

Discussion sur les eaux potables.

M. *Poggiale* remercie ceux de ses collègues qui ont pris part à la discussion, des termes bienveillants dans lesquels ils ont apprécié ses travaux et notamment son dernier rapport sur le mémoire de M. Lefort. Jaloux de justifier la confiance et les sympathies de l'Académie, l'orateur ajoute qu'il s'efforcera toujours, comme il l'a fait jusqu'à présent, d'allier une grande indépendance d'esprit avec la fermeté qui convient aux convictions sincères et la dignité que commande le respect dû à la science et aux savants. Il proteste en même temps contre une insinuation injuste, contre un reproche immérité, celui d'une entente cordiale entre M. Robinet et lui : jamais il n'a existé de pareille connivence.

A côté de choses excellentes, il s'est produit, dans le débat actuel, des opinions étranges, des doctrines singulières, des théories inattendues, à propos d'eaux potables. Ainsi, au dire de quelques orateurs, peu importe que les eaux soient claires ou troubles, chaudes ou froides, aérées ou privées d'air; peu importe qu'elles renferment ou non des sels calcaires : tout cela est parfaitement indifférent; et suivant le point de vue où l'on se place, l'état physique de l'eau ou sa composition chimique exerce peu ou point d'influence sur les fonctions de la vie, sur les conditions de la santé. Un orateur a émis aussi sur la pathogénie du goître une nouvelle théorie, dans laquelle les matières organiques de l'eau jouent un rôle prépondérant.

M. Poggiale est loin de partager toutes ces exagérations, et il se propose d'examiner avec calme et avec impartialité s'il y a lieu, comme sembleraient l'indiquer les opinions précédemment émises, de renoncer à toutes les notions acquises sur l'eau potable et de réformer entièrement l'hygiène sur ce point.

En vue de rétablir la réalité scientifique et la vérité des faits, il va examiner successivement les différents points afférents à la question des eaux potables.

1° *De la limpidité de l'eau.* — Toutes les populations recherchent de l'eau claire, et tout le monde ici s'accorde sur ce point. On a sans doute mal interprété la pensée de M. Robinet, en lui faisant dire que la limpidité était d'une importance médiocre pour les eaux potables. M. Robinet a formellement déclaré le contraire dans son rapport officiel et dans ceux de ses écrits qui ont suivi ce rapport. Ainsi, là-dessus, harmonie complète entre tous les orateurs et tous les hygiénistes.

Mais on cesse de s'entendre à l'occasion du filtrage. MM. Jolly, Briquet, Gibert et d'autres, persistent à soutenir qu'il y a des procédés convenables pour opérer la filtration en grand. La commission est d'un autre avis; d'accord avec Arago et avec Dumas, elle pense qu'il n'existe pas encore de méthode propre à donner abondamment et à bon marché de l'eau filtrée.

MM. Briquet, Gibert et Jolly soutiennent que tout Paris boit de l'excellente eau filtrée. C'est une erreur. Beaucoup de fontaines ne filtrent pas leurs eaux; et quand la Seine est trouble, le filtrage des fontaines filtrantes est insuffisant, et la majeure partie des habitants est forcée d'y suppléer en clarifiant l'eau à domicile. Eh bien! est-ce là la perfection en matière d'hygiène publique, et ne vaudrait-il pas mieux un système qui permît de fournir abondamment de l'eau très limpide à tous les ménages?

L'orateur donne lecture, à ce propos, d'un passage extrait d'un discours prononcé en 1846 par Arago, devant la chambre des députés, et dans lequel le célèbre astronome propose l'adoption d'un procédé d'approvisionnement qui fournisse de l'eau claire à tous les habitants, et surtout aux pauvres.

M. Poggiale insiste sur ce fait que la grande majorité de la population parisienne boit de l'eau de l'Ourcq; il établit par des documents numériques que beaucoup de ceux qui croient boire de l'eau de Seine consomment de l'eau de l'Ourcq. La probité des porteurs d'eau laisse beaucoup à désirer, et la plupart d'entre eux trompent leurs clients.

L'eau provenant de la compagnie des Célestins est seule convenablement filtrée et offre d'excellentes garanties aux consommateurs. M. Gibert a rendu d'abord un éclatant témoignage à l'eau de cette provenance; puis il est venu dire que depuis quatre ans il buvait sans inconvénients de l'eau de l'Ourcq. Mais lui qui trouve cette eau si parfaite, pourquoi rejette-t-il l'eau de la Dhuis avec tant d'opiniâtreté, l'eau de la Dhuis qui est de beaucoup supérieure assurément à celle de l'Ourcq?

M. Cloquet a fait à la tribune académique la louange des galeries filtrantes de Toulouse. C'est, en effet, un excellent moyen de filtrer les eaux en grand; mais ces filtres mêmes sont-ils absolument à l'abri de tout reproche? On ne saurait nier que la prairie des filtres ne fournisse à Toulouse une eau claire, limpide, abondante; mais on sait aussi qu'il s'y est produit quelquefois des accidents, des dépôts, des végétations spontanées qui ont nécessité des réparations et des nettoyages. Toutefois, ces accidents ont été passagers, faciles à réparer, et depuis lors les galeries filtrantes ont rendu les meilleurs services à la ville de Toulouse. En témoignage de cette dernière assertion, M. Poggiale donne lecture d'une lettre de M. le professeur Filhol, qui fait un éloge sans réserve du système de d'Aubuisson, et annonce que de nouvelles galeries viennent d'être creusées pour subvenir à l'approvisionnement complet de Toulouse, dont la population a augmenté de plus de 15 000 âmes depuis l'établissement des premières galeries. M. Filhol, dans cette même lettre, indique les conditions du sol riverain de la Garonne, qui rendent ce mode de filtrage si facile; il doute qu'on puisse appliquer avec succès le même système à Paris, sur les bords de la Seine.

M. Poggiale, s'appuyant sur différents exemples, et notamment ceux de Lyon et de Glasgow, démontre que le système de d'Aubuisson ne saurait convenir qu'à certaines localités, et qu'il échoue le long des fleuves dont le terrain n'est point siliceux, sablonneux et convenablement disposé pour l'établissement des galeries.

2° *Température.* — On a beaucoup invoqué l'autorité d'Hippocrate relativement à cette question; chacun a trouvé dans les livres de ce grand homme des arguments pour sa thèse; rien d'étonnant; ce n'est point dans Hippocrate qu'il faut aller chercher des renseignements en matière d'eau potable. Là-dessus les livres hippocratiques sont remplis de contradictions. Laissons donc Hippocrate et invoquons plutôt le témoignage des hygiénistes modernes, de MM. Tardieu, Guérard, Michel Lévy, Rostan, etc. Tous ces savants sont d'accord pour proclamer la nécessité d'une eau à une température constante, douce en hiver, fraîche en été. Or, sont-ce là des qualités que l'on puisse trouver sûrement dans les eaux courantes? M. Poggiale rappelle les recherches qu'il a faites sur la température de l'eau de Seine à différentes époques de l'année, démontrant qu'il se produit des oscillations considérables entre la température de l'eau suivant les saisons.

Sous le rapport de la température, il est incontestable que les eaux de source sont de beaucoup supérieures à celles des rivières. Mais, dit-on, les eaux de la Dhuis n'arriveront pas à Paris avec leur fraîcheur initiale. L'eau qui alimente Dijon conserve sa température originelle après un parcours de 16 kilomètres; l'eau de Rome, qui chemine par des aqueducs de plusieurs lieues, arrive jusqu'aux fontaines de la ville avec une fraîcheur qui diffère peu de celle de la source. L'aqueduc d'Arcueil, qui laisse tant à désirer quant à ses dispositions, amène pourtant jusqu'à Paris une eau toujours fraîche; en plein été il n'y a qu'une variation d'un degré entre l'eau à

la source et l'eau à son arrivée. Toutefois on a invoqué les expériences de M. Poiret, desquelles il résulterait que la température de l'eau d'Arcueil varie de plusieurs degrés, de 13 à 20, depuis sa source jusqu'à la fontaine de la place Saint-Michel. M. Poggiale déclare que ces expériences sont défectueuses : M. Poiret n'a pas tenu compte d'un fait important, à savoir, qu'à partir de l'Observatoire, l'eau d'Arcueil se mélange avec celle de la Seine : de là l'élévation de température qu'on observe depuis l'Observatoire jusqu'à la fontaine Saint-Michel.

M. Poggiale aurait bien voulu ne point parler de la Dhuis ; mais puisque les projets de la ville de Paris ont été combattus en pleine Académie, l'orateur ne croit pas inopportun d'aborder cette grave question. Les conditions d'exécution de l'aqueduc de la Dhuis sont très favorables à la conservation de la température initiale de l'eau : cet aqueduc n'aura point de fenêtres, comme celui d'Arcueil, mais simplement des regards. Raisonnant d'après les données fournies par la physique relativement à la capacité calorifique de l'air et de l'eau, et admettant que l'air de la Dhuis se renouvelle vingt fois dans son long parcours, s'appuyant, en outre, sur des calculs spéciaux, l'orateur prouve que la température de l'eau de la Dhuis ne s'élèvera pas d'un degré dans son aqueduc quelle que soit la longueur du parcours. Cette eau arrivera donc fraîche à Paris. Il est à craindre seulement qu'elle ne se mette en équilibre de température dans les tuyaux des maisons.

3° *Aération de l'eau.* — M. Poggiale maintient, contrairement aux assertions de MM. Robinet et Bouchardat, qu'il est utile et même nécessaire que l'eau potable soit aérée ; sans doute, on peut pendant quelque temps boire sans inconvénients de l'eau distillée, mais on ne pourrait probablement pas continuer indéfiniment ces essais, sans éprouver des malaises, du dégoût et différents troubles digestifs. Il faut donc que les eaux soient aérées. M. Robinet, d'ailleurs, a proclamé l'utilité de l'aération de l'eau potable dans son rapport sur la dérivation de la Dhuis, en s'efforçant d'établir que l'eau de la Champagne ne laisserait rien à désirer sur ce point.

Sans doute l'eau ne contient pas beaucoup d'air, mais est-ce une raison pour que la présence de l'air ne soit pas nécessaire à une bonne eau potable ? M. Poggiale attribue à l'air dans l'eau un rôle purement physique ; l'air contribue à rendre l'eau plus légère, plus agréable au goût ; l'air est un assaisonnement. Peut-on légitimement comparer, comme on l'a fait, les infusions de thé que boivent les Chinois à l'eau pure distillée de nos alambics ? M. Poggiale ne croit pas que cette assimilation soit justifiée ; l'eau distillée est lourde et sans saveur ; l'eau renfermant une infusion quelconque contient des principes aromatiques qui la rendent très digestible et qui remplacent fort bien l'air dont elle est privée par l'ébullition.

Vu l'heure avancée, M. Poggiale remet la suite de son discours à la séance suivante.

Thérapeutique. — M. le docteur *Danet* lit un travail intitulé : Du succin employé dans la coqueluche, les convulsions et les coliques des enfants pendant la première dentition.

« En étudiant la coqueluche, dit M. Danet, nous avons été frappé de l'analogie qui existe entre les accidents qui sont parfois la conséquence de cette névrose et ceux que l'on attribue au travail de l'évolution dentaire. Rien n'est, en effet, moins rare que de voir se produire pendant le cours d'une coqueluche, des hémorrhagies des yeux et du conduit auditif, comme aussi des convulsions et des paralysies partielles, phénomènes que l'on a si fréquemment à combattre lors de la pousse des premières dents.

» Les hémorrhagies de l'œil et de l'oreille n'indiquent-elles pas un état congestionnel des sinus de la dure-mère (tout en faisant la part de l'appauvrissement du sang) ? Les convulsions et paralysies ne sont-elles pas le résultat d'une compression dans les centres cérébraux, ou tout au moins d'une grande excitation ?

» Nous admettons évidemment que, sous l'influence de violentes quintes de coqueluche, il puisse se faire et il se produise une congestion momentanée des vaisseaux de la cavité crânienne ; mais si on a l'occasion d'étudier la maladie en temps d'épidémie, et sur un grand nombre de malades, on ne tarde pas à reconnaître que coqueluche et convulsions marchent de paire ; qu'en second lieu on voit se déclarer plus de méningites qu'en temps ordinaire.

» Partant de ces données, nous nous sommes demandé si le traitement des convulsions et des coliques nerveuses ne pouvait s'appliquer à la coqueluche et *vice versa*.

» Nous ne parlerons pas de nos essais sur le musc, le castoréum et l'asa fœtida, qui nous ont donné des succès et des insuccès.

» Le succin est celui de tous les médicaments que nous avons essayés celui qui nous a donné les plus sûrs résultats.

» Les travaux d'Erdmann, de Gœlis, de Gœden, de Scharne, nous guidèrent dès lors dans la série d'expériences que nous établimes, et qui nous ont conduit aux résultats suivants :

» Le succin et l'acide succinique échouent bien rarement dans les coliques de la dentition, et c'est à ce médicament que nous attribuons l'action des prises de la princesse, si préconisées dans l'ancienne pharmacopée.

» Dans les convulsions, nous avons dû recourir à l'esprit volatil de succin et au succinate d'ammoniaque, administrés pendant l'attaque.

» Dans la coqueluche, enfin, et la toux nerveuse, nous avons fini par donner la préférence à l'huile volatile de succin, qui a été aussi employée dans l'asthme, où elle est appelée, croyons-nous, à rendre service. Elle soulage toujours.

» Ainsi, les trois produits de Berzélius nous ont donné des résultats en rapports directs avec l'intensité de l'affection et leur puissance d'action, ce sur quoi nous avions du reste compté. » (*Comm.* : MM. Blache et Roger.)

La séance est levée à cinq heures.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Sur l'innervation de l'estomac, par Lussana et Inzani.

MM. Lussana et Inzani, professeurs à l'Université de Parme, ont institué une série d'expériences dans le but d'étudier l'action du système nerveux sur les fonctions de l'estomac. A la suite de leur travail, les auteurs ont formulé les conclusions que nous reproduisons ici :

I. La *sensibilité* du ventricule est sous la dépendance de la dixième paire ; c'est à elle probablement qu'il faut aussi attribuer les sensations de *faim* et de *satiété*, puisqu'elles sont rapportées à l'estomac. Il n'en est pas de même de l'*instinct* d'alimentation.

II. Les mouvements de la membrane musculaire de l'œsophage et de l'estomac sont gouvernés par les pneumogastriques au moyen des fibres qu'ils acquièrent dans leur trajet. Ces mouvements n'ont pas lieu lorsque l'estomac est vide.

III. Après la section des vagues, le ventricule et l'œsophage sont complétement paralysés. La propulsion des aliments dans l'œsophage n'est plus effectuée, et l'estomac ne peut plus expulser les produits de la digestion.

IV. Le *vomissement*, mouvement réflexe exécuté par le diaphragme et les muscles abdominaux, n'implique pas l'action motrice de l'estomac, pas plus que l'excitabilité sensitive de cet organe. Après la section des nerfs de la dixième paire, il a souvent lieu par suite des efforts nécessités par la dyspnée, ou encore parce que l'œsophage obstrué exerce une traction sur les tissus voisins.

V. La sécrétion du suc gastrique est subordonnée à l'innervation du nerf vague. Cette sécrétion est l'effet de la décompo-

sition de quelques-uns des sels qui circulent dans le plasma du sang, décomposition qui s'effectue au moment de la stimulation physiologique de l'estomac; la sécrétion a lieu par intervalles, au moyen du réseau capillaire superficiel de la muqueuse, qui devient alors rouge et turgescente; il y a là sans doute une influence vaso-motrice exercée par les nerfs sur les fibres longitudinales ou dilatatrices des vaisseaux.

VI. Après la section des vagues, la sécrétion de l'acide gastrique cesse complétement; les réactions acides qui se manifestent encore dans l'estomac dépendent des sécrétions antérieures à l'opération ou de l'altération des matières alimentaires. Or, comme l'action de l'acide gastrique est nécessaire pour constituer la puissance digestive de la pepsine, la digestion véritable est impossible après la section de la dixième paire. Les aliments peuvent se putréfier dans le ventricule et se dissoudre de cette façon, mais ils ne sont plus digérés (transformation en peptones).

VII. La *sécrétion morphologique* de la pepsine est accomplie dans un appareil glandulaire spécial d'une façon continue; elle est distincte de celle de l'acide gastrique. Cette sécrétion est indépendante de l'innervation des pneumogastriques; elle est probablement sous l'influence du grand sympathique, lequel, au moyen de l'action qu'il exerce sur les fibres circulaires des vaisseaux, gouverne les modifications du plasma et toutes les opérations de la nutrition, ainsi que l'élaboration morphologique des humeurs (cellules de pepsine). C'est la loi ordinaire des sécrétions et des opérations dominées par l'innervation ganglionnaire.

VIII. L'*écoulement* de la pepsine dans la cavité de l'estomac se fait par intervalles, au moyen des contractions lentes et réflexes de la couche musculaire microscopique de Middeldorpf; ces contractions, indépendantes des nerfs pneumogastriques, sont probablement sous l'influence du grand sympathique.

IX. La galvanisation du bout périphérique des pneumogastriques est sans effet sur la sécrétion de l'acide gastrique et sur la digestion; mais si l'on applique l'autre rhéophore sur l'épigastre, de manière à comprendre entre les deux pôles le contenu de l'estomac, on obtient alors la décomposition des sels contenus dans les aliments, et, grâce à la mise en liberté des acides, la digestion est accélérée.

X. Les nerfs de la dixième paire exercent une action unilatérale sur les fonctions des poumons; cette action est bilatérale pour l'estomac.

XI. Lorsque l'innervation normale des pneumogastriques est profondément compromise, il se fait à la surface de la muqueuse de l'estomac une sécrétion pathologique d'acides anormaux (acide urique), et l'on voit apparaître un travail de putréfaction. (*Gazzetta dell' associazione medica*, 1863, n° 5.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon, t. Ier, 1861-1862.

Comme foyer d'activité médicale, la ville de Lyon s'est depuis longtemps distinguée par le nombre et la valeur des publications, la direction originale des travaux, la solidité de l'enseignement et l'éclat de la pratique. Une Société qui porte le nom de *Société de médecine de Lyon*, et que connaissent bien les lecteurs de la Gazette hebdomadaire, sert — depuis 1789, si nous ne nous trompons, — de point de ralliement aux efforts communs. Mais il a paru qu'un seul centre d'émulation n'était plus en rapport avec le chiffre des médecins, ni avec le mouvement de la science, et il en a été créé récemment un second sous le titre de *Société des sciences médicales*. Nous avons sous les yeux la première publication de mémoires et de comptes rendus faite par cette Société.

Trente-deux mémoires de médecine et de chirurgie ne sauraient trouver place dans une analyse nécessairement limitée. Heureusement, nous avons déjà ou exposé ou apprécié en détail les idées contenues dans quelques-uns de ceux qui méritent le plus de fixer l'attention; tels sont, par exemple, le mémoire de M. Rollet sur *la médecine légale de la syphilis des nouveau-nés* (*Gaz. hebd.*, 1861, p. 589); celui de M. Ollier *sur l'ostéoplastie périostique et son application à la restauration du nez* (*Ibid.*, 1861, p. 745 et 752); celui de M. Gamet, *sur la coexistence de la paraplégie avec la grossesse* (*Ibid.*, 1862, p. 690); celui de M. Chauveau, *sur la physiologie du cœur* (*passim*). D'autres articles consistent en de courtes notes, ou en des observations particulières suivies de réflexions : ceux, par exemple, de M. Boudet, *sur une oblitération de l'artère pulmonaire*; de M. Villaret *sur une infiltration de matière charbonneuse dans les poumons d'un mineur*; de M. Favre, *sur le bouton de Biskara*; de M. Icard, *sur quelques accidents produits par le développement des dents de sagesse*; du même auteur, *sur un cas de thoracentèse*; de M. Gamet, *sur une ostéite épiphysaire suppurée*; de M. Charvet, *sur une opération de fistule vésico-vaginale*; de MM. Burlet et Perroud, *sur deux cas d'inégalité congénitale des deux moitiés du corps*; de M. Leenhardt, *sur un anévrysme de la crosse de l'aorte*; de M. Conche, *sur un cas d'iodisme constitutionnel* et *sur la persistance du trou de Botal*; de M. Villaret, *sur deux cas de rétrécissement du côlon*. Parmi les travaux de plus longue haleine, nous nous bornerons à signaler à l'attention du lecteur les remarques de M. Perroud, *sur l'insolation comme cause déterminante de l'érythème pellagreux*; de M. Bouchard, *sur la pellagre observée à Lyon*; de M. Coutagne, *sur les hémorrhagies gastriques et intestinales dans les maladies chroniques du cerveau*; de M. Bron, *sur la déviation des genoux*. Mais nous insisterons avec quelques détails sur plusieurs mémoires de médecine et de chirurgie, avec le vif regret d'être mis ainsi en demeure, par l'insuffisance d'espace, d'opter un peu arbitrairement, nous l'avouons, entre des travaux qui mériteraient tous d'être connus; car c'est le premier mérite de cette publication nouvelle, de ne s'être pas ouverte indifféremment à tout ce qui a pu être dit ou lu dans la Société, mais seulement à ce qui était digne d'un intérêt sérieux.

— M. le docteur Diday publie sous le titre de *chancre de l'amygdale*, un excellent chapitre de syphilographie. Il ne s'agit pas de l'ulcère consécutif, mais bien du vrai chancre. C'est, au point de vue du siége, une variété rare. Sur la totalité des chancres observés en 1858 dans le service de M. Ricord, et qui étaient au nombre de 471, occupant quinze siéges distincts, M. Fournier n'a pas rencontré un seul chancre amygdalien; et de 77 chancres buccaux relevés ailleurs par le même observateur, un seul occupait l'amygdale. De son côté, M. Melchior Robert n'en compte pas un exemple sur 202 cas de chancre, dont 25 à siége extra-génital. M. Diday fait observer qu'il ne faudrait pas conclure de cette pénurie que le chancre amygdalien est plus rare que celui de la bouche, des paupières ou de l'anus; mais seulement que, restant ignoré des malades, il n'amène pas ceux-ci dans les hôpitaux spéciaux, mais seulement vers leur médecin ordinaire, qui le méconnaît presque toujours.

Quoi qu'il en soit, on peut dire que le chancre de l'amygdale n'est pas commun, et cette circonstance, jointe à la particularité du siége, qui ne permet de bien juger ni de la sécrétion, ni de l'induration, a entretenu de l'obscurité sur le diagnostic de la lésion. Le diagnostic doit, d'ailleurs, porter quelquefois non sur un mal actuel, mais sur un mal passé où en voie de réparation. Il faut alors s'éclairer des commémoratifs, interprétés eux-mêmes par les notions doctrinales, qui, sagement appliquées, peuvent ici, comme le remarque justement l'auteur, rendre plus de services que la pratique. Or, ajoute-t-il, il restera peu de doute au médecin sur la nature chancreuse de l'angine qu'un syphilitique accuse dans ses antécédents, si cette angine a commencé quinze jours ou trois semaines après des rapports qu'il avoue suspects ou malsains; s'il n'était pas

habituellement sujet aux angines; si la douleur a été unilatérale; si elle a duré de trois à quatre semaines; si, quoique intense, elle n'a pas suscité de réaction fébrile; si elle s'est accompagnée d'adénopathie localisée à la région sous-maxillaire correspondante; si les symptômes de syphilis ont débuté six ou huit semaines après le commencement de cette angine; enfin, si le sujet n'avait pas eu, dans le temps voulu, d'autre chancre ailleurs. C'est la partie du mémoire qu'il nous a paru surtout utile de résumer; le reste est consacré à l'étude de la forme, de l'origine, de la durée et des modes de contagion du chancre amygdalien.

— On sait à quelles discussions a donné lieu la question de l'inhalation des liquides pulvérisés et des vapeurs. Le plus souvent on a attribué la différence des résultats obtenus tantôt à la disposition des appareils, tantôt au mode de respiration. Un habile chirurgien de Lyon, M. Delore, a fait porter ses études sur une distinction à établir entre les vapeurs et les poussières liquides. Il donne ici un résumé de ses idées et la conclusion à laquelle il est arrivé. Cette conclusion est que les médicaments *parfaitement volatils*, tels que l'acide sulfhydrique, l'acide carbonique, la vapeur d'iode, etc., peuvent être administrés par la voie pulmonaire; qu'il en est encore de même dans certains médicaments moins volatils, mais qui le deviennent davantage par l'action de la chaleur (la résine et le goudron, par exemple); mais que les substances non volatiles « ne peuvent arriver au contact des bronches, lors même qu'on emploie la pulvérisation », si ce n'est par l'injection directe selon la méthode d'Horace Green.

On sait, depuis les débats qui ont eu lieu à l'Académie de médecine, que des poussières liquides, tenant en dissolution les sels fixes, ont réellement pénétré jusque dans le larynx et même dans les bronches; mais ce n'a été que par exception, et il nous paraît évident que la pulvérisation des liquides ne saurait devenir, comme on l'avait espéré, un moyen de *diète* respiratoire.

— Il résulte des recherches de M. Perroud concernant l'*influence des pyrexies sur les principaux phénomènes de la menstruation*, que les pyrexies en général ne changent pas, le plus souvent, la date de l'écoulement menstruel; que, dans un bon nombre de cas, elles l'avancent (plus particulièrement les fièvres éruptives); mais qu'elles ne la retardent que très exceptionnellement. Ce dernier cas s'est surtout présenté dans les fièvres muqueuses et typhoïdes. C'est le mouvement fébrile, plutôt que la pyrexie elle-même, qui favorise la manifestation cataméniale, car elle a lieu surtout dans la période d'invasion des exanthèmes; pourtant une éruption *confluente* diminue ou suspend parfois l'écoulement. Quant à la durée de celle-ci, elle est diminuée toutes les fois que les lésions sont nombreuses et intenses : dans les fièvres muqueuses et l'érysipèle de la face, elle peut être augmentée.

L'auteur ajoute que les pyrexies facilitent l'écoulement menstruel et suppriment les douleurs lombaires ou hypogastriques.

Dans leur ensemble, les conclusions de ce travail ne diffèrent pas sensiblement de celles auxquelles étaient arrivés antérieurement MM. Raciborski et Hérard. On pourrait seulement reprocher à M. Perroud de n'avoir pas donné à ses observations une base assez large pour être autorisé à établir, sous le rapport de l'influence exercée sur la menstruation, la distinction que nous venons de rappeler entre les diverses sortes de pyrexie. Peut-être aussi s'est il un peu trop préoccupé, dans l'étude d'une question de ce genre, des théories de la révulsion et de la dérivation.

— Le mémoire de M. Bondet sur le *bourdonnement d'oreille* est un des plus intéressants de ce volume. L'auteur a cherché une explication du bourdonnement d'oreille dans les cas où il n'existait ni lésion de l'appareil auditif, ni affection cérébrale. Il a remarqué que certains bourdonnements coïncidaient avec un bruit de souffle dans la jugulaire, et qu'ils disparaissaient dès qu'on exerçait une compression sur ce vaisseau. De là, l'idée qu'ils pouvaient bien n'être qu'un simple retentissement du souffle de la jugulaire. Mais, s'étant mis à interroger tous les individus chez lesquels il rencontrait le bruit du souffle, il s'assura que tous ou presque tous étaient exempts de bourdonnement. Il demanda alors son explication à la disposition anatomique de la jugulaire au niveau du *trou déchiré postérieur*. Là, cette veine, qui va communiquer avec les sinus du crâne, présente une partie renflée qui a reçu le nom de golfe, et qui n'est séparée des organes internes de l'oreille que par une partie osseuse, très propre à la transmission du son. Or, le golfe s'abouche avec le sinus latéral par un orifice étroit, et l'on a ainsi la condition principale de la formation du bruit du souffle : une partie dilatée précédée d'un rétrécissement (Chauveau). Supposez une cause précipitant plus que de coutume le retour du sang dans cette section du torrent veineux, et vous aurez le bruit de souffle, réalisé sous la forme de bourdonnement.

Cette thèse est commentée avec beaucoup de talent par M. Bondet. On devine qu'il est aisé d'accumuler des objections contre une vue théorique échappant jusqu'à présent à la démonstration expérimentale. L'auteur se les pose à lui-même, et y répond avec ingéniosité. Ce serait une besogne de le suivre dans cette longue argumentation; nous préférons nous borner à consigner ici une explication qui, à nos yeux, si elle ne peut rendre compte de tous les bruits, parfois si différents, que les malades désignent sous le nom commun de bourdonnement, a certainement le mérite de placer la question sur un terrain excellent et pourrait bien toucher juste pour le bourdonnement *vrai*, celui qui est à bruit continu et qui diffère, sous ce rapport, du tintement et du sifflement.

— M. Charvet, interne des hôpitaux de Lyon, dans une note sur la *cautérisation* comme complément de l'opération de la fistule lacrymale par la perforation de l'unguis, rapporte quelques faits de la pratique de M. Delore. Neuf fois ce chirurgien a mis en usage son procédé, et il a obtenu quatre fois des guérisons complètes. M. Delore ouvre le sac lacrymal, perfore l'unguis, puis introduit dans l'ouverture osseuse un petit cône de pâte de Canquoin sec. Est-ce à la perforation, est-ce à la cautérisation qu'il faut attribuer les succès obtenus? Nous penchons fortement vers la dernière explication.

On sait aujourd'hui, à n'en pouvoir douter, que, dans la plupart des cas, les accidents qui accompagnent la tumeur et la fistule lacrymales sont dus, bien plus à l'inflammation chronique de la muqueuse, inflammation accompagnée d'hypersécrétion muco-purulente, qu'à l'oblitération de la voie naturelle d'écoulement des larmes. On sait encore que les accidents persistent même avec la perméabilité du canal nasal; qu'un des meilleurs mode de traitement est la destruction du sac. Or, dans le procédé suivi par M. Delore, les bourdonnets de charpie introduits dans le sac ne nous paraissent pas pouvoir le protéger contre l'action du caustique, dissous par les liquides de la plaie, et c'est à la cautérisation de la muqueuse que nous attribuons la guérison, malgré la persistance, dans quelques cas de l'ouverture osseuse artificielle. La plupart des opérés ont eu pendant plus ou moins longtemps du larmoiement, qui a cessé peu à peu, dans un cas de guérison après six mois, et nous trouvons là tous les symptômes qui accompagnent la guérison par destruction du sac. Si cette guérison était due à la formation du canal artificiel, le larmoiement aurait dû, au contraire, cesser aussitôt après l'opération, sauf à reparaître quelque temps après, dans le cas où l'ouverture anormale se serait oblitérée, comme cela est presque toujours arrivé.

— M. Carre rapporte une observation de luxation sus-cotyloïdienne *complète* du fémur, sur un enfant de cinq ans. C'est un fait rare, puisque nous ne connaissons d'exemple de cette variété de luxation que le cas de Cummins, observé à Guy's Hospital sur un homme de cinquante-cinq ans. Malheureusement l'observation de M. Carre manque de rigueur dans les détails,

ce qui lui fait perdre toute son importance. La capsule, d'une laxité extrême, n'était pas perforée; cela nous paraît incompatible avec une luxation complète, à moins que M. Carre n'ait voulu désigner la capsule de nouvelle formation. La luxation est attribuée à une tentative de viol; trois mois et demi seulement se sont écoulés jusqu'au moment de la mort, et ce temps aurait suffi pour la formation d'une nouvelle articulation; le col, devenu articulaire, présentait le poli des surfaces articulaires, une nouvelle cavité s'étant creusée sur l'os coxal. La luxation ne pourrait-elle pas être plus ancienne, remonter par exemple à l'époque de la naissance? Cela nous paraît plus probable.

— M. Lépine donne le résumé d'un mémoire sur *la valeur de la cautérisation dans le traitement des goîtres cystiques* ou sérohématiques. Les observations, au nombre de dix-sept, sont empruntées aux services de MM. Barrier, Valette et Delore. Dix fois la maladie était grave, quatre fois l'opération était urgente, une seule fois elle fut suivie de mort. Dans la discussion qui suivit la lecture de ce travail, M. Dron fit au procédé une objection qui nous paraît avoir une grande valeur : c'est que la cautérisation au caustique de Canquoin n'est pas sans quelques dangers, dans la région occupée par les kystes thyroïdiens; et nous n'en voulons pour preuve que l'exemple cité par ce médecin. C'est le cas d'une malade traitée ainsi par M. Desgranges, et chez laquelle une portion de la trachée, large comme une pièce de 50 centimes, de forme ovalaire, s'était mortifiée, était tombée dans le conduit aérien et nécessita la trachéotomie, qui du reste sauva la malade. La possibilité de tels accidents doit engager à la réserve et conseiller le plus souvent possible l'emploi de modifications moins énergiques, tels que la teinture d'iode et le perchlorure de fer.

D. et L.

VI

VARIÉTÉS.

Statistique sur les mort-nés, par M. RIGAUD (1).

RECTIFICATION. — Trois omissions ont eu lieu dans la note statistique sur les mort-nés publiés dans le numéro du 20 de ce mois :

1° Page 195, 2e colonne, 25e ligne, après cette phrase : en 1860, 1861 et 1862 la mortalité générale a été de 5083, ainsi décomposée : il faut ajouter :

En 1860, il y a eu..	1693 décès.
En 1861, il y a eu.......	1747 —
En 1862, il y a eu.......	1643 —
Total........	5083 décès.

2° Quatre lignes plus bas : pour chaque année, la répartition a été la suivante : il faut encore ajouter :

1860...	235	126 masc.	105 fém.	4 sexe indéterminé.
1861...	224	132 —	91 —	1 —
1862...	200	102 —	98 —	0 —
	659	360 masc.	294 fém.	5 sexe indéterminé.

3° Enfin la troisième omission, à la 60e ligne : je note maintenant 104 fœtus ayant respiré :

22	ont respiré	moins d'une heure,	7 masc.	15 fém.
44	—	d'une à 12 heures,	23 —	21 —
19	—	de 12 à 24 heures,	8 —	11 —
16	—	de 24 à 48 heures,	14 —	2 —
3	—	de 48 à 72 heures,	3 —	0 —

(1) La correction des épreuves, pour les travaux émanés de la *Société de médecine de la Seine*, n'étant pas confiée au rédacteur de la *Gazette hebdomadaire*, mais bien à un délégué de la Société, qui reçoit toujours les *copies* en même temps que les épreuves et qui donne le *bon à tirer après correction*, nous ne pourrions prendre la responsabilité des fautes ou omissions qui se glisseraient dans la composition de cette partie de notre feuille. A. D.

— CONCOURS POUR LES CHEFS DE CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les juges du concours sont : MM. Rayer, président; Rostan, Bouillaud, Trousseau, Piorry, Grisolle et Monneret (suppléant).

Les candidats sont : MM. Pierson, Menjaud, Baudot, Costa d'Acerda, Bricheteau, Bonfils, Blondet, Ball, Ferrand, Martineau, Laborde, Peter, Lanceresux, Blachez, Fremineau, Siredey, Dujardin-Baumetz, Proust.

— MM. les professeurs particuliers qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique, l'autorisation de faire un cours à l'Ecole pratique, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres pour le semestre d'été, aura lieu le mardi 31 mars à *midi précis* dans la salle du conseil de la Faculté.

— Dans son testament daté de Jérusalem le 3 septembre 1862, M. le docteur Ernest Godsrd a inséré la clause suivante :

« Je lègue à la Société de biologie de Paris, ou si elle n'est pas reconnue par l'Etat, je lègue à son président une somme de *cinq mille* francs dont les revenus *tous les deux ans* formeront le capital d'un prix qui sera donné *au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie*. Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard. »

Les conditions légales ayant été remplies et la famille d'Ernest Godard ayant généreusement pris à sa charge le payement des droits, la Société de biologie a décidé, dans sa séance du 7 mars dernier, que dans celle de ses réunions la plus rapprochée du 6 janvier, jour de la naissance du testateur, elle décernerait tous les deux ans, au nom d'Ernest Godard, un prix d'une valeur indiquée par la teneur de la clause ci-dessus. Le premier de ces prix sera décerné en janvier 1865.

Les ssvants étrangers à la Société de biologie qui désireraient concourir au prix Ernest Godard devront, en conséquence, adresser leurs mémoires, imprimés ou manuscrits, répondant à ls teneur de la clause testamentaire à M. le président de la Société de biologie, rue de Londres, 14, avant le 1er novembre 1864.

— Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : Au grade d'officier, M. Camescasse, chirurgien principal de la marine. — Au grade de chevalier : MM. Fallier, chirurgien de 1re classe de la marine; Polin et Simon, vétérinaires en 1er; Piot, infirmier-major.

— La *Presse médicale belge* annonce que, dans la séance du 11 mars, M. le sénateur de Ribaucourt a demandé à la Chambre haute l'établissement de chaires homœopathiques dans les universités de l'État. M. le comte de Robiano a appuyé la motion de M. de Ribaucourt; elle a été combattue par MM. Van Schoor et d'Anethan. Les autres sénateurs n'ayant pas manifesté leur opinion, ls question est restée pendante, et l'homœopathie n'obtiendra pas cette fois encore sa chsire officielle et son enseignement salarié par l'Etat.

— Dans la sésnce du 23 mars 1863, M. Bouisson (de Muntpellier) a été élu membre correspondant de l'Académie des sciences (section de médecine et de chirurgie) par 45 suffrages sur 53 votants.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

DE LA PRODUCTION DU FROID; APPLICATIONS INDUSTRIELLES, APPAREILS *Carré*, par *F. d'Auriac*. In-18 de 140 pages, avec figures. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr.

DES RÉTENTIONS D'URINE, OU PATHOLOGIE SPÉCIALE DES ORGANES URINAIRES AU POINT DE VUE DE LA RÉTENTION, par le docteur *Charles Horion*. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 6 fr.

APPRÉCIATION DE LA VALEUR DES RÉSECTIONS OSSEUSES DANS LES MALADIES CHIRURGICALES ET DE LEURS INDICATIONS, thèse de concours, par le docteur *Charles Sarazin*. In-8 de 186 pages. Strasbourg, Silhermann.

DES CABINETS TÉNÉBREUX DANS LE TRAITEMENT DE L'HÉMÉRALOPIE, par le docteur *A. Netter*. Brochure in-8 de 66 pages. Paris, Germer Baillière. 2 fr.

HYGIÈNE PUBLIQUE, résumé de dix ans de travaux du conseil de salubrité de la Seine, par *Évariste Thévenin*. In-18. Paris, Germer Baillière. 2 fr. 50

LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE DE GRAVES, précédées d'une Introduction de M. le professeur *Trousseau*, ouvrage traduit et annoté par le docteur *Jaccoud*. Tome II, 2e édition, revue et corrigée. Paris, Adrien Delahaye. Prix des deux volumes. 20 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — **PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,** Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 3 AVRIL 1863. — N° 14.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêtés ministériels. — **Partie non officielle. I. Paris.** Académie de médecine : Clôture de la discussion sur les eaux potables. — II. **Travaux originaux.** Statistique chirurgicale : Sur les résultats généraux des amputations. — III. **Correspondance.** Composition chimique des eaux potables de Paris. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — V. **Revue des journaux.** Des hémorrhagies méningées considérées principalement dans leurs rapports avec les néomembranes de la dure-mère crânienne. — VI. **Variétés.** Les annonces dans les journaux de médecine. — Cours d'été de la Faculté de médecine de Paris. — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VIII. **Feuilleton.** De la valeur de l'aveu chez les inculpés.

PARTIE OFFICIELLE.

Sur la demande de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, Son Excellence le ministre d'État vient de charger le docteur JACCOUD, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, d'une mission scientifique ayant pour objet l'étude de l'organisation de l'enseignement médical dans les différentes universités de l'Allemagne.

— Par arrêté du 30 mars, M. DUPLAY est nommé aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. LABBÉ, appelé à d'autres fonctions.

— M. RIBES, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le deuxième semestre de l'année 1862-1863, par M. GUINIER, agrégé près la Faculté.

— M. PÉCHOLIER, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé provisoirement, à titre de suppléant, du cours de thérapeutique et matière médicale à ladite Faculté (chaire vacante).

PARTIE NON OFFICIELLE.

Paris, 2 avril 1863.

I

Académie de médecine : CLOTURE DE LA DISCUSSION SUR LES EAUX POTABLES.

Quand une question a le privilége de s'emparer, pour ainsi dire, de la tribune d'un corps savant, et de l'occuper pendant plus de quatre mois d'une manière à peu près exclusive, quand surtout cette question touche intimement au bien-être des populations et intéresse au premier chef la santé publique, il est bon de jeter un regard en arrière, de passer en revue les pièces du procès, de les interroger avec calme, de les juger avec indépendance, et de se demander avec impartialité quels fruits a portés la discussion, quelles ténèbres elle a dissipées, quels points elle a mis en lumière et en relief, quels éléments nouveaux elle a introduits dans la science,

FEUILLETON.

De la valeur de l'aveu chez les inculpés.

QUELLES SONT LES INFLUENCES DE L'ORDRE INTELLECTUEL, PHYSIQUE ET MORAL, QUI PEUVENT, DANS CERTAINES CIRCONSTANCES DÉTERMINÉES, AMENER UN INDIVIDU INCULPÉ OU NON INCULPÉ A FAIRE L'AVEU D'UN CRIME QU'IL N'AURAIT PAS COMMIS?

Le drame judiciaire qui s'est terminé récemment à la cour d'assises d'Amiens par l'acquittement de la femme Rosalie Gardin, précédemment condamnée aux travaux forcés à perpétuité par la cour de Douai pour un parricide dont elle était innocente, constitue un de ces faits que la science médico-légale ne saurait passer sous silence. Tous les journaux politiques se sont faits, dans ces derniers temps, les interprètes du sentiment public, fortement surexcité par les péripéties de ce procès, et il est consolant de prévoir la réforme d'un côté important de notre législation pénale. L'accord est unanime pour flétrir la torture morale que fait éprouver une *mise au secret*, qui, dans quelques cas, a varié d'un mois à un an et plus encore. Qui oserait soutenir qu'un isolement de ce genre ne soit pas en disproportion avec ce que peut soutenir la nature la plus fortement trempée? M. Béranger a le premier élevé la voix contre la mesure du secret, et les publicistes de nos jours n'ont eu qu'à répéter les éloquentes paroles de cet éminent magistrat pour démontrer les inconvénients et les dangers d'un pareil procédé judiciaire, tant dans l'intérêt de la vérité que dans celui de la santé des accusés.

Il est un autre côté de la question, côté psychologique et médical, que je tiens à examiner. Le procès de réhabilitation de la femme Gardin a fait surgir une doctrine que je crois inacceptable ; et, pour entrer immédiatement en matière, je dirai les propres paroles de M. le procureur général à la chambre criminelle de la cour suprême d'Amiens :

« Il s'agissait donc réellement, disait ce magistrat, d'une

quels problèmes elle a résolus, en un mot quel progrès elle a réalisé.

Établissons à ce point de vue, et aussi succinctement que possible, le bilan de la discussion sur les *eaux potables*, dont M. le président de l'Académie de médecine a prononcé la clôture, mardi dernier, et qui avait été inaugurée, on se le rappelle, dans les séances du 18 et du 25 novembre 1862, par un rapport de M. Poggiale sur un mémoire de M. Lefort intitulé : Expériences sur l'aération des eaux et observations sur le rôle comparé de l'acide carbonique, de l'azote et de l'oxygène dans les eaux douces potables; propriétés physiques et chimiques de ces eaux.

Et d'abord il faut remarquer que les promoteurs du débat circonscrivaient la question dans l'étude des *eaux potables*, et la portaient d'une manière spéciale, pour ne pas dire exclusive, sur le terrain de la chimie. Mais il était évident qu'au sein de l'Académie de médecine, où l'on compte presque autant de médecins et d'hygiénistes que de chimistes et de pharmaciens, le litige ne pouvait pas demeurer longtemps resserré dans ces limites étroites, et qu'il s'étendrait tôt ou tard jusqu'aux domaines de la médecine et de l'hygiène.

Toutefois, on regrette que l'hygiène ait joué, dans cette importante campagne scientifique, un rôle si modeste, et qu'à deux exceptions près elle se soit tenue dans une stoïque réserve, en dépit de quelques attaques indirectes et même de certaines provocations personnelles. Sans doute, M. Jolly, M. Gibert et M. Briquet (nous n'osons pas y ajouter M. Bouchardat, depuis que M. Poggiale l'a si vivement revendiqué au nom de la chimie et de la pharmacie) étaient bien de taille à soutenir la lutte et à faire chanceler la victoire; mais pourquoi MM. Guérard, Michel Lévy, Tardieu et Vernois se sont-ils impitoyablement renfermés dans leur tente? Il se peut que le principe de non-intervention ait du bon en politique; mais nous doutons qu'il soit jamais efficace à la science; et, dans l'espèce, nous sommes très intimement persuadé que la dernière discussion aurait singulièrement gagné en éclat et en résultats utiles, si ces quatre éminents hygiénistes y avaient pris part.

Comme nous venons de le dire, la querelle s'est engagée, dès l'origine, sur les eaux potables; puis, s'agrandissant à l'insu même des orateurs, et en quelque sorte malgré eux, elle s'est étendue rapidement, et elle a embrassé dans sa généralité l'étude des eaux, au double point de vue de l'hygiène publique et privée. De là des confusions et des quiproquos inévitables entre ceux qui continuaient à ne disserter que sur les eaux potables proprement dites et ceux qui discutaient sur les eaux dans leurs rapports avec les usages domestiques et industriels.

C'est ainsi, en effet, que la question devait être envisagée, c'est ainsi qu'elle méritait d'être étudiée par l'Académie. M. Poggiale, dans son dernier discours, l'a posée nettement dans ces termes généraux, en consacrant l'expression d'*eaux publiques* proposée par M. Grimaud (de Caux), comme devant être avantageusement substituée à la dénomination imparfaite et insuffisante d'*eaux potables*.

Ceci une fois établi, que nous apprenait la science relativement aux eaux publiques, la veille de la dernière discussion?

Elle nous apprenait que les eaux destinées à l'approvisionnement des villes doivent être *abondantes*, *salubres*, *de bonne qualité;* que celles qu'on emploie plus spécialement aux usages domestiques et industriels doivent bien cuire les légumes et dissoudre le savon entièrement et sans grumeaux ; que celles, enfin, qu'on réserve d'une manière plus particulière à la boisson doivent, outre les qualités précédentes, être limpides, incolores, légères, douces, sans odeur, d'une saveur vive et agréable, fraîches en été, tempérées en hiver, tenir en dissolution une proportion convenable d'air, d'acide carbonique et de substances minérales, ne pas marquer plus de 25 degrés à l'hydrotimètre, et ne renfermer aucune matière organique, animale ou végétale, capable de subir la fermentation putride.

Voilà les principes, les enseignements de la science. A part quelques nuances sur lesquelles nous allons revenir, ils ont été soutenus, dans ce qu'ils ont de fondamental, d'une manière inébranlable, par MM. Poggiale, Jolly, Briquet, Boudet, Chatin et Gaultier de Claubry. Mais ils ont reçu quelques vives atteintes de la main de M. Robinet et de M. Bouchardat, qui ont essayé d'inaugurer l'ère d'une véritable révolution sur ce point d'hygiène.

Au fond, et à y regarder de près, tout le monde est d'accord sur les qualités physiques de l'eau potable proprement dite. MM. Jolly, Briquet, Gibert, Chatin, Bouchardat et Gaultier de Claubry ont le palais aussi délicat et le goût aussi raffiné que MM. Poggiale et Robinet. Ils peuvent bien proclamer, *en théorie*, et au sein de l'Académie, que la limpidité et la fraîcheur ne sont que des propriétés secondaires, accessoires et relatives ; mais, *en pratique*, et chez eux, ils sont certainement plus exigeants et d'un avis contraire. Nous en

---

» erreur judiciaire d'autant plus étrange que, par des circonstances exceptionnelles et vraiment inouïes, combinées par » deux malfaiteurs, est venu se réaliser à point nommé *le projet* » *parricide conçu et prémédité par une fille impie*, et que celle-ci, » sous l'influence d'une hallucination étrange, a cru elle» même à sa culpabilité et a accepté l'arrêt de condamna» tion. »

Les appréciations de M. le procureur général, loin de réhabiliter Rosalie Doise, femme Gardin, la laissent, et sans qu'elle puisse s'en douter, sous le coup d'une connivence morale avec des assassins qu'elle n'a jamais connus. Je n'ai pas à rechercher si elle était coupable intentionnellement ; c'est là un droit réservé au scrutateur suprême des consciences. Je préfère puiser dans les propres aveux de cette femme, aveux qu'elle a faits à la justice. J'examinerai ensuite cette simple question médico-légale : Quelle peut être, *dans certaines circonstances déterminées*, la valeur morale des accusations qu'un inculpé porte contre lui-même? La femme Gardin était enceinte, elle n'avait pas peur pour elle, mais pour l'enfant qu'elle portait dans son sein, et à qui le séjour de la prison devait être si fatal qu'il ne devait pas sortir viable du sein de sa mère. « On m'avait mise, dit-elle, dans un trou noir où il n'y avait pas d'air. J'ai eu peur qu'on m'y remette, et j'ai dit tout ce que l'on a voulu. » L'horreur du *trou* ressort de toutes les paroles de l'accusée, et il est facile de voir l'influence que cette torture morale exerçait sur la nature des aveux de cette femme. Elle désigne l'interprète et dit avec énergie :

« Mais c'est monsieur lui-même qui m'a forcée à avouer, parce que, quand je disais *non*, il me menaçait de me mettre dans un trou, dans un cachot... C'est monsieur qui m'a dit que je resterais dans un trou si je ne me déclarais pas coupable. »

M. le procureur général, à l'interprète. — Avez-vous tenu en effet ce langage à l'accusée?

L'interprète, avec embarras. — J'ai simplement interprété les

appelons sur ce point de ces messieurs à la tribune, à ces messieurs à table; et même à la tribune, quel accueil auraient-ils fait à la carafe académique, si, les jours où ils devaient parler, on l'avait emplie, pour les mettre à l'épreuve, d'une eau chaude, louche ou bourbeuse? Du reste, *confitentes habemus reos ;* ces honorables académiciens n'ont-ils pas déclaré plus d'une fois qu'ils avaient des fontaines dans leur cuisine pour filtrer leur eau et des caves ou des alcarazas pour la rafraîchir!

Et voilà, en dernière analyse, sur quoi porte essentiellement la dissidence entre MM. Poggiale et Robinet, d'une part, et MM. Gibert, Jolly, Briquet, etc., d'autre part. Ceux-ci pensent qu'il suffit de clarifier et de rafraîchir l'eau à domicile; ceux-là veulent épargner ce souci aux consommateurs et estiment qu'il est préférable que l'administration se charge de ce soin et qu'elle distribue à toutes les maisons et à tous les étages une eau toujours fraîche et toujours limpide ; ils ajoutent *abondamment et à bon marché.*

C'est là le programme de MM. Poggiale et Robinet; c'est aussi, comme on sait, celui de l'édilité parisienne. Pour arriver à un pareil résultat, ils pensent, avec M. le préfet de la Seine, avec M. Dumas et M. Belgrand, que tous les systèmes de filtrage et de rafraîchissement imaginés ou adoptés jusqu'à ce jour, n'offrent que des ressources imparfaites, aléatoires, précaires et tout à fait insuffisantes : le procédé de la compagnie des Célestins est irréalisable sur une grande échelle; des galeries filtrantes, à l'instar de celles de Toulouse, ne pourraient pas être établies sur les bords gypseux de la Seine; les systèmes Souchon et Fonvielle ont fait leur temps; le bateau-filtre de M. Burq n'a fonctionné jusqu'à présent que sur le papier, etc., etc. Si bien que MM. Robinet et Poggiale, au lieu de se baisser, suivant l'avis de MM. Jolly et Briquet, et de prendre l'eau de la Seine, qui coule à leurs pieds, aiment mieux aller chercher loin de Paris des eaux de sources, abondantes, fraîches et limpides, qu'on pourra boire sans aucune préparation.

Ici se réveille dans toute sa vivacité la fameuse dispute entre les partisans des eaux de source et les partisans des eaux de rivière, entre les *séquanistes* et les *antiséquanistes.* Nous ne recommencerons pas le récit de cette iliade, longuement exposée dans ce journal, en avril, mai et juin 1862. Il n'a rien été dit sur ce sujet à l'Académie, qui ne se retrouve à peu près dans les documents et dans les débats de cette époque. On a reproduit, cette année, les mêmes objections et les mêmes attaques que l'année dernière; on y a répondu par les mêmes arguments et par les mêmes répliques. D'un côté, on a révoqué en doute la possibilité de conserver aux eaux de dérivation leur température et leur pureté initiales; d'un autre côté, on s'est prévalu de l'exemple des villes approvisionnées par des aqueducs, notamment de Rome et de Dijon, où l'eau, après un parcours de plusieurs kilomètres, affronte les ardeurs de l'été, et arrive dans les fontaines publiques aussi fraîche qu'à son point d'émergence. Les doutes que les adversaires des eaux de sources ont cherché à élever là-dessus ne sauraient résister aux témoignages unanimes des médecins qui ont visité la ville éternelle.

Comme on devait s'y attendre, MM. Jolly et Briquet ne se sont pas fait faute, cette fois encore, de reprocher aux eaux de sources leur défaut d'aération et leur saturation calcaire. A cette grave accusation, M. Bouchardat et M. Robinet ont opposé un argument inattendu, ou ce qu'on pourrait appeler à plus juste titre une doctrine nouvelle dans la question des eaux potables. Ces deux orateurs ont nié l'utilité de l'aération et l'influence funeste des matières fixes, ou du moins ils ont singulièrement rabattu de l'importance hygiénique qu'on a coutume d'attacher à ces éléments.

L'air, s'est demandé M. Bouchardat, joue-t-il dans les eaux potables un rôle direct, indispensable? « Il est permis d'en douter, a-t-il répondu, quand on voit les Chinois n'employer l'eau qu'après l'avoir fait bouillir, c'est-à-dire lorsqu'elle est privée d'air. » — Nous ne croyons pas, à dire vrai, que l'exemple soit heureusement choisi. Nous n'irions pas, quant à nous, si nous avions besoin de quelque bon précepte d'hygiène, le demander aux Chinois, ce peuple fumeur d'opium, le plus bouffi, le plus lymphatique et le plus scrofuleux du monde. Nous préférons le genre de preuves invoqué par M. Robinet, qui, sans passer les mers et sans sortir de France, a cité des faits nombreux à l'appui de sa thèse : les enfants à la mamelle qui ne trouvent point d'air dans le lait de leur mère; les habitants de Châlons et d'Épernay, qui boivent des eaux de puits creusés dans la craie et presque toujours soigneusement couverts; la maison impériale de Saint-Denis, la caserne, le dépôt de mendicité, qui tirent leur eau d'un puits artésien ; l'hôpital Necker et l'hôpital des Enfants, qui sont approvisionnés par le puits de Grenelle ; les animaux qui s'abreuvent dans des mares dont l'eau plus ou moins infecte et verdâtre ne contient pas un atôme d'oxygène. Et ici il importe d'ouvrir une grande parenthèse et de faire une rectification. L'opinion publique,

---

paroles de M. le juge d'instruction... Je ne pouvais faire autre chose.

M. le président, à l'accusée. — On ne s'explique pas que vous ayez reconnu votre culpabilité, étant innocente?

L'accusée. — Et ne fallait-il pas mieux rester seule en prison que d'y retenir aussi mon mari? C'est bien pour cela que j'ai tout pris sur moi.

D. Mais vous êtes entrée dans des détails?...

R. Je ne savais quoi dire pour sortir des cachots; si je n'avais pas dit ce que j'ai dit, j'aurais souffert. M. le commis-greffier ne cessait de me donner le conseil d'avouer et qu'on me ferait sortir du cachot, parce que je lui disais ce que je souffrais étant enceinte.

D. On ne croyait pas en ce moment que vous fussiez enceinte?

R. Je l'étais pourtant et je voulais sauver mon enfant, lui assurer un appui en faisant relâcher mon mari.

D. Vous n'aviez qu'à attendre, puisque vous étiez sûre de l'innocence de votre mari?

R. Ah! oui, est-ce qu'on sait ce qui en retourne?

D. Mais enfin on ne voit pas quels sont les moyens de contrainte qui ont été exercés contre vous?

R. On m'a dit : Avouez ou vous resterez dans le trou noir où l'on m'avait mise et où je n'avais même pas de l'air.

D. C'est-à-dire qu'on vous a mise au secret, ce qui était le droit et le devoir du magistrat. Vous avez persisté, après être sortie du secret, dans vos aveux, et cela pendant près de cinq semaines?

L'accusée, avec vivacité. — Eh! sans doute, je ne voulais pas y retourner, au cachot!

M. le procureur général. — Mais vous n'avez pas été mise au cachot, si nous sommes bien informé?

L'accusée. — Oh! je ne sais pas; mais ce que je sais, c'est qu'il y avait deux portes au trou et qu'il n'y avait pas d'air.

M. le procureur général. — Vous n'étiez séparée que par une

la presse et la Gazette hebdomadaire la première, se sont, paraît-il, méprises sur la signification donnée par M. Robinet à ces deux derniers faits; on s'est figuré, à tort, qu'il avait parlé de l'eau *laiteuse* du puits artésien de Grenelle et de l'eau bourbeuse des mares pour établir qu'on pouvait boire impunément de l'eau trouble et de l'eau malpropre, et que, par conséquent, la limpidité ne constituait pas une qualité nécessaire de l'eau potable. C'est une erreur d'interprétation; M. Robinet a toujours tenu ferme pour les eaux limpides, et c'est à titre d'argument contre la valeur de l'aération qu'il a cité l'eau de Grenelle et l'eau des mares (1). Sous ce rapport, on sait, que M. Robinet a poussé l'ardeur de la conviction jusqu'à se condamner, pendant quarante jours et quarante nuits, à l'usage exclusif de l'eau distillée; il a ajouté, et l'Académie a pu constater, qu'il ne s'en portait que mieux. Seulement, il avait le soin de remplacer l'air par de l'acide carbonique. Car, si M. Robinet nie l'utilité de l'oxygène dans les eaux potables, il déclare, en revanche, que la présence de l'acide carbonique y est de première nécessité. Et, à cet égard, il n'est pas contredit par M. Bouchardat.

Les deux honorables académiciens tombent également d'accord pour innocenter les sels calcaires et magnésiens de tous les forfaits pathologistes que les hygiénistes (de mauvais augure sans doute) ont mis à leur charge. Ici M. Robinet pouvait argumenter à son aise; il n'était point lié par ses antécédents, et il lui était loisible, sans scandaliser personne par une sorte d'abjuration, de faire le dénombrement de toutes les localités de France et de Navarre qui boivent des eaux calcaires et magnésiennes sans nul préjudice pour la santé des populations : aussi s'est-il bien gardé d'en omettre une seule depuis le Havre jusqu'à Marseille. Mais plus délicate était la position de M. Bouchardat. Le savant professeur avait attaché son nom à une théorie sur l'étiologie du goître; il y avait engagé son enseignement. Ainsi tenu par son passé, il avait donc à faire tout d'abord une amende honorable. Il s'y est résigné, disons-le, avec la meilleure grâce du monde; et le sulfate de chaux a obtenu sa réhabilitation de la bouche même de celui qui l'avait proscrit naguère avec le plus d'acharnement.

Mais il faut une victime à M. Bouchardat; et c'est ici qu'il se sépare assez radicalement de M. Robinet. Tandis que celui-ci se contente d'absoudre les sels terreux et de démontrer l'inanité des doctrines professées jusqu'à ce jour sur l'étiologie du goître, attendant que des observations assez nombreuses permettent d'en édifier une plus solide et plus en harmonie avec les faits, M. Bouchardat, obligé sans doute par les exigences de sa chaire de trouver une théorie qui satisfasse la légitime curiosité de ses jeunes auditeurs, impute l'insalubrité des eaux potables aux matières organiques en dissolution et particulièrement à la présence d'un ferment de nature végétale, analogue au miasme des marais, véritable engin d'épidémies, cause productrice du goître, du crétinisme, de la fièvre typhoïde, du bouton d'Alep et du bouton de Biskra. Cette nouvelle théorie n'a pas obtenu le suffrage des autres orateurs. Hypothèse pour hypothèse, ils ont préféré celle qui se traduit par une réaction chimique à celle qui s'appuie sur l'existence fort problématique d'un agent mystérieux, impossible à saisir dans une éprouvette ou à découvrir au fond d'une capsule.

Inutile de dire que toutes les autres doctrines sur l'étiologie du goître ont trouvé des partisans et des défenseurs dans cette discussion. MM. Jolly et Briquet ont fait le procès aux eaux séléniteuses, M. Gaultier de Claubry aux eaux privées d'air et d'oxygène, M. Chatin aux eaux dépourvues d'iode.

En résumant ce qui précède, nous voyons : les uns regarder la limpidité et la fraîcheur comme des caractères essentiels aux bonnes eaux potables; les autres, les envisager comme des qualités secondaires et relatives; — ceux-ci proclamer l'importance capitale de l'aération des eaux; ceux-là révoquer en doute l'utilité de la présence de l'oxygène et attribuer une haute valeur hygiénique à l'acide carbonique; — les uns tenir un compte médiocre des matières fixes; les autres les considérer comme les assaisonnements nécessaires des bonnes eaux; — ceux-ci attribuer l'origine d'un grand nombre de maladies endémiques et épidémiques à la présence ou à l'excès de certains éléments; ceux-là à l'absence de certains autres; — ici, à l'absence d'air ou d'iode; là, à la présence de matières organiques ou à l'excès de sels terreux : — d'un côté, beaucoup d'arguments en faveur des eaux de rivières; de l'autre, beaucoup de raisons à l'avantage des eaux de sources; — ici l'apologie de la Seine; là le panégyrique de la Dhuis.

Cette situation se caractérise en trois mots : incertitude, confusion, anarchie!

Mais la parole restait à l'habile rapporteur, qui, en cette

(1) Nous ne pouvons pourtant nous empêcher de faire une remarque : si l'eau laiteuse du puits de Grenelle et l'eau trouble des mares n'altèrent pas la santé de ceux qui en boivent, c'est donc qu'elles sont inoffensives, et M. Robinet se défend d'avoir professé cette opinion. Si, au contraire, elles sont nuisibles, comment M. Robinet établit-il qu'elles le sont par les corps étrangers qu'elles tiennent en suspension et non par le défaut d'aération?

---

porte de la salle commune des autres détenus. Il y avait des cachots à Hazebrouck, vous n'y avez pas été mise, que je sache au moins.

M. le président. — Sortiez-vous dans le jour?

L'accusée. — Je ne suis sortie que deux fois pendant tout le temps.

D. C'est que vous ne le demandiez pas?

R. Pardon, je ne faisais que demander à sortir, et l'on me répondait : Dites la vérité, et vous sortirez.

M. le procureur général. — Pas de confusion; sortiez-vous deux fois par jour?

L'accusée. — Je ne suis sortie que deux fois en six ou sept semaines.

M. le président. — Mais demandiez-vous à sortir?

L'accusée. — Je demandais tant de choses, et l'on ne m'accordait rien. Le commis-greffier me disait toujours : Dites où est la montre, et vous sortirez.

D. Le médecin devait vous visiter?

R. Je ne l'ai vu, le médecin, que deux fois en deux mois : la première fois, il m'a saignée; la seconde fois il a dit de me faire sortir.

D. Combien de temps êtes-vous accouchée après la sortie du secret?

R. Je suis accouchée quatre semaines après être sortie du cachot.

D. Et vous avez perdu votre enfant?

R. Eh! oui. (Elle pleure.) Mon enfant a vécu vingt-quatre jours; comment aurait-il vécu? je ne dormais jamais au cachot.

D. Je dois dire que, dans votre interrogatoire, vous m'avez dit que votre constante espérance était que la lumière se ferait et qu'au bout de quelques années votre innocence apparaîtrait.

R. Je n'ai cessé de le dire. Ainsi, quand le gardien me disait tous les jours : « Voyons, accusez-vous », moi je lui répondais : « Mais est-ce qu'on n'a rien découvert de nouveau? —

qualité, avait droit au dernier mot dans la discussion. Déjà, dans le cours du débat, M. Boudet avait essayé vainement d'imposer silence aux exagérations, de faire triompher l'orthodoxie et de ramener les dissidents aux préceptes de l'école. M. Poggiale a entrepris à son tour cette tâche difficile, et il l'a fait avec une grande fermeté de langage, à la pleine satisfaction de ceux qui avaient cru un moment qu'il ne restait plus qu'à brûler tous les livres d'hygiène. Il a fini à peu près comme il avait commencé, et son dernier discours n'a été, en quelque sorte, que l'heureuse paraphrase et la confirmation de son rapport, comme on pourra s'en convaincre par le rapprochement et la comparaison de ces deux documents.

M. Poggiale a maintenu la légitimité des caractères attribués par tous les traités classiques aux bonnes eaux potables, et il a déclaré excellentes pour la boisson et pour les divers usages domestiques et industriels les eaux qui réunissent toutes ces qualités, quelle que soit leur provenance. Tout en reconnaissant la supériorité de l'eau de la Seine sous le rapport de la composition chimique, il n'a pas hésité à accorder la préférence aux eaux de la Dhuis pour l'approvisionnement de Paris, « à la condition toutefois de les conduire dans des aqueducs larges, aérés et couverts, afin qu'elles conservent leur fraîcheur, qu'elles se saturent d'oxygène et d'azote, qu'elles se dépouillent de leur excès de carbonate calcaire et qu'elles soient garanties des intempéries des saisons. »

Nous aimons à constater pour la seconde fois la parfaite conformité de ces opinions avec celles que nous avons exposées nous-même dans ce journal, à propos de la question des *eaux de Paris*. Nous croyons pourtant devoir faire une réserve, au moins en ce qui concerne l'espèce d'indifférence physiologique que M. Robinet prête à l'air et aux substances salines des eaux potables. La haute autorité de ce savant mérite mieux qu'une fin de non-recevoir pure et simple. Si, comme nous le croyons, il a contesté trop absolument l'influence nocive de certaines eaux sur la santé, il se peut qu'une enquête du genre de la sienne, plus longtemps poursuivie, mieux éclairée par le côté médical (car elle ne pourrait l'être mieux par le côté chimique), ait pour résultat de modifier en plus d'un point l'opinion traditionnelle des hygiénistes. Seulement, on conviendra aisément qu'une *administration* chargée de distribuer à une grande cité les meilleures eaux possibles ne s'arrête pas à des dissidences inattendues, peut-être passagères, surtout quand elle est assurée, même en les négligeant, de distribuer de bonnes eaux.

Un autre point sur lequel nous sommes tombé d'accord avec l'honorable rapporteur, c'est l'impossibilité, dans l'état actuel de la science, de déterminer d'une manière précise l'agent producteur du goître endémique, de rattacher son développement à une cause unique, notamment à l'usage de certaines eaux. Les faits déjà connus, les recherches récentes de M. Robinet, les dernières épidémies de goître aigu observées à Clermont-Ferrand, à Riom et à Colmar, les dissidences et les contradictions qui partagent les hygiénistes sur ce sujet, démontrent surabondamment avec quelle défiance il faut accepter les doctrines exclusives et combien il est plus sage de tenir compte de toutes les conditions hygiéniques défavorables dans l'étiologie de l'endémie goîtreuse.

Un mot enfin sur la méthode à suivre dans la question des eaux publiques. Faut-il, d'après le conseil de M. Bouchardat, dédaigner les procédés de la chimie, et s'en tenir exclusivement à l'observation médicale? Nous ne le pensons pas; nous sommes d'avis, avec MM. Poggiale et Boudet, qu'ici l'expérience chimique et l'observation médicale doivent se donner la main, marcher de concert, et se prêter un mutuel appui. Sans le chimiste, le médecin ne posséderait le plus souvent qu'un des éléments de l'observation, la maladie, c'est-à-dire l'effet; mais la cause lui échapperait dans maintes circonstances, s'il ne la cherchait, avec le concours de l'analyse chimique, dans la composition intime de l'air que l'homme respire, de l'eau, des boissons et des aliments dont il fait usage. Mais, pour arriver sur ce point à des résultats précis, à des données concluantes, il faut des masses de faits et des investigations bien dirigées, sur une vaste échelle. Alors seulement on pourra tirer quelque conclusion positive, et découvrir la relation qui existe entre certaines conditions déterminées des agents hygiéniques et la production d'une endémie ou l'apparition d'une épidémie; alors seulement on parviendra peut-être à dissiper bien des obscurités, à faire cesser bien des contradictions et à combler d'importantes lacunes, qui rendent encore si difficile, si imparfaite et si confuse la question de l'hygiène des eaux.

A. Linas.

A la fin de la séance de l'Académie, M. Bousquet a lu, sur l'origine de la vaccine, une note à laquelle M. Depaul s'est réservé de répondre dans la prochaine séance.

Que voulez-vous qu'on découvre, ajoutait-il, puisque c'est vous qui êtes la coupable? »

Revenons à la doctrine de la coïncidence entre une pensée impie qui peut surgir dans le cœur humain et la réalisation de cette pensée par des exécuteurs inconnus. « Une pareille coïncidence, a dit M. de Richecœur dans le journal L'Union (4 décembre 1862), suivie d'une semblable hallucination, est dans l'ordre des mystères psychologiques, chose si étrange et l'on peut dire si absolument nouvelle que M. le procureur général, qui pourtant n'avait pas à se préoccuper des faits, se voit forcé d'étayer son système d'une articulation comme celle-ci : « Rosalie Doize, si elle n'est pas coupable dans le fait, l'a du » moins été dans l'intention. » — « Or, ajoute M. de Richecœur, aujourd'hui que la lumière s'est faite entièrement et que des débats trois fois renouvelés ont amplement démontré quelle est la vérité et quels sont les seuls auteurs de l'assassinat dont il s'agit, que reste-t-il du système de M. le procureur général près la cour de cassation?... »

Il reste une chose, ajouterons-nous, c'est la nécessité pour les médecins légistes de traiter la question de savoir quelle peut être, dans certaines circonstances déterminées, la valeur morale des aveux qu'un accusé émet contre lui-même.

J'ai dit : Dans certaines circonstances déterminées. Ces termes impliquent pour moi la nécessité de me placer momentanément sur le terrain de la pathologie mentale.

On peut, outre l'aveu franc, véridique, et qui après lui ne peut laisser aucun doute, distinguer plusieurs sortes d'aveux qui sont de nature à faire naître certaines perplexités dans l'esprit du juge qui interroge. Il y a l'aveu spontané que fait un individu nullement accusé; l'aveu que, dans le cours d'une maladie mentale, font des aliénés sur l'insanité desquels on ne saurait avoir de doute; enfin l'aveu que fait un accusé dans quelques circonstances particulières. Et quelles sont donc ces circonstances? Il en est de plus d'une sorte, qui peuvent se déduire de l'influence terrifiante exercée par la mise au secret et même par les premières investigations de la justice,

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Statistique chirurgicale.

RÉSULTATS COMPARATIFS DES AMPUTATIONS IMMÉDIATES, MÉDIATES ET ULTÉRIEURES, par M. le docteur Legouest (1).

Les résultats des amputations immédiates sont plus favorables que ceux des amputations médiates, et les résultats de ces dernières le sont moins que ceux des amputations ultérieures. Celles-ci se rapprochent beaucoup des amputations auxquelles Malgaigne a donné le nom d'amputations pathologiques, et qu'il considère comme beaucoup moins périlleuses que les amputations traumatiques; les amputations pathologiques étant pratiquées pour une affection chronique du membre, et les amputations traumatiques pour des lésions accidentelles.

Les observations de nos prédécesseurs sur le résultat des amputations pratiquées à différentes époques ont été, en partie, confirmées par l'expérience de nos dernières guerres.

Dans l'armée anglaise, les opérations immédiates et les opérations médiates pratiquées en Crimée depuis le 1er avril 1855 jusqu'à la fin de la guerre ont été :

		Morts.	Rapport p. 100.
Opérations immédiates. .	690	175	25,3
— médiates. . . .	89	38	42,7

Dans les hôpitaux du Bosphore, depuis le 26 septembre jusqu'au 27 novembre 1854 :

		Morts.	En traitement.	Guéris.	Rapport p. 100.
Opérations immédiates.	154	18	40	96	11,6
— médiates. . .	65	42	7	16	64,6

La proportion des morts est plus grande à la suite des amputations primitives pratiquées en Crimée que dans les hôpitaux du Bosphore, où les opérés ont été placés tout d'abord dans de bonnes conditions; elle est moins forte, au contraire, à la suite des amputations médiates, parce que déjà, à l'époque où celles-ci ont été faites dans les hôpitaux du Bosphore, ces établissements encombrés ne présentaient plus des conditions aussi avantageuses que les ambulances de la Crimée.

(1) Ce travail est un chapitre détaché d'un Traité de chirurgie d'armée qui est sur le point de paraître. Nous sommes heureux d'avoir ainsi les prémices d'un ouvrage que recommande assez haut le nom de l'auteur (*).

(*) *Traité de chirurgie d'armée*, in-8 de plus de 900 pages, avec 128 figures intercalées dans le texte. Paris, 1863, J. B. Baillière et fils, éditeurs.

Dans l'armée française, toutes les amputations, non compris les amputations des phalanges des doigts, des métacarpiens et des orteils, se sont élevées, pendant toute la campagne, au nombre de 4467, ainsi réparties :

		Morts.	Pensionnés.	Rapport p. 100.
Opérations immédiates. .	3234	2337	897	72,2
— médiates. . . .	852	600	252	70,4
Époque non déterminée.	381	194	187	51
	4467	3131	1336	

Parmi ces opérations, les opérations doubles sont au nombre de 120, et ont donné :

		Morts.	Pensionnés.	Rapport p. 100.
Opérations immédiates.	53	38	15	71,7
— médiates. . .	67	51	16	76,2

Les opérations primitives, pratiquées dans l'armée anglaise, ont donné, d'une part, 25,3 morts pour 100, de l'autre, 11,6 morts pour 100; et les opérations consécutives, 42,7 et 64,6 morts pour 100 : l'avantage reste donc aux premières sur les secondes. Au contraire, dans l'armée française, les opérations primitives ont donné 72,2 morts pour 100, et les opérations consécutives 70,4 morts pour 100 : il y a donc une légère différence en faveur de ces dernières. Mais il faut considérer que les opérations dont l'époque n'a pas été déterminée n'ont donné que 51 morts pour 100, qu'il est très probable qu'elles ont été faites primitivement, et qu'en les ajoutant aux opérations primitives celles-ci n'ont plus qu'une mortalité de 70 pour 100. Il n'y aurait donc, d'après ces chiffres, qu'une différence insignifiante entre les opérations primitives et les opérations consécutives pratiquées dans nos rangs à l'armée d'Orient. Nous nous expliquerons tout à l'heure sur l'élévation de nos pertes, parmi nos opérés, comparées à celles de l'armée anglaise.

Enfin les remarquables études statistiques de Malgaigne (1) sur les grandes opérations dans les hôpitaux de Paris, et les recherches plus récentes d'U. Trélat (2), paraissent mettre hors de doute l'avantage des amputations pathologiques sur les amputations traumatiques.

	Amputations.		Morts.		P. 100.
Malgaigne. .	Pathologiques. .	343	176	=	51,3
	Traumatiques. .	166	104	=	62,7
U. Trélat. .	Pathologiques. .	568	223	=	39,3
	Traumatiques. .	470	261	=	55,6
	Indéterminées. .	106	28	=	26,4

Résultats généraux des amputations. — Quelques chirurgiens,

(1) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. XIII et XIV.
(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1862.

---

qui, si douces et mitigées qu'elles puissent être, ne laissent pas d'impressionner fortement certains esprits. Il est des circonstances qui peuvent encore se trouver dans l'individu lui-même : c'est un enfant, une jeune fille, une femme enceinte, un vieillard à l'esprit affaibli; je suppose enfin un homme d'un esprit pusillanime et faible... Je cite toutes ces situations et j'en pourrais produire d'autres, non pas dans la vue d'en déduire une théorie d'atténuation au cas où les individus seraient réellement coupables, mais pour fixer d'avance l'attention sur les nombreuses défaillances et faiblesses de l'esprit humain dans leurs rapports avec l'âge, le sexe, le tempérament, l'éducation et une foule d'autres influences de l'ordre physique ou moral, parmi lesquelles la maladie joue un rôle considérable.

Comme exemple d'un aveu spontané, je citerai celui d'une jeune femme qui vint un jour à un magistrat s'accuser d'être l'auteur de la mort de son enfant. Il s'agissait d'une pauvre créature rachitique, âgée de sept à huit ans, dont elle-même, mère dénaturée comme elle s'appelait, avait hâté la mort par ses mauvais traitements. Les détails étaient tellement circonstanciés que l'on comprend facilement les perplexités du juge. Mais une instruction sommaire vint bientôt le tirer d'embarras. Les fait articulés par la malheureuse mère étaient faux. Il fut attesté par le père et par d'autres parents que jamais fils malade et infirme n'avait été soigné avec plus de sollicitude par sa mère. L'enfant était atteint d'une maladie de la moelle épinière, et il était mort subitement alors que ses parents étaient à une soirée. Cette coïncidence avait suffi pour bouleverser l'esprit de cette dame, qui ne pouvait se pardonner de s'être amusée au moment où son fils se mourait. Elle s'accusait elle-même avec des détails extrêmement circonstanciés, comme je l'ai dit plus haut, et en citant des faits qui n'avaient jamais existé. Elle fut envoyée à Saint-Yon et en sortit guérie.

Je pourrais relater de nombreuses observations de ce genre. Si dans nos asiles nous avons la classe des délirants par persécution, qui s'imaginent être les victimes innocentes des machinations dirigées contre eux, tantôt par leur famille ou par

et, parmi les plus autorisés, Malgaigne et Velpeau, tout en admettant les amputations dans les cas où elles sont indispensables, sont disposés à ne pratiquer que le moins d'amputations immédiates possible, et pensent même pouvoir poser en précepte général que les tentatives de conservation des membres, dans tous les cas, n'exposent pas à des chances de mort plus considérables que les amputations (1).

Cette proposition ne saurait être adoptée d'une manière générale dans la chirurgie d'armée; la différence des résultats que l'on peut obteuir en campagne ou dans les hôpitaux civils est très graude, et tient aux causes que nous avons précédemment énumérées. On est bien forcé d'avouer que les résultats généraux des amputations ne donnent pas une grande somme de succès; mais il est juste de reconnaître aussi que les statistiques partielles comparatives des succès après l'amputation ou sans amputation, y compris même celle que nous avons établie sur les fractures de la cuisse traitées par la conservation du membre ou par l'amputation, ne sont pas encore assez considérables pour faire loi, et qu'elles n'ont fait jusqu'ici qu'apporter des éléments de solution à la question, sans la trancher définitivement.

	OPÉRÉS.	MORTS.	RAPPORT pour 100.
Bataille navale devant Brest, 1794 (Fercoq)	66	2	3,3
Combat de Newbourg, 1794 (Percy et Larrey)	106	8	7,5
Bataille navale d'Aboukir, 1798 (armée anglaise).	30	»	»
Id. Id. (armée française), d'après Masselet	14	3	21,4
Campagne de la Nouvelle-Orléans, 1814 (Guthrie).	52	12	23,1
Bataille de Toulouse, 1814 (Guthrie)	99	32	32,3
Bataille de Waterloo, 1815 (Guthrie)	372	191	51,4
Bataille navale de Navarin, 1827 (Del Signoro)	58	14	24,1
Paris, Gros-Caillou, 1830 (H. Larrey)	17	9	53,0
Id., Hôtel-Dieu, 1830 (Menière)	24	17	70,7
Id., 1830 (Roux)	14	7	50,0
Id., Saint-Louis, 1832 (Richerand)	15	11	73,4
Siége d'Anvers, 1833 (H. Larrey)	64	14	21,9
Espagne, 1836-37 (Alcock)	77	36	46,8
Expédition de Constantine, 1837 (Sédillot)	23	17	73,9
Paris, 1848, Académie de médecine (divers)	126	56	46,6
Id., 1848 (Baudens)	14	9	64,1
Armée danoise, 1848-50 (Djorup)	243	96	30,5
Campagne d'Orient (armée anglaise), 1854-56	998	273	27,4
Id. Id. (armée française), grandes opérations seules	4467	3131	70,2
TOTAUX	6797	3916	57,63

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 12 septembre 1848, t. XIII, p. 1431.

La mortalité générale des amputations a été très variable dans différentes circonstances et d'après les relevés fournis par divers chirurgiens; Boucher estimait que les deux tiers des amputés succombent; Faure assure qu'après la bataille de Fontenoy (1745) 300 amputations ne donnèrent que 30 ou 40 succès; Bilguer réduit à 1 ou 2 succès les amputations pratiquées pendant la guerre de Sept ans (1756). Larrey (1), rappelant tous ses souvenirs, après trente ans de guerre, pensait avoir sauvé les trois quarts de ses amputés. A. Blandin, chirurgien de la république, dit qu'avec des soins sagement administrés on peut espérer sauver les trois cinquièmes des opérés.

Ce sont là des appréciations sans chiffres et sans contrôle; on trouvera dans le tableau ci-contre des données qui, sans être très probablement d'une rigoureuse exactitude, sont cependant plus certaines, en raison des nombres assez considérables qui leur servent d'éléments.

Les 6797 opérations réunies dans ce tableau ont donné en moyenne 57,63 morts pour 100, chiffre qui se rapproche beaucoup de l'estimation d'A. Blandin. Des différences énormes existent entre les rapports de la mortalité pris isolément : c'est pendant l'expédition de Constantine que la mortalité a été la plus considérable, 73,9 pour 100; puis viennent successivement : celle de Saint-Louis, en 1832, 73,4 pour 100; de l'Hôtel-Dieu, en 1830, 70,7; de l'armée française pendant la campagne de Crimée, 70,2 pour 100; du Val-de-Grâce, en 1848, Baudens, 64,1 pour 100; du Gros-Caillou, en 1830, H. Larrey, 53 pour 100; de la bataille de Waterloo, Guthrie, 51,4 pour 100; enfin de Paris, 1830, Roux, 50 pour 100. Les fâcheuses conditions dans lesquelles se trouvaient les blessés, pendant la désastreuse expédition de Constantine, pendant la longue guerre de Crimée, après la fatigue d'une bataille de géants comme celle de Waterloo, dans les salles encombrées de Saint-Louis et de l'Hôtel-Dieu, la pénible situation morale des blessés militaires et de certains blessés civils, victimes de la guerre des rues, nous paraissent suffisantes pour expliquer ces grandes mortalités.

Les mortalités très faibles des opérations après certains faits de guerre : Aboukir, armée anglaise, 0 pour 100; bataille navale devant Brest, 3,3 pour 100; combat de Newbourg, 7,5 pour 100; Aboukir, armée française, 21,4 pour 100; siége d'Auvers, 21,9 pour 100; Nouvelle-Orléans, 23,1 pour 100; Navarin, 24,1 pour 100, nous paraissent plus difficiles à comprendre. Il est assez remarquable que les opérations pratiquées dans les combats navals ont donné, en général, moins de mortalité que les autres : peut-être faut-il l'attribuer à la

(1) Malgaigne, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIII, séance du 8 août 1848.

des amis, tantôt par des inconnus et par la police même, dans le but de les compromettre, de les déshonorer, nous avons aussi la catégorie des infortunés, qui s'accusent d'être les auteurs de la mort de leurs maris, de leurs femmes, de leurs enfants. Les hypochondriaques, les scrupuleux en religion, font, comme on sait (et en dehors des asiles d'aliénés, où il s'en faut bien que tous soient renfermés), le tourment des médecins et des prêtres. Ceux-ci finissent bientôt par voir qu'ils ont affaire à de malheureux malades; ils se hâtent de les renvoyer à leurs directeurs naturels, les médecins.

Sans doute, lorsque l'affection mentale est bien caractérisée, il est facile de rattacher ces plaintes exagérées à leur véritable origine maladive. Mais il arrive souvent aussi qu'elles se produisent dans la période d'incubation de la folie, alors que l'on peut à peine se douter de l'existence du mal. Les médecins qui s'occupent des affections nerveuses ont pu remarquer cette étrange disposition de la part des malades à donner une existence réelle à la variété infinie d'impressions et de pensées qui, malgré nous, viennent nous assaillir dans les circonstances douloureuses ou critiques de la vie. On a des ennemis, des détracteurs, et des projets de vengeance ont pris involontairement naissance dans l'esprit. Sous l'influence d'une passion, il surgit dans notre âme mille pensées mauvaises dont on a honte et horreur, et que l'on combat de toutes ses forces. Les hommes les plus sages, les plus vertueux, ne sont pas toujours à l'abri des dangers de la tentation. Au milieu des conditions pénibles de l'existence, on a parfois rêvé la cessation de ses propres misères; des songes heureux nous ont fait arriver à la fortune, aux grandeurs, etc. Eh bien, toutes ces idées mauvaises ou folles, tous ces rêves consolants ont pu, dans un état de folie réel, revêtir une réalité chimérique et devenir pour l'aliéné quelques-unes de ces idées fixes qui forment la base de son délire et qui sont si difficiles à déraciner.

Une femme a prédit à son mari que sa mauvaise conduite lui attirerait la punition du ciel; une mère a également cherché à rappeler son fils à la vertu par la perspective de la pu-

dissémination des blessés sur un grand nombre de navires, à la constitution robuste et éprouvée des marins, à l'absence de perturbation dans leurs habitudes, le vaisseau étant pour eux l'habitation, et devenant l'hôpital après avoir été le champ de bataille. Nous ferons observer aussi que ce sont de courtes et heureuses campagnes, Newbourg, Nouvelle-Orléans, siége d'Anvers, pendant lesquelles les troupes n'avaient pas eu le temps de se fatiguer, ou étaient entourées de soins et de ressources sans nombre, qui ont fourni le moins de mortalité à la suite des opérations. Il est bon de savoir qu'au début d'une campagne la chirurgie est généralement assez heureuse; mais qu'elle s'exerce, à mesure que la guerre se prolonge, sur des hommes dans de moins bonnes conditions, et ne compte plus que des succès de moins en moins nombreux.

C'est là la grande cause de la mortalité affligeante de nos opérés de la campagne d'Orient, 70,2 pour 100, à laquelle se sont surajoutés l'inclémence du climat, les épidémies et l'encombrement de nos hôpitaux. On a lieu d'être surpris de la mortalité relativement très minime des opérés de l'armée anglaise, notre alliée dans cette campagne : le chiffre 27,4 pour 100 en est à peu près le même que celui de 25 pour 100 supputé par Larrey, après trente ans de guerre. La supériorité des succès de la chirurgie anglaise sur la chirurgie française se manifeste aussi bien dans la pratique civile que dans la pratique des armées; elle a tellement ému les chirurgiens de ce côté-ci du détroit que certaines statistiques chirurgicales d'outre-Manche, récemment publiées en France, ont été vivement incriminées et considérées comme entachées d'erreurs manifestes.

Nous acceptons, pour notre part, les statistiques données par le travail intitulé : Medical and Surgical History of the British Army which served in Turkey and the Crimea during the War against Russia in the Years 1854, 1855, 1856, London, 1858, — et présenté en 1858 au Parlement d'Angleterre; nous ferons néanmoins remarquer : 1° que le chiffre des opérés porté à 998, et celui des morts à 273, s'élève véritablement, d'une part, à 1080 opérés, de l'autre à 310 morts, d'après le dépouillement même des tableaux statistiques anglais; d'où il résulte que la mortalité a été de 28,7 pour 100 au lieu de 27,4; 2° que 737 amputés, en voie de guérison, sur 1080 ont été évacués de Crimée et de Scutari sur l'Angleterre, et qu'ils sont tous désignés comme guéris.

La différence de mortalité 1,3 pour 100, entre 27,4 pour 100, chiffre des tableaux originaux, et 28,7 pour 100, chiffre des tableaux révisés, n'est pas assez importante pour nous arrêter. Mais nous ne pouvons pas ne pas signaler l'incertitude qui plane sur le sort des 737 amputés évacués sur l'Angleterre et portés guéris. Aucun de ces opérés n'a-t-il donc succombé depuis le jour de l'évacuation jusqu'en 1856, époque à laquelle s'arrête, avec la guerre, l'histoire chirurgicale de la campagne anglaise? Tous les amputés entrés à Chatam, au nombre de 667 sur les 737 évacués, ont-ils donc survécu à leurs blessures? On peut légitimement en douter, quand on n'a pas oublié combien d'opérés français sont morts pendant les évacuations de la Crimée sur Constantinople, de Constantinople sur la France, et plus tard encore; quand on sait combien d'accidents funestes peuvent survenir pendant la cicatrisation et avant la guérison complète d'une amputation. Il est à peu près certain que les auteurs des statistiques anglaises n'ont pas fait entrer dans leur chiffre de mortalité, prématurément établi, les pertes résultant de tous les accidents secondaires ou tardifs des amputations, et qu'ils ont ainsi donné, sans le vouloir, une moyenne de morts plus faible qu'elle n'est en réalité; tandis que dans les relevés de l'armée française le sort des opérés n'a été déterminé qu'à la date du 31 décembre 1857, c'est-à-dire dix-huit mois après la campagne, et qu'on n'a considéré comme guéris que ceux d'entre eux qui à cette date touchaient une pension de retraite; la longue période embrassée comprend ainsi les résultats immédiats et les résultats consécutifs des opérations.

Ces considérations peuvent bien amoindrir quelque peu les succès enregistrés par la chirurgie anglaise en Orient, mais elles n'expliquent pas les nombreux revers de notre pratique pendant la même campagne. Des observations d'un ordre différent nous donnent des renseignements plus positifs et d'une importance capitale. Plus grandes sont les armées, plus nombreux sont leurs malades et leurs blessés, et plus grandes aussi sont leur mortalité et leur pénurie, malgré les précautions les mieux prises et les prévisions les mieux entendues des administrateurs et des médecins. L'effectif de l'armée anglaise en Crimée n'a jamais été aussi élevé que le nôtre; il n'a pas dépassé 97 864 hommes, le nôtre a été de 309 000 hommes. Cet effectif a été presque totalement renouvelé, et n'a été complété qu'au printemps de 1855; le nôtre n'a reçu que des contingents successifs. Le nombre des blessés anglais par le feu ou le fer de l'ennemi n'a été que de 12 164; celui des nôtres a été de 39 868.

Dans les discussions auxquelles ont donné lieu, au sein de l'Académie de médecine en 1862, les statistiques chirurgicales des hôpitaux civils de Londres, il a été beaucoup parlé de l'installation, des dispositions hygiéniques, des ressources matérielles et alimentaires rencontrées dans ces établissements, et présentées comme étant de beaucoup supérieures à celles des nôtres. Nous ne possédons personnellement aucun document sur ce sujet; mais pendant la campagne d'Orient il a été donné à tout le monde de voir les ambulances et les hôpitaux anglais, tout d'abord assez médiocrement organisés, s'améliorer rapidement sous l'impulsion des commissaires envoyés de Londres, à l'effet de les inspecter avec pleins pouvoirs, et acquérir, tant au point de vue de l'habitation, du couchage et des

---

nition divine. Dans sa douleur, elle s'est laissé aller à des menaces et a souhaité *hautement* que son pronostic se réalisât... Toutes ces circonstances se produisent dans la vie, et il serait facile de les multiplier idéalement et sans sortir de l'ordre des choses possibles. Or, que peut-il en résulter lorsque ces événements se réalisent et que, par une coïncidence fatale, celui qui les a rêvés ou prédits est sous le coup d'une affection nerveuse qui a pour premier effet d'exalter la sensibilité et de fausser toutes les perceptions? La conséquence est facile à prévoir, et les médecins aliénistes connaissent mieux que personne cette fatale disposition imprimée à la conscience de leurs malades, qui leur fait prendre pour des réalités les simples produits de leur imagination. On voit alors des aliénés s'accuser d'être les auteurs de tel ou tel crime dont l'existence a coïncidé d'une manière funeste avec une pensée qui a surgi involontairement dans leur âme. Heureux encore ceux qui prennent pour des réalités les projets d'ambition qu'ils ont roulés dans leur tête alors qu'ils étaient en santé et qui se croient riches, puissants, millionnaires... Malheureusement, il en est d'autres qui s'appliquent involontairement la doctrine de la coïncidence entre une pensée impie qui peut surgir dans le cœur humain et la réalisation de cette pensée par des auteurs inconnus. Ils s'accusent alors d'être les auteurs de la mort accidentelle ou violente de ceux sur lesquels, dans un moment de vertueuse indignation, ils avaient appelé la vengeance divine.

Je terminerai ces considérations par un exemple qui a beaucoup d'analogie avec celui de la femme Gardin.

Un fermier du département de l'Eure avait été condamné deux fois en police correctionnelle pour des faits qui prouvaient peu en faveur de l'honorabilité de son caractère. Sa femme, qui avait reçu une certaine instruction et qui avait des sentiments religieux élevés, souffrait cruellement des actes de son mari, dont la conduite compromettait incessamment le repos et l'honneur de sa famille. Elle n'avait épargné, il faut bien le dire, ni prières ni supplications pour arriver à modifier

vêtements des malades, qu'au point de vue du régime alimentaire, un degré de *comfort* que nos établissements, beaucoup plus nombreux, ne pouvaient égaler, en dépit du zèle, du dévouement et des efforts du personnel médical et administratif. Ajoutons encore que nos évacuations de malades de la Crimée encombraient périodiquement nos hôpitaux de Constantinople, et y perpétuaient l'infection purulente et la pourriture d'hôpital, tandis que les évacuations anglaises, nécessairement moins considérables que les nôtres, étaient presque toutes immédiatement dirigées sur la mère patrie; que les blessés et les opérés de l'armée anglaise ne quittaient la Crimée que lorsqu'ils étaient déjà en voie de guérison, alors que les blessés et les opérés français étaient expédiés immédiatement ou dans les premiers jours de leurs blessures, pour faire place à d'autres leur succédant sans interruption. Si les évacuations sont une excellente mesure, c'est à la condition qu'elles ne s'appliquent qu'à des hommes véritablement en état d'être évacués; quand les nécessités de la guerre obligent à évacuer indistinctement tous les blessés et les opérés du jour ou de la veille, non-seulement afin d'éviter l'encombrement des locaux, mais encore afin de pouvoir recueillir et loger les blessés nouveaux, les évacuations ne peuvent avoir que de fâcheux résultats. Il ne nous a pas été possible, au point de vue militaire, de garder sur le sol ennemi de la Crimée un nombre considérable de blessés qui auraient pu devenir un sérieux embarras pour le commandement en cas de retraite ou de rembarquement.

Tous les esprits non prévenus trouveront dans ces différences de conditions, imposées par les événements, la raison des différences dans les résultats obtenus. Peut-être même faut-il prendre en considération, pour embrasser tous les éléments de cette question, l'influence que peut exercer sur le succès des opérations la race d'hommes qui les supporte, ses habitudes hygiéniques et son alimentation; c'est une ressource dernière pour expliquer d'une manière générale les résultats de la chirurgie anglaise, dont le bonheur semble quelquefois tenir du prodige.

III

CORRESPONDANCE.

Composition chimique des eaux potables de Paris.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Dans la discussion sur les eaux potables, terminée dans la séance de ce jour à l'Académie de médecine, il s'est élevé des doutes sur la composition chimique des eaux mises à Paris à la disposition des habitants. La clôture de la discussion ne m'a pas permis de m'expliquer à cet égard; je viens vous prier de vouloir bien me donner le concours de votre publicité pour établir d'une manière précise les faits qui me sont connus.

Il s'agit de savoir quel est le degré hydrotimétrique ou en contenance calcaire et magnésienne des eaux de la Seine, du canal de l'Ourcq et d'Arcueil.

Eau de la Seine. — Dans l'année 1862, l'eau de la Seine puisée entre l'île Saint-Louis et la pointe de la Cité, a donné en moyenne 17°,34 hydrotimétriques. Cette moyenne est le résultat de 180 épreuves.

Les extrêmes ont été 16°,26 et 21 degrés.

Canal de l'Ourcq. — D'après MM. Boutron et Boudet, l'eau du canal de l'Ourcq donnait le 23 février 1855, 30 degrés.

J'ai puisé moi-même cette eau à Vaujours le 13 décembre 1861; elle donnait 27°,50.

Prise à une borne fontaine de la rue de l'Abbaye, le 22 juin 1862, elle marque 33 degrés;

Le 1er juillet, 31 degrés;

Le 15 novembre, 41 degrés;

Le 23 février 1863, 37°,60;

Le 28 février, 36 degrés;

Le 21 mars, 38 degrés;

Eau puisée dans le canal même, au delà des fortifications, le 25 mars 1863, 37 degrés.

Comme on voit, l'eau du canal de l'Ourcq ne présente pas une composition constante; mais il importe beaucoup, quand on veut se livrer à ce genre de recherches, de bien s'assurer de l'origine de l'eau qu'on éprouve.

Le 23 mars, j'avais fait prendre de l'eau du réservoir de la rue Racine. Le gardien avait assuré que cette eau était bien de l'eau pure du canal de l'Ourcq. Or, elle ne donnait que 22°,60, tandis que l'eau puisée le 25, dans le canal même, donnait 37 degrés.

Eau d'Arcueil. — Suivant MM. Boutron et Boudet, l'eau d'Arcueil donnait, le 23 février 1855, 28 degrés.

Le 16 novembre 1862, elle m'a donné 39 degrés;

Le 28 février 1863, 41 degrés.

Ces variations ne doivent pas étonner : elles s'expliquent facilement.

Mais il importe de prévenir une objection, qui pourrait être faite au sujet de la liqueur d'épreuve, qui sert à déterminer les degrés hydrotimétriques des eaux. Je puis affirmer que ma liqueur d'épreuve, dite *liqueur hydrotimétrique* a toujours été irréprochable. Non-seulement je m'assure de sa parfaite exactitude au moment où je la renouvelle, mais encore, de temps en temps, je la vérifie au moyen d'une eau type au chlorure de calcium, qui doit donner invariablement 22 degrés, avec une bonne liqueur hydrotimétrique.

Il résulte de ces faits que les Parisiens boivent en majorité,

---

cet homme incorrigible. Plusieurs fois aussi, dans l'exaltation d'une douleur bien légitime, elle lui avait prédit que le bon Dieu le punirait surtout pour forcer ses domestiques à travailler le saint jour du dimanche.

Or, il arriva aussi, par une coïncidence fatale, qu'un bras inconnu *se chargea de mettre à exécution le pronostic* de cette malheureuse femme. Un jour que tout le monde, excepté le mari, était réuni dans la cuisine de la ferme, on entendit la détonation d'une arme à feu dans la direction de l'écurie. On se précipita vers le lieu présumé du sinistre, et le sieur S... fut trouvé gisant par terre et baigné dans son sang. Il put articuler quelques mots pour dire que, pendant qu'il était occupé à traire une vache, un coup de feu parti du dehors l'avait blessé à la tête. Cet homme avait été frappé en plein dans la figure, et sa vie paraissait être en danger.

La justice fut immédiatement instruite du fait, et la gendarmerie ne tarda pas à se rendre sur les lieux. On arrêta d'abord un jeune pâtre âgé de dix-sept ans, dont les réponses équivoques firent croire qu'il pouvait bien exister quelques rapports criminels entre lui et sa maîtresse. Cette accusation fut depuis écartée, mais la femme du fermier n'en fut pas moins préventivement arrêtée sous la double inculpation d'adultère et de connivence dans le meurtre de son mari. Ajoutons que la femme S... était enceinte de six mois et que depuis longtemps elle souffrait cruellement d'un état névralgique. Pour comble de malheur, on trouva dans les vêtements du mari une lettre de sa femme où celle-ci lui renouvelait ses prières, répétait ses funestes prédictions, et où l'idée de se suicider paraissait être une extrémité à laquelle elle était résolue, malgré ses sentiments religieux bien connus.

Lors de son premier interrogatoire, l'inculpée était plongée dans une morne stupeur. Aux questions qui lui furent adressées, elle répondait sans hésitation : « Oui, c'est moi qui ai tué mon mari. »

Transportée à la prison des Andelys, elle y resta plusieurs mois et accoucha d'un enfant mort. Toutes les investigations

sans s'en douter, des eaux beaucoup plus chargées de sels calcaires qu'on ne le croit communément.

Agréez, etc. Robinet.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 MARS 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Nous donnerons le compte rendu de cette séance dans notre prochain numéro.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 31 MARS 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans les départements du Gers, de la Drôme, de la Dordogne, de la Côte-d'Or et des Alpes-Maritimes. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Des rapports sur le service médical des eaux minérales de la Motte (Isère), par M. le docteur *Baron* ; de Guillon (Doubs), par M. le docteur *Lambert* ; de Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur *Subervie* ; de la Malou (Hérault), par M. le docteur *Privat* ; de Luxeuil (Haute-Saône), par M. le docteur *Chapelain* ; de Chaudesaigues (Cantal), par M. le docteur *Brémont.* (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *L. Orfila*, secrétaire-général de l'Association des médecins de la Seine, accompagnant l'envoi du *Compte rendu de l'assemblée générale annuelle.* — *b.* La relation d'un cas d'extirpation d'un polype du larynx par les voies naturelles, par M. le docteur *Bruns* (de Tubingue). (*Comm.:* MM. Malgaigne, Larrey, Huguier.) — *c.* Une lettre relative à l'étiologie du goître, par M. *Charrel* (d'Orange). — *d.* Une lettre de M. le docteur *Follin*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de médecine opératoire. — *e.* Une lettre de M. *Chauveau*, qui se porte candidat dans la section de médecine vétérinaire.

— A cette occasion, M. le *Président* invite MM. les candidats à adresser à l'Académie l'exposé de leurs titres, quelques-uns ayant omis de remplir cette formalité.

— M. le *secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de rappel de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, relativement à une communication du mois d'août 1861 sur les vivisections.

— M. *Moquin-Tandon*, rapporteur de la commission nommée pour l'examen de cette question, déclare que le rapport est terminé depuis quelque temps, et que l'opposition de deux des membres de la commission en retarde seule la lecture.

— M. le *secrétaire annuel* lit une lettre de M. *Poirée*, ancien inspecteur général des ponts et chaussées, en réponse à une assertion de M. Poggiale relativement à la température des eaux d'Arcueil.

M. *Robinet* dépose sur le bureau un travail intitulé : Quelques réflexions sur la thérapeutique des maladies des bronches, et en particulier du catarrhe, en vue d'instituer le traitement méthodique de cette affection ; par M. le docteur *Régis*, médecin cantonal et médecin de l'hôpital d'Auterive (Haute-Garonne). (*Comm. :* M. Barth.)

— M. *Blache*, au nom de M. *Trousseau* empêché, présente une note de M. le docteur *Grand-Boulogne* sur le diagnostic et le traitement de la fièvre jaune à son début. (*Comm. :* M. Mêlier.)

— M. *Depaul* dépose sur le bureau une observation d'accouchement laborieux pratiqué à l'aide de l'appareil de M. Chassagny, par M. le docteur *Tallon* (de Lyon). (*Commission déjà nommée.*)

M. *Larrey* offre en hommage : 1° au nom de M. le docteur *Didiot*, la 2e partie du Code des officiers de santé de l'armée de terre ; — 2° au nom de M. le docteur *Sarrazin*, une thèse de concours pour l'agrégation de chirurgie, soutenue devant la faculté de Strasbourg.

Discussion sur les eaux potables.

M. *Poggiale*, répondant d'abord à la lettre de M. l'ingénieur Poirée, fait remarquer qu'il n'a pas prétendu qu'après l'Observatoire il y eût mélange de l'eau d'Arcueil avec l'eau du puits de Grenelle, mais bien mélange de l'eau d'Arcueil avec l'eau de Seine. La réclamation de M. Poirée n'est donc pas fondée; elle doit être considérée comme non avenue.

L'orateur reprend ensuite le résumé de la discussion qu'il a commencée dans la dernière séance.

M. Poggiale rappelle les termes dans lesquels la commission a parlé de la présence de matières salines dans les eaux potables ; elle a considéré la présence des sels comme nécessaire à l'entretien de la vie ; mais elle a admis une mesure, une sorte de dosage physiologique à ces substances.

A cet égard, M. Jolly d'une part, M. Robinet de l'autre, sont tombés dans des exagérations inverses. La vérité est entre ces opinions extrêmes. Les bonnes eaux potables ne doivent contenir que de 1 à 3 décigrammes de matières fixes, et leur degré hydrotimétrique doit osciller entre 20 et 25 degrés.

A cette condition seulement, les eaux sont non-seulement bonnes à boire, mais encore à tous les autres usages domestiques, à la cuisson des légumes, au savonnage, à la confection des infusions. Il conviendrait donc, comme l'a proposé M. Grimaud (de Caux), de substituer la dénomination d'*eaux publiques* à celle d'*eaux potables*.

L'orateur en appelle, d'ailleurs, à M. Robinet lui-même,

---

tentées dans le but de trouver d'autres coupables n'aboutirent à aucun résultat, et la femme S..., ainsi que le jeune pâtre, restèrent seuls sous le coup de la justice. Toutefois, les réponses antérieures de l'inculpée furent trouvées si incohérentes et son état mental parut si étrange que, sur le rapport de l'honorable M. le docteur Motte, médecin de la prison, l'autorité judiciaire décida que cette femme serait envoyée à Saint-Yon pour y être soumise à mon examen. Cependant, par erreur, elle fut dirigée sur la prison de Bonne-Nouvelle, à Rouen, où j'eus l'occasion de l'examiner avec M. le docteur Vingtrinier. Les réponses étaient si vagues, si incohérentes, si peu en rapport avec les questions qui lui étaient adressées que, dans le premier moment, nous fûmes tentés de croire à une simulation. Mais il existait chez cette femme divers symptômes d'un état névropathique général qui nous mirent en garde contre un jugement précipité. Elle avait une grande anxiété nerveuse; ses yeux étaient brillants, injectés. La peau était chaude, le pouls fébrile. Il y avait absence de sommeil et absorption continuelle de l'intelligence. Placée à Saint-Yon, cette femme parcourut le cercle entier d'un état mélancolique parfaitement caractérisé. L'intelligence ne se releva que peu à peu des fortes secousses physiques et morales éprouvées par cette femme. Cependant elle finit par guérir et nous avoua que ce qui lui restait de tous ses souvenirs au sujet de l'horrible drame qui venait de se passer, c'est qu'au moment de son arrestation sa terreur avait été telle qu'à toutes les questions elle n'avait pu répondre qu'une chose : « Oui, c'est moi qui suis coupable. » D'ailleurs, les prédictions qu'elle avait faites à son mari s'étaient réalisées, et une coïncidence fatale la confirmait spontanément dans l'idée que c'était elle qui, par *ses mauvais propos*, pour me servir de ses expressions, avait armé le bras d'un assassin inconnu. Cette idée avait pris une telle fixité que cette malheureuse femme assistait morne et indifférente à sa propre arrestation. Ses réponses vagues et incohérentes l'accablaient, et avec elle le jeune pâtre, qui fut depuis reconnu innocent, mais qui était un pauvre d'esprit incapable

qui, dans son rapport sur la dérivation de la Dhuis, a déclaré formellement que les eaux destinées aux usages domestiques et industriels doivent renfermer des matières fixes en certaine proportion. Il est donc désirable que M. Robinet fasse cesser un pareil malentendu.

M. *Robinet :* Dans mon rapport, j'ai exprimé non point mon opinion, mais celle de la commission. Depuis lors, j'ai étudié environ quatre cents eaux différentes, et je me suis convaincu qu'un grand nombre de localités boivent sans inconvénients des eaux privées d'air, que d'autres boivent de l'eau très chargée de sels calcaires et marquant jusqu'à 50 degrés à l'hydrotimètre. Ce sont là des faits, et non des théories. Les théories ne prévaudront jamais contre les faits.

M. *Poggiale* est d'avis que les eaux qui marquent plus de 30 degrés hydrotimétriques sont de mauvaises eaux potables, domestiques et industrielles, notamment quand elles sont saturées de sulfate de chaux.

L'orateur n'a pas été satisfait des doctrines de M. Bouchardat. M. Bouchardat est un chimiste habile, un pharmacien distingué; mais depuis qu'il est professeur d'hygiène à la Faculté, il a un peu renié la pharmacie, sa mère; il s'est fait médecin; il s'est occupé de hautes questions médicales. Eh bien! quel que soit le mérite d'un homme, il est rare qu'il puisse exceller dans toutes les branches des sciences; on ne s'improvise pas hygiéniste ou médecin. M. Bouchardat, enrôlé sous le drapeau d'Hippocrate, a proclamé avec un flegme surprenant l'insuffisance, l'impuissance même de la chimie dans la question des eaux potables; et il a déclaré que l'observation médicale seule était souveraine en cette matière. M. Poggiale repousse cette assertion; il croit, au contraire, que l'intervention de la chimie est indispensable dans l'étude des eaux potables; il s'applique à démontrer l'accord qui existe sur ce point entre la chimie et la médecine. La médecine repousse et l'hygiène réprouve les eaux que la chimie déclare mauvaises, c'est-à-dire les eaux saturées de sels calcaires.

Passant à l'étiologie du goître, M. Poggiale rappelle l'épidémie de goître aigu qui a sévi récemment sur les fantassins de la garnison de Riom et qui a épargné les cavaliers, qui pourtant buvaient la même eau. Une observation du même genre a été faite sur la garnison de Colmar.

Des faits semblables établissent assez que l'eau ne peut pas être considérée comme la cause du goître. On pourrait encore trouver un argument à l'appui de cette opinion dans la variété des hypothèses admises pour expliquer la production du goître.

M. Poggiale ne veut pas examiner les nombreuses doctrines sur la pathogénie du goître. Il se contentera de parler de la théorie de M. Bouchardat. Ce savant professeur attribuait autrefois le goître à l'usage des eaux saturées de sulfate de chaux; il a longtemps soutenu cette doctrine; il l'a appuyée d'arguments nombreux et même de faits qu'il disait bien observés. Maintenant M. Bouchardat renonce à cette hypothèse et lui en substitue une autre. M. Poggiale estime que la dernière hypothèse de M. Bouchardat est moins justifiable que la première; et il ne désespère pas de voir son honorable collègue abandonner bientôt sa nouvelle théorie et en préconiser une troisième.

Pour en revenir à la question générale, l'orateur fait remarquer qu'il n'est pas possible de se prononcer d'une manière absolue sur l'excellence des eaux de rivière et des eaux de source. Ainsi qu'il l'a dit dans son rapport, après MM. Tardieu et Michel Lévy, il y a de bonnes et de mauvaises eaux de source, de bonnes et de mauvaises eaux de rivière. A l'analyse chimique et à l'observation médicale il appartient de décider cette question. Si les eaux de rivière sont en général meilleures que les eaux de source, il y a des exceptions nombreuses à cette règle; il existe des localités, de vastes contrées où il est impossible de boire des eaux courantes. Ainsi, en Algérie, les eaux de rivière sont absolument impotables, surtout en été; les matières organiques qu'elles renferment entrant en fermentation sous l'influence de l'excessive chaleur atmosphérique les rendent d'une insalubrité notoire.

Et maintenant l'eau de la Dhuis est-elle préférable à l'eau de la Seine? Cette importante question doit être résolue avec les documents précis fournis par l'analyse chimique et les observations hydrotimétriques.

L'eau de la Dhuis renferme moins d'oxygène et plus d'acide carbonique que l'eau de la Seine. L'eau de la Dhuis marque 24 degrés à l'hydrotimètre; l'eau de la Seine de 17 à 20. Celle-ci contient en moyenne 18 milligrammes de sulfate de chaux; celle de la Dhuis, 1 milligramme à peine. L'eau de la Seine renferme une assez haute proportion de matières organiques; l'eau de la Dhuis en contient des traces inappréciables. Le résidu de l'eau de la Seine est noirâtre et répand une odeur infecte par la calcination.

Ainsi, l'eau de la Dhuis contient un peu plus de matière fixe (carbonate de chaux) que l'eau de la Seine; mais il est fort probable que dans son trajet dans l'aqueduc, elle absorbera tout l'air dont elle est capable et se dépouillera d'une assez grande proportion de son carbonate calcaire. Enfin, il faut ajouter, à l'avantage de l'eau de la Dhuis, qu'elle est toujours fraîche et d'une limpidité constante.

Comparant l'eau de la Dhuis à celle de l'Ourcq et à celle d'Arcueil, M. Poggiale déclare que la première est de beaucoup supérieure aux deux dernières eaux, et par conséquent doit leur être préférée pour les usages hygiéniques et industriels.

M. Poggiale termine en lisant de nouveau la fin de son rapport, et en déclarant qu'il se renferme d'une manière absolue dans les propositions qui y sont formulées.

---

de se défendre. La femme S... avait à peine gardé le souvenir qu'elle était accouchée en prison, et nous dûmes lui apprendre avec beaucoup de précautions la mort de son enfant, qu'elle ignorait. Enfin le principal défenseur de la vertu de sa femme fut le mari lui-même, qui, relevé de sa blessure, chercha à réparer ses fautes passées par l'ardeur avec laquelle il soutint l'innocence de celle qui avait tant souffert par sa faute. Son dévouement dans ce cas n'était qu'une justice tardive rendue à la vertu d'une épouse et d'une mère que l'opinion publique avait déjà absoute avant que la science n'eût prouvé les rapports maladifs qui existaient entre l'accusation que cette femme avait portée contre elle-même et l'état de souffrance physique et morale dans lequel elle se trouvait au moment où le meurtre de son mari s'était accompli.

Cet exemple est une nouvelle preuve de la circonspection avec laquelle, dans certaines circonstances déterminées, on doit accepter les aveux de ceux qui s'accusent sans être inculpés et parfois même des inculpés eux-mêmes.

Il est des situations mentales, surtout dans la période d'incubation, où les aliénés ourdissent les accusations les plus vraisemblables en apparence. Nous avons vu des délirants par persécutions, des femmes hystériques surtout, compromettre dans plus d'une occasion le bonheur et le repos des individus et des familles.

Il existe d'autres situations intellectuelles où les aliénés s'accusent eux-mêmes et se disent les auteurs, soit de crimes imaginaires, soit de crimes ou d'actes malfaisants qui se sont réellement accomplis et dont l'exécution a coïncidé avec l'idée fatale qu'ils avaient eux-mêmes conçue avant de tomber malades.

En dehors même des situations créées par la pathologie mentale, il est des circonstances où les influences de l'ordre physique ou de l'ordre moral agissent sur l'intelligence des individus avec une telle simultanéité et une telle puissance que, dans les cas de ce genre, les magistrats prudents accepteront toujours avec réserve les aveux des inculpés. Parmi ces

La conclusion du rapport (remercîments à M. Lefort, renvoi de son mémoire au *comité de publication*) est adoptée, et M. le *président*, après avoir pris l'avis de l'Académie, prononce la clôture de la discussion.

Discussion sur l'origine de la vaccine.

M. *Bousquet* donne lecture d'un mémoire qu'il résume dans les conclusions suivantes :

« 1° Si Jenner n'a pas démontré expérimentalement que la vaccine peut naître du cheval, il en a eu le pressentiment et a mis ses successeurs sur la voie de la découverte;

» 2° La vaccine peut naître et naît, et sur la vache et sur le cheval indistinctement ;

» 3° Il y a encore incertitude sur la maladie du cheval qui engendre la vaccine ;

» 4° Sans descendre de la variole, la vaccine a avec elle les plus grandes analogies; c'est à ces analogies que ces deux éruptions doivent la faculté de se suppléer et de tenir lieu l'une de l'autre. »

Lecture.

Instruments. — M. *Lecanu*, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Wurtz, lit un rapport sur le *portefeuille-trousse* de M. le professeur *Munoz de Luna*.

Ce portefeuille renferme, sous un petit volume, la série des réactifs employés le plus ordinairement en médecine. M. le rapporteur signale d'une manière spéciale les réactifs destinés à déceler la présence de l'urée et du sucre dans l'urine, et il conclut en proposant d'adresser des remercîments à M. Munoz, pour son intéressante communication. (*Adopté.*)

Présentation.

Chirurgie. — M. *Maisonneuve* présente un malade auquel il a pratiqué avec succès la désarticulation du genou droit pour une tumeur blanche déjà ancienne et rebelle. Il insiste sur les suites très simples de cette opération, qui n'a même pas été accompagnée de fièvre traumatique, et il se demande s'il ne faudrait pas attribuer ce résultat avantageux aux pansements pratiqués avec de la charpie imbibée d'alcool.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 3 AVRIL 1863.

Discussion sur la suite de la trachéotomie et du séjour prolongé de la canule dans la trachée.

M. *Durand-Fardel*. Considérations sur les formes diverses de la goutte et sur les indications du traitement thermal.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCES DU 25 FÉVRIER ET DU 11 MARS 1863.

PRÉSIDENCE DE M. BÉHIER.

CONSTITUTION MÉDICALE DU MOIS DE JANVIER. — DES FIÈVRES CONTAGIEUSES ET DE LEUR ÉCLOSION SPONTANÉE.

M. *Lailler* fait son rapport mensuel sur les maladies qui ont prédominé pendant le mois de janvier 1863. — L'état sanitaire des hôpitaux a été à peu près le même qu'en décembre ; les malades ont été un peu plus nombreux, mais la mortalité a diminué, sauf pour la fièvre typhoïde. Celle-ci s'est signalée surtout par la prédominance de la forme thoracique. Les affections rhumatismales tiennent le second rang. Les pneumonies viennent ensuite, un peu plus nombreuses, mais plus bénignes qu'en décembre. On peut en dire autant des pleurésies : celles-ci continuent à se montrer plus fréquentes à l'hôpital Saint-Antoine que partout ailleurs.

Les érysipèles ont également augmenté, s'il faut en croire les chiffres de l'administration, lesquels confondent, il est vrai, les érysipèles des services de chirurgie avec ceux des services de médecine.

Les tuberculeux sont nombreux, et la mortalité de ces malades est considérable (près de un sur deux).

La rougeole a augmenté, et le service de M. Labric (Enfants assistés) a présenté une véritable épidémie.

Le croup a également augmenté; dans le service de M. Roger la trachéotomie a compté 4 succès sur 6 opérations; dans celui de M. Bergeron, sur 8 malades il n'y a eu que deux guérisons, dont une sans opération.

— A la suite de ce rapport, quelques membres de la Société demandent s'il n'y aurait pas avantage à apporter quelques modifications à la forme consacrée à ce compte rendu, pour rendre plus fructueux le travail auquel M. Lailler se livre depuis plus d'un an avec un zèle si méritoire. Les uns signalent l'inconvénient d'y introduire les chiffres des statistiques administratives, chiffres ordinairement erronés. D'autres, comme M. Empis, voudraient que la commission se bornât à signaler dans son rapport les épidémies proprement dites. M. Chauffard, au contraire, voudrait y voir figurer des considérations sur le caractère véritable de la constitution médicale, dût-on rendre les communications moins fréquentes pour généraliser davantage.

M. Lailler répond à ces diverses remarques, que c'est l'actualité qui fait surtout l'intérêt de cette communication ; qu'il a cherché d'ailleurs à éviter les interprétations ; son rapport ne devait pas être un exposé de doctrine, il devait seulement réunir les documents qui pourraient devenir, au sein de la Société, l'occasion de discussions de doctrine. Il espère être bientôt en mesure de donner, en outre des relevés mensuels,

---

influences, je citerai la mise au secret, qui, lorsqu'elle est prolongée outre mesure, n'est plus en proportion avec ce que peuvent supporter les forces morales et physiques de certains individus.

Morel,
Médecin en chef de Saint-Yon.

— M. Tarnier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chargé du cours d'accouchements en remplacement de M. Moreau, commencera son cours le mercredi 8 avril, et le continuera à la même heure les lundis, mercredis et vendredis suivants.

— Le docteur Martin Damourette commencera le 7 avril, à son amphithéâtre de la rue Monsieur-le-Prince, 49, un cours de chimie, physique et histoire naturelle médicales pour le premier examen de fin d'année et le troisième du doctorat, ainsi que des leçons de thérapeutique, hygiène et médecine légale pour la préparation au quatrième examen de médecine.

— Clinique électrothérapique des maladies nerveuses. — M. Hiffelsheim fera son cours clinique, avec démonstration des divers modes d'électrisation, les mardis, jeudis, samedis à midi, à son dispensaire, 8, rue d'Anjou-Dauphine.

— Exercice illégal. — Sur la poursuite des membres de l'*Association médicale de l'Aube*, dont douze s'étaient portés partie civile, le sieur Félix, rebouteur, a été condamné par le tribunal correctionnel d'Arcis-sur-Aube : 1° à une amende de 45 francs pour trois contraventions à la loi de ventôse ; 2° à un mois d'emprisonnement et à 16 francs d'amende pour blessures par imprudence, impéritie et inobservation des lois et règlements ; 3° à 100 francs de dommages-intérêts envers les demandeurs.

— M. Leclerc, médecin principal de première classe, chef de service à l'hôpital militaire de Lille, est nommé à l'emploi de médecin civil au Prytanée impérial militaire, à La Flèche, vacant par suite du décès de M. le docteur Chamaillard.

— M. le docteur Eugène Boni (de Tulle), médecin au bureau de bienfaisance à la Villette-Paris, vient de succomber à la suite d'une longue maladie. On annonce également la mort de M. Magne, médecin à Paris, qui avait gagné dernièrement le lot de 100 000 francs à la loterie de Saint-Point. Il était âgé de soixante ans.

un résumé annuel ou semestriel, où pourront trouver place des considérations plus générales.

La Société émet le vœu de voir la commission continuer ses travaux suivant l'ordre adopté par le passé.

— Dans la séance du 11 mars, M. *Henri Roger* signale une véritable épidémie de rougeole et de scarlatine qui règne à l'hôpital des Enfants malades, et présente une certaine gravité; dans un cas de scarlatine entre autres, la mort est survenue au troisième jour. L'autopsie a démontré des lésions assez remarquables. D'abord une psorentérie avec saillie des follicules isolés et agminés de l'intestin grêle, plus marquée que dans la plupart des fièvres typhoïdes. Il n'y avait du reste aucune ulcération de la muqueuse, mais les ganglions mésentériques étaient très congestionnés et augmentés de volume. Tous les viscères, encéphale, rate, foie, reins, testicules, étaient d'ailleurs fortement congestionnés et d'une teinte livide. Dans les poumons surtout, l'hypérémie avait été jusqu'à produire un vaste foyer hémorrhagique, et cette circonstance avait sans doute hâté la terminaison fatale.

M. *Chauffard* dit qu'on est peut-être trop disposé à rapporter exclusivement les fièvres éruptives à des influences de contagion ou d'infection; mais l'apparition rapide de ces maladies sur une vaste étendue de pays donne au contraire l'idée d'une espèce d'éclosion spontanée dont on ignore encore les causes réelles.

M. *Roger* admettrait volontiers l'éclosion spontanée, que l'observation clinique semble démontrer dans bien des cas où il est impossible de retrouver une origine contagieuse : sans avoir besoin de répéter cet argument banal qu'à l'origine il a bien fallu un premier cas spontané de rougeole ou de variole, il est des épidémies où, faute de reconnaître la filiation d'une contagion, on est forcé d'admettre l'éclosion d'emblée. Chez les animaux, les vétérinaires ont montré que l'on peut engendrer artificiellement la morve, et peut-être la rage. Si l'on n'a pas une démonstration semblable pour la variole et la rougeole, des faits journaliers militent en faveur de cette analogie d'origine. M. Roger a vu dernièrement, par exemple, deux cas de rougeole et un de coqueluche, où toute possibilité de contagion semblait avoir été écartée. Les enfants, ayant été préalablement tenus au lit par d'autres maladies contagieuses antérieures, qui avaient éloigné d'eux toute visite, avaient été pris néanmoins dans leurs chambres de ces maladies nouvelles, de sorte qu'il était impossible de suivre aucune trace de contagion, à moins d'accuser le médecin lui-même d'en avoir été le véhicule. Mais cette dernière explication est-elle sérieuse? L'idée de l'éclosion spontanée n'est-elle pas plus satisfaisante?

M. *Béhier* a eu dernièrement deux cas de rougeole dans son service d'adultes, et, comme dans les faits de l'hôpital des Enfants, la maladie a revêtu une forme grave. Quant à l'idée de l'éclosion spontanée, M. Béhier est aussi disposé à l'admettre, car tous les ans au commencement du printemps et de l'automne, il est à même de constater l'apparition de la rougeole et de la scarlatine dans les diverses écoles de Paris, et cela simultanément dans les points les plus éloignés de la capitale; la contagion est ici inadmissible, et il faut croire à l'éclosion spontanée. Plusieurs faits de sa pratique privée ont présenté des circonstances analogues.

M. *Empis* reconnaît comme M. Roger qu'il a bien fallu dans le principe que les maladies contagieuses eussent un développement spontané, mais ce développement n'a pas toujours eu lieu dans nos climats. On sait que la variole et la rougeole sont d'origine exotique et ont été importées en Europe où depuis elles se reproduisent par contagion et infection. L'hypothèse de l'éclosion spontanée dans nos pays aurait l'inconvénient de faire attacher moins d'importance aux mesures de préservation. Il est des maladies simplement inoculables et non infectieuses, comme la syphilis; d'autres, comme la variole, sont inoculables et contagieuses; enfin, pour quelques-unes qui semblent seulement infectieuses, le caractère contagieux a été démontré dans les petites localités, mais cette démonstration n'est pas possible à Paris et dans les grands centres.

M. *Roger* ne songe pas plus que qui que ce soit à nier la contagion, mais n'y a-t-il pas en dehors d'elle un autre mode de développement? Ne connaît-on pas des scarlatines se produisant spontanément chez l'homme, comme la morve chez le cheval? — En ce qui touche l'origine exotique de la rougeole et de la scarlatine, c'est un point qui lui paraît peu démontré. Si ces maladies ne semblent pas avoir existé avant certaines époques, n'est-ce pas seulement parce qu'elles n'avaient pas jusqu'alors rencontré leur historien? En parcourant l'Hippocrate de M. Littré et son excellent Index, on n'y trouve pas, il est vrai, les noms de *scarlatine* et de *coqueluche*, mais dans la description des angines, quelques passages sont évidemment relatifs à des scarlatines : il est fait mention d'angines qui tuent en deux ou trois jours (on peut songer à l'angine couenneuse), et d'autres qui tuent en six ou huit jours, ce sont celles *qui sont accompagnées de rougeur au cou et au tronc, surtout quand il y a rétrocession*. La toux convulsive de Galien répond aussi très bien à la coqueluche.

M. *Chauffard*, admettant la justesse des observations de M. Roger, fait remarquer que si d'ailleurs certaines maladies ont eu d'abord une origine exotique, elles deviennent plus tard naturelles dans notre Europe. Ainsi, le choléra existait à Paris depuis 1854, sans que la province en eût été atteinte, lorsque le 7 juin 1855 M. Chauffard le vit apparaître soudainement dans les hôpitaux d'Avignon, sans qu'il y en eût eu un seul cas sur la ligne de Paris à Lyon et à Valence. Le même jour la maladie éclatait sur beaucoup de points de la France, très éloignés les uns des autres. Certaines localités, comme la ville de Lyon, conservaient une immunité remarquable. Quelle cause pouvait faire éclore le choléra simultanément à de pareilles distances? Nous l'ignorons, mais on ne peut invoquer l'infection. Il est probable que tous les ans il y a des causes cosmiques qui font naître de même les fièvres éruptives.

M. *Simonet* croit qu'il ne faut pas admettre l'éclosion spontanée, tant qu'on trouve une cause possible de contagion : la réunion des enfants dans les squares de Paris facilite singulièrement ce mode de transmission. Quant au choléra, on lui a reconnu toujours une marche géographique spéciale, et les exceptions apparentes peuvent être expliquées par les circonstances météorologiques.

M. *Béhier* insiste sur l'apparition simultanée des maladies dans des points très éloignés les uns des autres, fait qui exclut l'idée de contagion.

M. *Guérard* pense que ces questions sont toujours fort complexes. La plupart des maladies contagieuses sont en même temps infectieuses, mais il y a toujours en dehors des conditions d'épidémie ou d'endémie, des faits sporadiques qui semblent conserver le germe des maladies; il faut pour que celles-ci se généralisent sous forme d'épidémie, des influences spéciales dont la nature nous est et nous sera peut-être toujours inconnue. Ces grandes manifestations sont ordinairement assez brusques dans leurs débuts et rapides dans leurs progrès; c'est ce qu'on a vu pour la variole en 1825; c'est en ce sens qu'on peut admettre l'opinion de M. Chauffard sur le choléra. Mais il n'y a pas eu véritablement éclosion de cette maladie, car avant 1832 jamais on n'avait observé cette maladie en France; depuis lors, il y a toujours eu un germe latent qui s'est révélé par des cas sporadiques et de nouvelles épidémies.

M. *Chauffard* tient à constater que le 7 juin 1855 il y a eu simultanément, à de grandes distances, apparition du choléra épidémique indien, alors qu'il régnait depuis quelque temps à Paris, et que de vastes régions restaient indemnes. N'est-ce pas là une preuve d'éclosion spontanée? La question semble digne d'être étudiée de nouveau.

Dr E. ISAMBERT.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Des hémorrhagies méningées, considérées principalement dans leurs rapports avec les néomembranes de la dure-mère crânienne, par le docteur E. Lancereaux.

L'auteur n'a en vue dans ce travail que les hémorrhagies de la cavité arachnoïdienne, et uniquement celles qui ont leur source dans une membrane vasculaire de nouvelle formation.

L'injection du feuillet interne de la dure-mère crânienne, l'apparition, à la surface de ce feuillet, d'une couche mince d'un exsudat comme fibrineux qui va s'organisant peu à peu, tels sont les premiers phénomènes qui président à la formation des néomembranes. De nouvelles couches se déposent au-dessous de la précédente et s'organisent de la même façon. Des noyaux, des cellules et des fibres de tissu conjonctif, telle est la substance du nouveau produit, qui contient en général des vaisseaux en plus ou moins grande abondance. La minceur des parois de ces vaisseaux, qui n'est pas toujours en rapport avec leurs dimensions, leur structure particulière, et surtout la facilité de leur dégénération graisseuse, sont autant de circonstances qui rendent compte des ruptures qu'ils subissent, et conséquemment de la fréquence des hémorrhagies au sein des néomembranes. Celles-ci sont, en effet, souvent parsemées de taches violacées et comme ecchymotiques, quand elles ne renferment pas de caillots sanguins volumineux. Elles pourraient, dans quelques circonstances, paraîtrait-il, se couvrir d'un revêtement épithélial, vraisemblablement dû aux mouvements de glissement du cerveau, et alors on conçoit qu'en raison de leur grande analogie avec les membranes séreuses, on les ait, dans quelques cas au moins, confondues avec le prétendu feuillet pariétal de l'arachnoïde cérébrale. Habituellement situées à la partie moyenne latérale et supérieure de la voûte crânienne, au niveau des branches de division des artères méningées moyennes, les productions néomembraneuses de la dure-mère s'étendent plus ou moins à la surface de cette membrane où elles finissent par se perdre insensiblement. Rarement elles se continuent jusqu'à la base du crâne. Leurs parties centrales, toujours plus épaisses que les parties périphériques, sont en général composées de feuillets superposés; et c'est entre ces différents feuillets que siégent les épanchements de sang ou de sérosité. Aussi quand on opère le décollement de ces productions, c'est dans leur épaisseur qu'on trouve le liquide épanché auquel elles forment un sac sans ouverture. Adhérentes à la dure-mère, qui reste intacte au-dessous d'elles, à l'aide de fins tractus de tissu conjonctif et de quelques vaisseaux seulement, les néomembranes sont facilement décorticables; quelquefois elles se décollent spontanément, ce que sembleraient indiquer tout au moins les quelques cas dans lesquels on a constaté l'existence de sacs sanguins à l'intérieur de la cavité arachnoïdienne. La quantité de sang ou de sérosité épanché est assez variable; mais les modifications subies par les globules sanguins démontrent que, dans les cas où l'on rencontre plusieurs foyers au sein d'une même fausse membrane, il est souvent possible de leur assigner des âges différents; particularité importante au point de vue de la symptomatologie. Cette circonstance, d'ailleurs, comme aussi le siége spécial des néomembranes, est peu favorable à la théorie qui regarde l'exhalation sanguine comme le fait primitif, et plaide au contraire en faveur de l'opinion qui fait provenir le liquide épanché de la rupture des vaisseaux du produit de nouvelle formation. Mais ce qui vient surtout à l'appui de cette nouvelle doctrine, ce sont les différents états intermédiaires dans lesquels on trouve les néomembranes par rapport aux épanchements sanguins, et cette circonstance importante d'un caillot récent au sein d'une néomembrane fibreuse, résistante et ancienne.

Mais la théorie qui place dans la préexistence d'un produit de nouvelle formation la source d'un certain nombre d'hémorrhagies méningées, n'est pas seulement spéciale aux néomembranes de la dure-mère, et dans les faits rapportés dans le mémoire en question, il est plusieurs exemples de péricardites et de pleurésies membraneuses concomitantes, avec ou sans épanchements sanguins dans l'épaisseur des fausses membranes. D'ailleurs, les recherches de M. Gosselin à propos de l'hématocèle de la tunique vaginale, celles de MM. Tardieu et Simpson sur l'hématocèle rétro-utérine, concourent à démontrer cette proposition formulée par M. Cruveilhier, savoir que toutes les membranes séreuses sont sujettes à un mode d'inflammation qu'on peut appeler phlegmasie pseudo-membraneuse hémorrhagique.

Les auteurs qui jusqu'ici s'étaient occupés de l'étude symptomatique des hémorrhagies méningées n'avaient pas manqué de noter, malgré la contradiction de ce fait avec leur doctrine, l'existence dans un certain nombre de cas, avant l'attaque apoplectique, de phénomènes qu'ils considéraient comme les prodromes de l'affection des méninges. Or, ces signes prodromiques s'expliquent fort bien dans la théorie que défend l'auteur du mémoire dont il s'agit, et tout porte à penser qu'ils sont dus au développement du nouveau produit dans lequel il ne s'est encore opéré aucun épanchement. Dans ces conditions, il importait, malgré la difficulté du sujet, d'étudier les symptômes des néomembranes avant et après la formation des foyers hémorrhagiques. Une douleur fixe et circonscrite dans une partie limitée du crâne, parfois accompagnée d'étourdissements et de vertiges, tel est à peu près le seul phénomène auquel semble donner lieu le développement ou la présence des néomembranes de la dure-mère. C'est là en tout cas ce qui résulte de l'observation de quelques faits dans lesquels la pachyméningite constituait toute la lésion. Plus tard, quand des liquides se sont épanchés au sein des néomembranes, les symptômes varient avec la quantité, la rapidité de l'épanchement, sans parler des autres conditions susceptibles de les influencer.

Les cas dans lesquels il y a lieu de supposer des épanchements lents et graduels, se font remarquer surtout, d'une part, par un ensemble symptomatique caractérisé tout à la fois par des phénomènes de compression (l'hébétude, la stupeur, la somnolence, la paralysie et le coma) joints à des phénomènes d'excitation (la contraction des pupilles, la contracture des membres et parfois des convulsions); d'autre part, par la mobilité relative et la fugacité de ces différents symptômes. Ceux dans lesquels les épanchements sont subits et abondants se trouvent fort bien décrits par les différents auteurs; des attaques apoplectiques ou convulsives, laissant après elles de la paralysie ou de la contracture, parfois du délire, mais le plus souvent la résolution et le coma, en constituent les principaux symptômes. Dans tous ces cas, la circulation est peu modifiée, si ce n'est à la fin de la vie où le pouls devient plus fréquent; plusieurs fois au début on a pu noter l'existence de vomissements.

Ces différences symptomatiques pouvant se rencontrer chez un même individu, constituent autant de phases distinctes en rapport avec l'évolution anatomique, dont le premier terme est la formation de la néomembrane, et le dernier l'épanchement sanguin ou séreux dans l'épaisseur de ce produit pathologique.

La guérison (et par ce mot il faut entendre la cessation des symptômes avec ou sans persistance des lésions) est possible; elle est démontrée par plusieurs faits bien observés, notamment par des faits rapportés par MM. Textor, Bamberger, Cruveilhier et Bouillon-Lagrange.

Il importe pour le diagnostic de l'hémorrhagie méningée dont il s'agit, de tenir compte des phénomènes qui se lient parfois au développement de la néomembrane préexistante et de certaines conditions étiologiques qui paraissent contribuer à sa formation.

En général, on peut diagnostiquer assez sûrement cette affection, quand, chez un individu adonné à l'usage des

boissons alcooliques, une céphalalgie accompagnée d'étourdissements ou de vertiges, est suivie d'un état de somnolence et de torpeur profonde, avec contraction des pupilles sans strabisme et souvent avec émission involontaire des urines, ou bien encore lorsque apparaissent après des douleurs de tête de longue durée des attaques apoplectiques ou convulsives, laissant après elles de la contracture, de la paralysie et souvent du coma.

Les affections avec lesquelles il est possible de confondre le processus morbide en question sont nombreuses, elles varient en général avec la période d'évolution de ce processus. Au début, quand il n'existe que de la céphalalgie et des troubles vagues, tels que des étourdissements et des vertiges, on pourrait croire à une manifestation syphilitique ayant son siége du côté de la boîte crânienne ou de l'encéphale; mais dans ce dernier cas, les douleurs de tête offrent des exacerbations nocturnes, les os du crâne sont quelquefois tuméfiés; et si la lésion porte sur le cerveau ou ses enveloppes, les troubles du côté de l'organe de la vision sont fréquents, tandis qu'ils n'existent jamais dans les cas de néomembranes de la dure-mère. Plus tard la confusion peut avoir lieu avec bon nombre d'affections cérébrales, mais cependant le diagnostic différentiel n'est pas impossible.

Le degré de gravité du pronostic paraît varier avec la soudaineté et l'abondance des liquides épanchés au sein de la nouvelle formation.

L'étiologie est l'une des parties les plus dignes d'intérêt de cette étude. Le traumatisme qui a paru à quelques auteurs jouer un rôle important dans la production des néoplasmes de la dure-mère n'est, dans la plupart des cas, suivant M. Lancereaux, que l'occasion de la manifestation d'une prédisposition morbide.

L'alcoolisme, au contraire, serait une cause fréquente de cette affection. Plusieurs faits qui se sont présentés au même moment à l'observation de cet auteur ont éveillé en lui l'idée d'un rapport entre l'abus des boissons alcooliques et la production des néomembranes de la dure-mère. Des recherches ultérieures n'ont fait que confirmer ce point de vue. Cette manière de voir est d'ailleurs conforme à ce qu'ont appris l'observation médicale et les expériences physiologiques sur les effets de l'alcoolisme dans l'économie animale.

La pachyméningite a paru se rattacher dans quelques circonstances à l'existence de la diathèse rhumatismale; plusieurs faits tendent au moins à faire admettre cette proposition. Enfin, on a constaté la présence de fausses membranes à la surface interne de la dure-mère chez des individus qui succombaient à des érysipèles du cuir chevelu, et souvent on rencontre cette même lésion chez des individus atteints d'une maladie diathésique (scrofules, rachitisme, cancer); mais elle est surtout fréquente dans la paralysie générale des aliénés.

Le but que l'on doit se proposer dans le traitement de cette affection, est naturellement d'arrêter tout d'abord le développement des néomembranes ou de chercher à en amener la résorption, c'est par conséquent à la pachyméningite qu'il convient de s'adresser. Poursuivre le traitement curatif de la pachyméningite, disent MM. Charcot et Vulpian, ce sera instituer du même coup le traitement prophylactique de l'hémorrhagie intra arachnoïdienne. Dans ces conditions, ce qui doit avant tout fixer l'attention, ce sont les conditions pathologiques sous l'influence desquelles peut se développer cette affection, c'est l'état morbide diathésique dont elle n'est parfois que l'une des manifestations. (*Archives générales de médecine*, numéro de novembre 1862 et suivants.)

VI

VARIÉTÉS.

A la suite du dernier concours pour deux places de chirurgien du Bureau central des hôpitaux, ont été nommés : *en première ligne*, M. Le Fort; *en seconde ligne*, M. Panas. Deux de nos collaborateurs auront ainsi occupé le premier rang dans les récents concours du Bureau central.

Les annonces dans les journaux de médecine.

On lit dans la *Gazette médicale de Lyon :*

Des annonces dans les journaux de médecine. — Dans la discussion que nous nous félicitons, que nous nous honorons d'avoir ouverte sur ce sujet, nous ne sommes pas resté sans alliés. Mais, bien que fier et reconnaissant de leur concours (1), nous avons volontairement renoncé à l'appui qu'ils nous prêtaient, peu jaloux de faire d'une question de morale une question de votes.

De son côté, cependant, notre principal, notre seul digne adversaire invoquait « les témoignages de sympathie honorables et nombreux » qu'il avait reçus à l'occasion de cette polémique.

Ainsi, mis en demeure de dire qui combat avec nous, nous ne voulons point garder nos documents en portefeuille ; et nous reproduisons avec d'autant plus d'orgueil que, personnellement, nous y sommes plus inconnu, la pièce suivante émanée de l'une des premières sociétés médicales de France, telle qu'elle est publiée dans le journal qui rend compte de ses actes. Que M. Latour consulte ce *premier avertissement;* qu'il écoute la parole mâle et ferme de ces généreux Alcestes du Nord, qui savent appeler les choses par leur nom. Il n'y verra que ce que nous éprouvons tous, que ce que, pour notre part, nous n'avons cessé de lui exprimer avec une sincérité dont rien ne l'autorisait à douter : un profond regret de son attitude actuelle, tempéré par une plus profonde reconnaissance pour ses éminents et innombrables services, et par l'espoir que, fort de sa conscience, fort du témoignage unanime de l'opinion publique, il trouvera moyen d'imposer à la direction de son journal la décision qu'il sait, qu'il avoue être la seule digne de lui.

Ceci dit, nous transcrirons l'extrait du *Bulletin médical du Nord*.

« Société centrale de médecine du Nord.

» *Extrait des procès-verbaux. — Séance du 25 février 1863.*

» M. Testelin. Je demande la permission d'appeler votre attention sur l'annonce des remèdes dans les journaux de médecine. Nous savons tous qu'au mépris de la loi qui défend la vente et l'annonce des remèdes secrets (et tous ceux qui ne figurent pas au Codex ou ne jouissent pas de la faveur d'une autorisation spéciale sont dans ce cas), aucune poursuite n'est jamais dirigée contre ceux qui usent et abusent de ce genre de publicité. Mais si aucune répression légale n'est possible, un de nos plus brillants confrères, M. Diday, le rédacteur de la *Gazette médicale de Lyon*, a pensé qu'une répression morale au moins était possible contre les journaux de médecine qui se livrent à l'ignoble trafic des annonces de remèdes. Il s'est tout naturellement attaqué au plus considérable d'entre eux, à l'*Union médicale* et à son rédacteur en chef. Vous le savez tous, messieurs, la plus grande plaie de notre profession, c'est la vente des remèdes secrets. Ce commerce a abaissé la pharmacie presque au niveau d'un détail d'épicerie ; il a amené l'immixtion des pharmaciens dans l'exercice de la médecine ; il nuit au

(1) Nous ne citons pas seulement parmi nos alliés, mais comme notre devancier dans cette carrière, M. le docteur Dechambre, qui, dès l'année 1860, avait, dans la *Gazette hebdomadaire*, signalé les abus que, tout récemment encore, il vient de stigmatiser avec une telle force de logique et de style. (*Note de M. Diday.*)

public, il nuit à nos intérêts, il tend à dégrader une des professions appartenant à l'art de guérir. N'est-il pas étrange de voir le secrétaire général d'une Association qui déclare dans ses statuts qu'elle a pour but « de maintenir, par son influence » moralisatrice, l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien » public et conformes à la dignité de la profession, » se faire le complice ordinaire de tous les charlatans qui veulent acheter l'appui de son journal? M. Diday a pensé avec raison qu'un pareil état de choses ne pouvait pas durer; il a bien fait, et je crois être l'organe de la Société en le remerciant ici de l'initiative qu'il a prise dans cette circonstance.

» M. A. Latour, d'après ses réponses, ne nous paraît pas bien au courant des sentiments de ses confrères de la province; aussi je demande que la Société veuille bien charger son bureau d'écrire aussi à M. A. Latour, à l'occasion des annonces de remèdes. En agissant ainsi, elle ne fera qu'obéir à ses précédents; car, en 1847, voici la lettre qu'elle adressa sur ce même sujet à un journal de Paris :

« *A M. le Rédacteur en chef de la* . . . . . (1).

» Monsieur,

» En ouvrant de plus en plus largement ses colonnes au » charlatanisme, en propageant des réclames perfidement re- » vêtues d'oripeaux scientifiques, afin d'attirer dans le piége » ceux mêmes qu'elle devrait éclairer, la . . . . . s'est laissée » déchoir du rang qu'elle tenait parmi les organes honorables » du corps médical. Que la . . . . . reste donc avec ceux qu'elle » a appelés à elle : entre elle et nous, il ne peut plus rien » exister de commun. Aussi, sans réclamer le prix de l'abon- » nement payé d'avance pour l'année, la Société vous dispense- » t-elle de lui envoyer ce journal. »

(*Délibéré en séance le 17 avril 1847.*)

» Je ne désire pas que le bureau écrive une lettre aussi sévère; je n'oublie pas quelle reconnaissance le corps médical doit à l'habile organisateur du congrès de 1845 et au fondateur de l'Association générale. Je désire seulement qu'on lui manifeste tout le chagrin que nous éprouvons en voyant un homme de son mérite, un homme auquel toute la Société a voué un vif sentiment de reconnaissance, placé dans une situation aussi fâcheuse que celle où il se trouve : secrétaire général d'une Association chargée de veiller au maintien des intérêts et de la dignité professionnelle d'une part; rédacteur en chef, d'autre part, d'un journal qui se constitue le plus ferme soutien d'un commerce nuisible à la profession et portant la plus haute atteinte à la moralité.

» Cette avanie des annonces nous poursuit partout; non-seulement elles s'étalent dans les journaux de toute nature, mais de plus, chaque jour la poste nous apporte des paquets de prospectus de remèdes de tout genre. En voici un curieux spécimen dont je demande la permission de vous dire un mot. Il s'agit des pilules sédatives du docteur D...; j'y lis :

« Que par leur efficacité dans l'asthme, elles peuvent être » élevées à la hauteur d'un moyen curatif, en raison de la » promptitude avec laquelle l'accès de suffocation cède con- » stamment sous leur influence; ce qui a fait dire à un ma- » lade : *Avec les pilules du docteur D..., il n'est plus d'asthme pos-* » *sible ; au premier coup de sifflet* (sic), *j'en prends quelques-unes, et* » *l'accès est conjuré.* »

» Et ces belles choses sont revêtues de l'approbation de quatre professeurs de l'École de médecine de Poitiers : MM. Bonnet, L. Lepetit, Pingault et Ph. Malapert! Je cite ces noms sans hésiter, car si c'est avec leur assentiment qu'on a produit leur signature, ce sera pour eux un premier châtiment. Si, comme j'aime au contraire à le supposer, on a usé de leur nom sans les consulter, cet avertissement leur permettra de réclamer contre un pareil abus. Je leur conseille d'autant plus de le faire, que les courageuses révélations de feu le professeur Royer-Collard, de regrettable mémoire, n'ont rien laissé à apprendre au public sur les procédés à l'aide desquels on obtient de semblables signatures; cela s'achète comme du fumier.

» La Société, adoptant les considérations qu'a fait valoir M. Testelin, décide que, conformément à sa proposition, une lettre sera adressée par son président à M. Amédée Latour. »

(1) Le ton, très mérité d'ailleurs, de cette lettre fera comprendre à nos lecteurs le motif qui nous fait taire ici le nom de son destinataire. (*Note de M. Diday.*)

La FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS ouvrira ses cours d'été le mercredi 8 avril 1863. Ils ont lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
Pharmacologie.	Regnauld.	Lundi, mercredi, vendredi	A 11 h.
Physiologie.	Longet.	Lundi, mercredi, vendredi	A midi.
Accouchemens, mal. des femmes et des enfants.	Tarnier, agrégé. . .	Lundi, mercredi, vendredi	A 2 h.
Thérap. et mat. médicale.	Grisolle.	Lundi, mercredi, vendredi	A 3 h.
Médecine légale.	Tardieu.	Lundi, mercredi, vendredi	A 4 h.
Histoire naturelle médic..	Moquin-Tandon, r. par M. Baillon, agr.	Mardi, jeudi, samedi. . . .	A 11 h.
Pathologie chirurgicale .	Gosselin.	Mardi, jeudi, samedi. . . .	A midi.
Anatomie pathologique. .	Cruveilhier.	Mardi, jeudi, samedi	A 2 h.
Pathologie médicale. . .	Monneret.	Mardi, jeudi, samedi. . .	A 3 h.
Hygiène.	Bouchardat.	Mardi, jeudi, samedi. . .	A 4 h.
Clinique médicale. . . .	Bouillaud.	à la Charité.	Tous les jours, le matin, de 7 à 10 h.
	Piorry.	à la Charité.	
	Rostan, remplacé par M. Potain, agrégé	à l'Hôtel-Dieu.	
	Trousseau.	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale. . .	Jobert (de Lamballe).	à l'Hôtel-Dieu.	
	Laugier	à la Charité.	
	Velpeau	à la Charité.	
	Nélaton	à l'hôp. de la Faculté.	
Clinique d'accouchement	Depaul.	à l'hôp. de la Faculté.	

COURS COMPLÉMENTAIRES.

Cours cliniques, mal. de la p.	Hardy.	à St-Louis, mercr., sam.	le matin à 8 h 1/2
Cours cliniques, mal. des voies urinaires. . .	Voillemier.	à St-Louis, mardi, ven.	le matin à 8 h 1/2
Cours cliniques, mal. syphilit.	Verneuil	à l'hôp. Midi, lundi, sam.	le matin à 8 h 1/2

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

L'ANIMISME ET SES ADVERSAIRES, par M. *J. Tissot*, doyen de la Faculté des lettres de Dijon. In-8 de 120 pages. Paris, Victor Masson et fils. 3 fr.

MÉMOIRE SUR LA RESPIRATION ET LA CHALEUR HUMAINE DANS LE CHOLÉRA, par M. *L. Doyère*. Travail auquel l'Académie des sciences a décerné un prix de 5000 fr. sur la fondation Bréant. Paris, Imprimerie impériale. Petit in-4 de IV-132 pages. Paris, Victor Masson et fils. 5 fr.

NOTES OU SONT EXPOSÉS LES PRINCIPES D'UNE RÉFORME RADICALE DANS L'ART DE GUÉRIR, par le docteur *Léoni*. Brochure in-8. Paris, Adrien Delahaye.

TRAITÉ DU CROUP, OU ANGINE LARYNGÉE DIPHTHÉRITIQUE, par les docteurs *Fischer* et *Brichetéau*. Ouvrage couronné par la Société des sciences de Lille. 2e édition, corrigée et augmentée. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

MM. les docteurs des départements dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE est expiré le 31 mars 1863 sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 courant, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat de vingt-quatre francs payable le 31 avril 1863.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS.—IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 10 AVRIL 1863. N° 15.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Société de médecine de Besançon : Cas d'iodisme constitutionnel. — Influence du travail de l'horlogerie sur la production de la phthisie pulmonaire. — Société de médecine de Lille : Asphyxie par submersion : Question médico-légale. — Sur l'action antagoniste de la belladone et de l'opium. — II. **Travaux originaux.** Thérapeutique générale. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Recherche de la conicine. — Sur un nouveau moyen de provoquer l'avortement. — De l'action du sucre et de quelques substances acides sur les dents. — Remède contre le mal de mer. — De l'acétate de potasse dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale. — Influence de l'allaitement sur la folie. — Emploi médical de l'acide phénique. — V. **Bibliographie.** Clinique chirurgicale. — VI. **Variétés.** Règlement pour le prix Ernest Godard — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Thèses. — VIII. **Feuilleton.** Lettres historiques sur la médecine chez les Indous.

I

Paris, 9 avril 1863.

Société de médecine de Besançon : CAS D'IODISME CONSTITUTIONNEL. — INFLUENCE DU TRAVAIL DE L'HORLOGERIE SUR LA PRODUCTION DE LA PHTHISIE PULMONAIRE. — *Société de médecine de Lille :* ASPHYXIE PAR SUBMERSION : QUESTION MÉDICO-LÉGALE. — SUR L'ACTION ANTAGONISTE DE LA BELLADONE ET DE L'OPIUM.

Nos lecteurs ont eu sous les yeux, dans son intégrité, le mémoire qu'un savant confrère de Genève, récemment enlevé à la science, M. le docteur Rilliet, a présenté en 1860 à l'Académie de médecine de Paris sur l'*iodisme constitutionnel*. Il désignait par ce nom une maladie déterminée par l'emploi prolongé de l'iode à l'intérieur, et dont les principaux symptômes consistent en un amaigrissement rapide, parfois effrayant; la diminution du goître, si le sujet est goîtreux, comme cela arrive si souvent en Suisse; l'atrophie des seins, un appétit exagéré, des palpitations et, dans certains cas, des accidents nerveux analogues à ceux de l'hypochondrie ou de l'hystérie. Cet ensemble de symptômes se produirait surtout, suivant l'auteur, quand l'iode est ingéré à petites doses; par exemple à celle de quelques milligrammes à un centigramme par jour. (Voy. *Gaz. hebd.*, t. VII, p. 213.)

M. Coutenot a communiqué à la Société de médecine de Besançon des observations tendant à confirmer celles du médecin de Genève. (*Bulletin de la Société de médecine de Besançon*, n° 11.)

Dans la première, il s'agit d'une dame âgée de soixante-dix ans, qui prit, pour un mal de tête opiniâtre, 19 grammes d'iodure de potassium dans l'espace de trois mois et demi, dont il faut défalquer un mois environ de repos. Dans les premiers temps du traitement, la malade perdit rapidement son embonpoint, et voici en quels termes l'auteur décrit l'état où il la trouva après les trois mois et demi de médication iodée : « Amaigrissement excessif, yeux caves, joues sèches et parcheminées, orbites enfoncés, plaques jaunes sur la face, flaccidité des muscles, flageollement des jambes, sta-

FEUILLETON.

Lettres historiques sur la médecine chez les Indous.

Quatrième lettre. -- Voir t. IX, n° 18, t. X, nos 8, 12 et 13.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Etude générale de la littérature médicale de l'Inde.

Monsieur le rédacteur,

Notre intention était d'abord de réunir sous ce titre l'ensemble de toutes les questions biographiques et bibliographiques que nous avons pu aborder; mais ce travail dont nous nous occupons en ce moment, a pris sous notre plume, et grâce à des renseignements inattendus, un développement que nous n'avions pas su prévoir. Il en résulte l'impossibilité de le concentrer en quelques pages, et la nécessité de le publier à part. Nous y traiterons, autant que nous sommes capable de le faire, les questions de dates, toujours si controversées, celles de noms et de synonymie, etc. Il ne s'agira donc, ici, que d'une vue d'ensemble sur la littérature médicale, son étendue, ses origines, ses affinités avec les autres littératures, et enfin ses principaux représentants.

I.

PÉRIODE VÉDIQUE. — LES VÉDAS ET LEURS DIVISIONS. LEURS APPENDICES, OU UPANISHADS : TRAVAUX ANATOMIQUES. — LIVRES PERDUS.

Il nous semble indispensable, avant de traiter d'une façon spéciale de la littérature médicale chez les Indous, de donner, aussi brièvement que possible, un tableau résumé de leur littérature générale. En effet, cette question préliminaire, dont la connaissance, au moins superficielle, est indispensable pour se rendre un compte exact de la place qu'occupent les travaux médicaux, dans la masse des œuvres de l'esprit indien, est, il est vrai, élémentaire aux yeux des orientalistes; mais elle est restée étrangère, ou à peu près, à la majorité des personnes qui pourront lire ce travail.

tion droite difficilement prolongée, lassitude rapide ; déambulation lente, hésitante, nécessité d'un bras ; essoufflement augmenté par les mouvements, palpitations et même battements de cœur; toux sèche, sans expectoration, etc. » La malade fut mise à un régime reconstitutif (viandes, boissons excitantes, quinquina au malaga, exercice en voiture); elle fut envoyée ensuite aux eaux de Bade (Argovie), d'où elle revint plus forte, avec plus d'appétit et un meilleur sommeil, mais sans récupération de l'embonpoint.

Le second cas concerne le mari même de cette dame. Soumis également, pour une diathèse dartreuse, à l'emploi interne de l'iodure de potassium, dont il consomma 30 grammes en trois mois, avec quelques jours de repos, il vit bientôt sa maigreur habituelle augmenter, ses jambes notamment devenir plus grêles et plus faibles. Il se remit assez vite par l'emploi des toniques; à son retour des eaux de Bade, il avait recouvré toutes ses forces.

Ces deux faits, éclairés par tous ceux du même genre que la science a déjà enregistrés, ne nous paraissent laisser aucun doute quant à l'origine *iodique* des accidents éprouvés par les deux malades. Nous croyons seulement devoir faire remarquer qu'ils ne prêtent pas à la thèse de M. Rilliet tout l'appui, ou plutôt le genre d'appui dont elle aurait besoin. M. Rilliet, en effet, admet dans l'iodisme trois formes, qu'il appelle des espèces, dont la première est liée à l'action locale de l'iode sur le tube digestif; dont la seconde, déterminée par l'absorption, puis l'élimination de l'iode administré à doses élevées, est caractérisée par une sorte d'ivresse, l'ophthalmie, le coryza, la salivation et des éruptions diverses à la peau ; dont la troisième enfin, plus spécialement produite par l'usage prolongé de l'iode à doses minimes, porte une atteinte profonde à tout l'organisme et se traduit par un défaut de nutrition et une excitation du système nerveux. Or, ces trois formes, dans leur expression symptomatique, étaient connues avant M. Rilliet, ainsi qu'il le déclare lui-même. Ce qui est resté douteux, pour un certain nombre de praticiens, c'est que la dernière, la *cachexie iodique*, puisse être produite par des doses de médicament aussi faibles que celles de 2 ou 3 milligrammes par jour; c'est que les cas d'amaigrissement rapide observés, dans ces conditions, par M. Rilliet, doivent être réellement attribués à l'action de l'iode. Voilà donc le point litigieux qu'il serait le plus urgent d'éclaircir. Dans les observations de M. Coutenot, la cachexie était évidente; mais la dose d'iode absorbée avait été relativement considérable, puisque chaque malade en avait pris de 18 à 30 centigrammes environ par jour. Aussi aux symptômes spécifiques de la troisième forme, tels que l'émaciation rapide, s'étaient joints ceux de la deuxième, c'est-à-dire de la simple intoxication : les deux sujets avaient présenté un coryza persistant et accusé la sensation d'une odeur particulière, qu'ils comparaient à celle du chlore et qui doit être évidemment rapportée à l'élimination de l'iode.

— Le travail de l'horlogerie prédispose-t-il à la phthisie pulmonaire? On n'a pas oublié peut-être que cette même question a été résolue affirmativement par M. le docteur Perron, dans un travail qui a été, de notre part (*Gaz. hebd.*, 1861, p. 536), l'objet d'une appréciation récente. Nous avions cru devoir faire, au sujet de cette conclusion, d'expresses réserves. Or, voici qu'un honorable confrère, M. Lebon, va plus loin que nous dans un mémoire lu également devant la Société de médecine de Besançon : l'auteur répond à une affirmation par une négation formelle.

M. Perron avait insisté sur la fréquence de la fièvre et sur la grande mortalité des ouvriers horlogers de Besançon. Quant au premier point, M. Lebon établit aisément que les tableaux dressés par son confrère pour obtenir la moyenne des pulsations comparées chez les ouvriers dans diverses professions (tableaux dont la base numérique est d'ailleurs assez étroite, puisqu'elle ne porte que sur 246 individus en tout), a peu de signification relativement au degré de prédisposition des diverses catégories d'ouvriers à contracter la fièvre. Il résulterait aussi des indications données par l'auteur en ce qui concerne le recensement des professions, que le chiffre proportionnel des ouvriers horlogers à Besançon n'est bien connu, ni de son contradicteur, ni de lui-même, parce qu'il est tiré d'une statistique municipale faite en vue de l'impôt et ne mentionnant pas les ouvriers qui séjournent chez leurs parents. Néanmoins, et sauf quelques restrictions sur lesquelles il n'insiste pas, M. Lebon ne conteste pas que « plus des deux tiers des artistes (horlogers) du sexe masculin, âgés de quinze à cinquante ans, meurent de phthisie, tandis que la même cause ne figure que pour un peu plus d'un quart dans les causes de décès de la population non horlogère. »

On le voit donc, dans les conditions où se trouvent placés les deux observateurs, la statistique expose, comme je le disais dans mon précédent rapport, à de graves erreurs; et la vérité ne peut sortir que de l'appréciation attentive des faits particuliers, chose assez facile dans une ville telle que Besançon. M. Lebon l'a compris, et il a pris la peine de recueillir,

---

Le développement successif des productions intellectuelles suit toujours chez un peuple quelconque, une marche parallèle à celle de son organisation matérielle, économique, politique. Tous les événements marquants dans sa vie nationale ont leur écho dans les résultats de son activité morale : aux temps de misère et d'oppression correspondent des éclipses intellectuelles; aux ères de paix, de bien-être, de liberté surtout, l'éclosion des découvertes scientifiques, la naissance des chef-d'œuvres littéraires. L'histoire entière de l'humanité est là pour prouver que les exceptions à cette loi ne sont que des apparences trompeuses et ne résistent pas à l'examen. Il en résulte que les phases de l'histoire sociale sont précisément celles de l'histoire intellectuelle, que les grandes époques de l'une sont aussi les grandes époques de l'autre. C'est ainsi que dans l'Inde, les deux principales périodes que nous avons étudiées, comme deux couches géologiques, dans la formation de la médecine indoue, nous les retrouverons dans l'histoire générale de la littérature et dans l'histoire particulière de la littérature médicale, parce qu'elles correspondent à des états divers et assez nettement tranchés dans la vie de l'Inde. Il est bien entendu que nous n'entendons pas ici prétendre que de l'un à l'autre il n'y ait pas eu de transitions ; elles ont été, au contraire, nombreuses, et suffiraient peut-être pour faire passer l'observateur peu attentif du premier au second, sans qu'il puisse s'en apercevoir, comme les modulations dans la musique nous conduisent d'un ton à un autre sans blesser nos oreilles, ou souvent même en les charmant agréablement.

Dans son histoire de la littérature indienne, publiée à Berlin sous le titre de Academische vorlesungen, leçons académiques, M. Weber, l'illustre indianiste, admet deux périodes : la période *védique* et la période *sanscrite*. A la première appartiennent, comme le nom l'indique, les védas, qui caractérisent et remplissent toute cette grande division, et dont nous allons en quelques mots indiquer la nature et le contenu. Il y a quatre védas, nommés le *Rigvéda*, le *Samavéda*, le *Yadjourvéda*, qui est double, et l'*Atharvavéda*. Chacun d'eux se subdivise en

auprès de ses confrères de la localité, des renseignements sur chacun des seize horlogers et des cinq horlogères, âgés de quinze à cinquante ans, et tous phthisiques, qui figurent au chiffre des décès pour l'année 1861. Or, il résulte de ces renseignements, s'ils sont exacts, que chez ces vingt et un individus, tantôt l'existence des tubercules pulmonaires n'était pas bien démontrée, tantôt la phthisie était héréditaire, tantôt elle existait avant la pratique de l'état d'horloger; et que, pour le reste, la maladie pourrait être attribuée aussi bien à l'influence de mauvaises conditions hygiéniques qu'à celle de l'intoxication cuivreuse.

En présence de ces assertions opposées et de ces données incertaines, nous ne pouvons que garder nos premières impressions, et considérer comme douteuse au moins l'influence de l'absorption de molécules cuivreuses par les horlogers sur la production de la phthisie pulmonaire.

— Un cas d'asphyxie d'un enfant nouveau-né, par submersion dans un liquide chargé de craie, cas dans lequel de la craie délayée a été retrouvée dans les fosses nasales, le larynx, la trachée et l'œsophage, a donné à M. Houzé de l'Aulnoit l'occasion de communiquer à la *Société de médecine de Lille* (t. VII du Recueil de la Société) un mémoire sur la valeur médico-légale de la présence, dans les conduits respiratoires et alimentaires, du liquide au milieu duquel a eu lieu la submersion.

Quand il s'agit d'un nouveau-né, l'expérience de la docimasie pulmonaire, on le sait, est quelquefois trompeuse, notamment quand l'enfant a passé du sein de la mère dans un liquide; et il n'y a pas très longtemps que nous avons entretenu nos lecteurs d'une observation de ce genre, rapportée par MM. Laforgue et Desgranges (*Gaz. hebd.*, t. VII, p. 507). Dans cette circonstance exceptionnelle où l'air ne pénètre pas dans les poumons, il faut, pour savoir si l'enfant a ou non vécu, rechercher, d'une part, s'il a accompli mécaniquement l'acte de la respiration; d'autre part, s'il a exécuté également l'acte de la déglutition. Et cette question est subordonnée à cette autre : Un liquide introduit dans la bouche ou dans les narines peut-il passer dans les voies respiratoires et les voies digestives *après la mort?*

Orfila avait déjà institué des expériences desquelles il résulte que, sur des cadavres submergés dans des liquides diversement colorés, ces liquides passent dans la trachée et les bronches (à des profondeurs variables, suivant la position du corps ou la durée de l'immersion), mais non dans l'estomac. M. Houzé de l'Aulnoit a répété l'expérience une fois, en la variant un peu. Dans la bouche d'un cadavre il a versé un liquide coloré en bleu. Après que le corps eut été maintenu pendant trois heures dans une position verticale, des ligatures furent placées sur les orifices de l'estomac, et celui-ci, ouvert, ne laissa voir que des mucosités grisâtres, sans la moindre trace de la liqueur colorée. Les parois de l'œsophage, incisées dans toute leur longueur, avaient conservé leur coloration naturelle; mais une teinte bleue tapissait le larynx, la trachée et les grosses bronches.

Une question se présente naturellement, et elle a été posée en ces termes, dans une autre cause judiciaire, à M. Houzé, par un magistrat : *L'immersion de la tête dans une portion quelconque de liquide ne s'oppose-t-elle pas au mouvement de déglutition et à la pénétration des substances dans l'estomac?* L'auteur répond sans hésiter par la négative. En effet, il est trop connu qu'on avale très aisément, — trop aisément parfois, — une certaine quantité du liquide dans lequel on est plongé. On trouve de l'eau dans l'estomac de la plupart des noyés. Et quant aux enfants nouveau-nés, ils avalent si bien même des liquides épais, que, chez ceux qui sont précipités dans des fosses d'aisances, l'autopsie montre souvent dans leur estomac la preuve matérielle et non équivoque d'actes répétés de déglutition. M. Houzé, ayant d'ailleurs submergé un lapin vivant dans un vase plein d'eau colorée en bleu, a retrouvé la substance colorante dans l'estomac aussi bien que dans la trachée et les bronches.

En résumé, et c'est la conclusion de l'auteur, dans les cas où, un enfant nouveau-né ayant été submergé dans un liquide, l'épreuve de la docimasie pulmonaire resterait douteuse, ou attesterait même formellement la non-pénétration de l'air dans le parenchyme des poumons, la présence du liquide immergeant dans la trachée et les bronches ne prouverait pas que l'enfant eût vécu; mais il en serait tout autrement de la présence du même liquide dans l'estomac. Nous parlons de liquide et non de matières épaisses ou demi-solides, comme de la vase, qui ne pourrait pénétrer dans la trachée sans des efforts positifs et énergiques d'inspiration.

— Faire la part du nouveau et du regain dans l'histoire progressive de la médecine est assurément une tâche aussi difficile que délicate. Lorsqu'il y a quelques années les travaux de Bell et de Wood eurent remis au jour la méthode thérapeutique qui consiste à porter sous le derme les substances médicamenteuses, on crut à une découverte, quoiqu'il n'y eût là qu'un procédé tiré de l'oubli; bien plus, l'antagonisme

---

trois parties, qui sont : la *Samhita*, les *Brahmanas* et les *Sûtras*. Disons tout de suite, pour n'y plus revenir. que les deux dernières, c'est-à-dire les Brahmanas et les Sûtras traitent du rituel, de la liturgie, des observances, etc. La partie réellement fondamentale de chaque véda est la Samhita, recueil d'hymnes très considérable dans le Rigvéda, nous en avons extrait quelques-uns. Ainsi, pendant toute la période védique la littérature est exclusivement sacrée, et c'est dans les védas qu'il faut aller chercher les premières traces des arts et des sciences : c'est ce que nous avons essayé de faire pour la médecine. Les quatre védas ont été nommés plus haut dans l'ordre chronologique admis, le Rigvéda remonte à la plus haute antiquité, l'Atharvavéda est incomparablement plus moderne. Nous n'avons pas eu à nous occuper des deux autres, d'abord parce que la *Samhita* du deuxième véda, est extraite presque entièrement de celle du Rigvéda, ensuite parce que le Yadjourvéda, plus récemment connu, est plus difficilement abordable, et de plus n'aurait pu, que nous sachions, nous fournir aucune donnée importante. Nous avons soigneusement fait ressortir, chaque fois que l'occasion s'en est présentée, la différence immense qui sépare les hymnes du Rigvéda de ceux du quatrième véda, et montré comment, tandis que les premiers ne sont que l'expression timide et respectueuse des sentiments de crainte ou d'admiration d'un peuple enfant, les autres, au contraire, sont empreints de cet esprit étroit et niaisement pusillanime qui est le résultat le plus direct d'une superstition en quelque sorte réfléchie et souvent imposée par des influences du dehors. Une étude d'ensemble sur les hymnes médicaux des védas aurait bien son intérêt; nous y avons songé souvent déjà, et c'est un projet auquel nous ne renonçons pas, mais pour lequel jusqu'ici les matériaux auraient manqué. Nous nous contenterons d'ajouter que dans le dixième *mandala* ou dixième et dernière section du Rigvéda, se trouvent surtout les hymnes relatifs aux invocations contre les puissances nuisibles et occultes, hymnes qui font pressentir ceux du quatrième véda; et que ce quatrième véda, qui contient aussi un

que ces recherches démontrèrent entre la belladone et l'opium passa pour un fait nouveau, et les applications pratiques qui résultent de cette notion d'antagonisme furent regardées comme une conquête de la thérapeutique contemporaine. Cette dernière conclusion n'était pas plus fondée que la première. Une lettre adressée à Gaetano Strambio par le docteur Angelo Poma nous apprend que ce médecin, il y a plus de vingt années, a fait usage du laudanum comme contre-poison de la belladone. Voici les principales circonstances de ce fait intéressant:

C'était dans la province de Mantoue, à Marcaria; deux jeunes filles de douze à quatorze ans étaient souffrantes, l'une d'une gastralgie que l'on rattachait à la présence de vers intestinaux, l'autre d'une violente douleur névralgique siégeant au genou gauche. Appelé auprès d'elles, le docteur Poma prescrit à la première une émulsion d'huile de ricin avec quelques grains d'extrait de jusquiame; il ordonne pour la seconde une drachme (4 grammes) de solution d'extrait de belladone à appliquer sur le genou douloureux.

Par suite d'une méprise funeste, la solution de belladone fut prise à l'intérieur par la malade. Deux heures à peine s'étaient écoulées depuis l'administration du médicament que Poma fut rappelé en toute hâte par le père de la malade; ce malheureux, au désespoir, s'accusait d'avoir empoisonné sa fille. Instruit des circonstances de l'accident, le médecin se munit d'un flacon de laudanum et se rend à la demeure de la malade, sise à 2 kilomètres de distance.

A son arrivée auprès d'elle, les caractères de l'empoisonnement atropique étaient complétement accusés : nausées, vertiges, mydriase extrême, prostration profonde, surdité presque absolue, tremblements convulsifs, délire stupide, froid de marbre sur toute la surface du corps, mais surtout aux mains et aux pieds. Le pouls était très lent, les battements du cœur étaient faibles et rares. L'empoisonnement était évident, même en l'absence de tous renseignements, et ceux-ci ne laissaient aucun doute sur l'ingestion de la solution de belladone.

En face d'un danger aussi pressant, le docteur Poma, sans trop s'inquiéter de la dose, fait avaler à la malade la moitié d'une grande cuillerée de laudanum, une demi-drachme peut-être, et au bout d'une demi-heure il administre la même quantité. Après cette seconde dose, les symptômes d'empoisonnement allèrent s'atténuant; au bout de quelques heures, on fit prendre à la jeune fille quelques cuillerées de vin, après quoi elle dormit tranquillement pendant trois heures environ. La douleur du genou fut dès lors notablement amendée, et deux jours après elle avait disparu.

Il serait difficile, on en conviendra, de trouver une démonstration plus nette et plus convaincante de l'action antagoniste de l'opium et de la belladone; néanmoins, cette seule circonstance ne nous eût pas décidé à communiquer à nos lecteurs un extrait de la lettre du docteur Angelo Poma, car les faits de ce genre sont aujourd'hui bien connus, et les recueils périodiques en renferment déjà un grand nombre. Ce qui nous a déterminé surtout, c'est le désir de remonter un peu plus haut dans l'histoire de cette méthode thérapeutique; et maintenant, dirons-nous qu'elle commence réellement avec le fait que nous venons de rappeler, et que l'honneur de la première application revient au médecin italien? Nous n'oserions l'affirmer; mais, en tout cas, voilà un pas de plus vers la vérité. Cela est suffisant sans doute pour justifier les lignes qui précèdent.

A. Dechambre.

La dernière séance de l'Académie de médecine a été on ne peut mieux remplie. Le tournoi annuel de MM. Depaul et Bousquet, sur le terrain de l'origine de la vaccine, a été terminé pour 1863. C'est M. Depaul qui a donné le dernier coup de lance. Personne de tué, et personne qui s'avoue blessé. C'est une question sur laquelle nous nous sommes largement expliqué il y a un an (t. IX, p. 337), et qui ne pourra être jugée définitivement que sur de nouveaux faits. — M. Mélier a commencé la lecture d'un travail sur la fièvre jaune de Saint-Nazaire; travail attendu avec un vif intérêt et qui justifie parfaitement cette préoccupation, si nous en jugeons par ce que nous avons entendu. Nos lecteurs l'auront, du reste, en grande partie sous les yeux. — Enfin, deux communications orales ont été faites : l'une par M. le professeur Filhol, sur les principes actifs de l'ivraie; l'autre par M. Maisonneuve, sur l'extirpation d'un polype naso-pharyngien par la cautérisation en flèches.

MM. les docteurs des départements dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire a expiré le 31 mars 1863 sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 15 courant, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat de vingt-quatre francs payable le 30 avril 1863.

---

certain nombre de chants fort anciens, paraît, d'un autre côté, appartenir déjà en partie au monde brahmanique, sur les confins duquel il est pour ainsi dire placé.

Mais, si pour toute cette période dite védique, aucun ouvrage spécial relatif à l'art médical n'est parvenu jusqu'à nous, en faut-il conclure, rigoureusement, qu'aucun travail de cet ordre n'ait été tenté ou même exécuté? Le contraire pour nous n'est pas douteux, et nous aurons pour appuyer notre opinion l'autorité même de M. Weber.

Voici d'abord les motifs qui nous l'ont fait admettre : 1° Deux branches d'études qui n'appartiennent pas nécessairement à la science sacrée, mais qui s'y lièrent indissolublement, prirent pendant la première période un développement assez marqué : ce fut d'abord la grammaire, instrument indispensable, à la fin des temps védiques, parce que la langue des védas, qui n'est pas le sanscrit classique, après avoir été l'idiome commun, finissait par se subdiviser en dialectes divers; d'où il résultait pour permettre la compréhension des chants primitifs, la nécessité de commentaires grammaticaux. Ce fut ensuite la philosophie, qui résulte nécessairement des tendances de l'esprit humain arrivé à un certain degré de développement, et que ses défenseurs avaient intérêt à conserver. De l'observation de ce fait résulte déjà la preuve que, pendant l'ère védique, les études étrangères par le fond à la théologie, ne furent pas complétement négligées. Il n'en résulte pas encore que parmi ces études, que nous nommerons accessoires si l'on veut, la médecine ait eu une place, mais nous croyons être en mesure de l'établir. En effet, 2° il existe, comme appendices aux védas, et surtout au quatrième véda, une série de compositions variées, qui sont loin d'être toutes étudiées ou connues aujourd'hui, et que l'on nomme les *Upanishads*; les unes traitent des questions de théologie transcendante, les autres sont écrites dans le but de défendre certaines opinions religieuses dissidentes, ce sont nécessairement les plus récentes. Or, parmi ces Upanishads il en est deux qui vont nous venir en aide d'une façon puissante. Ce sont : 1° la *Garbha-Upanishad*, dont

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique générale.

De l'action des révulsifs cutanés, par le professeur Hebra (de Vienne).

Au moment de m'attaquer à l'un des dogmes de la médecine, et de résoudre par la négative la question des effets thérapeutiques des révulsifs dans les diverses maladies de l'organisme, je suis bien convaincu de la difficulté de cette tâche, et je n'ignore pas davantage que je vais soulever contre moi une grande partie du monde médical. Effet de la routine traditionnelle chez les uns, résultat chez les autres d'une conviction empirique peu fondée, l'opinion qui accorde aux révulsifs une utilité de premier ordre compte un grand nombre de partisans parmi les médecins. Mais par cela même que j'ai le plus grand respect pour les idées de chacun, je me crois en droit d'espérer la même liberté, d'autant plus que les opinions que je vais exposer reposent à la fois sur l'observation clinique et sur l'expérimentation.

Une question s'élève tout d'abord : comment les médecins et le vulgaire sont-ils arrivés à cette conviction que les révulsifs cutanés peuvent faciliter la guérison des maladies internes? Or, il est fort probable et il importe de ne pas perdre de vue ce point de départ, que l'alternance des lésions cutanées et des maladies viscérales a été l'objet d'une interprétation vicieuse. On voit un individu atteint d'une maladie de la peau, de psoriasis par exemple, être pris d'une affection fébrile : au moment de l'invasion de la fièvre, les manifestations morbides qui siégent sur le tégument externe s'atténuent, et, dans le cours ultérieur de la pyrexie, la dermatose finit par disparaître. Puis le malade guérit de son affection fébrile, et l'on voit renaître la lésion cutanée ; aussitôt on s'empresse de conclure que la rétrocession de la dermatose a été la cause de l'affection générale, laquelle a persisté jusqu'à ce que la nature, venant en aide au malade, ait reporté sur le tégument externe le produit morbide, et rétabli les choses dans leur état primitif. Dans d'autres circonstances, c'est une évolution inverse qui est observée; un état fébrile est le précurseur de certaines déterminations cutanées, et cette fièvre dure jusqu'à ce que l'éruption soit complétement effectuée (dans les exanthèmes aigus, par exemple). Dans le même ordre de maladies, l'exanthème ne fleurit qu'autant que la marche de l'affection est favorable; si, au contraire, les choses tournent à mal, l'éruption pâlit peu à peu, puis, disparaissant lorsque la mort arrive, elle n'est plus appréciable sur le cadavre. Eh bien, ici encore, même raisonnement fautif, même conclusion erronée ; médecins et profanes s'accordent pour voir dans la rétrocession ou la métastase intempestive de l'exanthème, la cause de la terminaison fatale de la maladie.

Tout observateur impartial pourra facilement se convaincre, dans tous les cas, de l'inanité d'une telle manière de voir. Il constatera toujours que la disparition de la lésion cutanée n'a pas précédé l'invasion de l'affection fébrile, et qu'au contraire la dermatose chronique n'a commencé à rétrocéder qu'après une durée plus ou moins longue de la fièvre. Il est, d'autre part, un fait bien connu : dans toutes les maladies générales assez longues et assez intenses, pour produire un certain degré d'anémie, la peau est le premier organe qui décèle par sa pâleur cette hypémie commençante; fort de ce principe incontestable, l'observateur comprendra sans peine pourquoi les dermatoses, qui se caractérisaient naguère par de la rougeur, s'effacent graduellement, puis disparaissent lorsque surgit un processus morbide général d'une certaine gravité. Je renvoie, pour de plus amples détails sur ce point, à l'étude complète que j'en ai faite dans le Traité de pathologie et de thérapie de Virchow (*Maladies de la peau*, vol. III, 1re liv., p. 50, *Anœmiæ cutaneæ*), et je rappelle seulement qu'un état morbide tout à fait passager, tel que la syncope, suffit pour faire pâlir soudainement les lésions cutanées qui se révélaient par une coloration rouge, et cette couleur reparaît avec son éclat primitif dès que l'état syncopal est dissipé.

Je dois encore signaler, avant d'aller plus loin, une autre théorie non moins erronée que la précédente et qui n'a certainement pas été sans influence sur la généralisation des révulsifs cutanés. Cette théorie, d'ailleurs, est loin d'être nouvelle; née dans l'antiquité la plus reculée, elle a traversé tout le moyen âge et compte aujourd'hui encore un grand nombre d'adeptes. Dans cette opinion, la maladie est regardée comme un être matériel qui s'établit dans l'organisme humain, tantôt sur un point, tantôt sur un autre; le médecin a pour but unique l'expulsion de cet hôte dangereux. Les dénominations assignées par le galénisme aux puissances morbigènes : pituite, sang, bile jaune, bile noire; les idées des Sylvius, des Paracelse, des Mercurialis sur les *âcretés* (*acrimoniæ sanguineæ*) et les acides du sang sont les vestiges non douteux de ces théories; on les retrouve non moins vivaces dans les idées des médecins du moyen âge, qui croyaient avoir trouvé dans leur *Materia peccans* la source de toutes les maladies et qui en provoquaient avec grand fracas l'expulsion par l'intestin, les reins et les téguments. La théorie des fluxions, telle que l'a formulée Beaumé, a montré à notre époque que ces mêmes idées, revues et augmentées, germent encore dans l'esprit des médecins.

Aujourd'hui les progrès accomplis dans toutes les branches des sciences naturelles ont ouvert d'autres voies par lesquelles l'observateur loyal peut s'avancer sans crainte vers la connaissance des maladies, et cependant les praticiens ne se sont pas

---

M. Weber dit : « Son contenu s'éloignant de toutes les autres » Upanishads, se rapporte au corps humain, à sa formation » comme embryon, à la manière dont il est composé en ses » diverses parties, soit à leur nombre et à leur poids. C'est le » commentaire d'une strophe trishtubh (nom du mètre adopté » pour la strophe) placée au début, dont différents mots sont » examinés scrupuleusement » (*Op. cit.* trad. franç., p. 271); 2° la *Prânâgnihotra-Upanishad*, qui « montre la relation des » parties et des fonctions du corps avec les parties relatives » du sacrifice, d'où ressort implicitement l'inutilité du der» nier : la fin promet à celui qui lit cette Upanishad la même » récompense qu'à celui qui expire à Vârânasi (Benarès, appelée » aussi Kaçi, comme nous l'avons vu plus haut), c'est-à-dire » l'exemption d'une seconde naissance. » (*Id.*, p. 275.) Que prouvent ces deux citations? évidemment qu'à une époque plus ou moins reculée, qu'il n'est pas possible de déterminer, mais qui assurément précédait celle où les ouvrages médicaux proprement dits, qui nous sont parvenus, étaient entre les mains des brahmanes, l'anatomie, au moins celle des animaux qu'on sacrifiait, était étudiée en détail; or, qui dit étude de l'anatomie, dit naturellement étude de la médecine, surtout puisque ces prêtres qui offraient les sacrifices étaient précisément ceux qui exerçaient l'art de guérir; et qui dit étude de l'art de guérir, dit aussi production des ouvrages spéciaux, car quand on écrit sur l'anatomie, tout fait supposer qu'on écrit aussi sur la pathologie.

Reste une dernière question : Pourquoi les connaissances anatomiques de cette époque ont-elles été conservées dans des traités spéciaux, tandis qu'il ne nous est rien parvenu des traités sur les autres branches de la médecine? La réponse en est très simple. L'anatomie, comme branche accessoire, mais utile, de la science du sacrifice, faisait partie du livre sacré, du livre par excellence, de la *Bible;* et c'est à ce titre que les deux upanishads dont nous parlions plus haut ont été incorporées au quatrième véda. La pathologie, au contraire, la matière médicale, etc., n'étant pas sauvegardées par ce prestige,

aperçus qu'en plaidant la cause des révulsifs cutanés ils ne se montrent pas encore complètement dégagés des préjugés de leurs devanciers, ils ne suivent pas encore le droit chemin de l'observation pure et simple.

Je crois être strictement conforme aux lois de l'observation rationnelle en émettant cette proposition inattaquable : dans une maladie quelconque, nous ne pouvons parler avec certitude de l'effet d'un médicament que si nous sommes en possession des deux conditions suivantes : la connaissance des modifications que provoque l'agent thérapeutique dans l'organisme sain ou malade ; la notion de la marche naturelle de la maladie abandonnée à elle-même, de son début à sa terminaison. Cette idée féconde remonte au XVII[e] siècle ; déjà alors Gédéon Harvei (*Ars curandi morbos expectatione*, Amsterdam, 1695), devançant singulièrement son époque, écrivait sans ambages que la meilleure de toutes les prescriptions, à l'arrivée d'un nouveau malade, est contenue dans ce seul mot : *exspecta*.

Cependant une telle conclusion parut fort inhumaine aussi longtemps qu'on fut convaincu qu'il est au pouvoir du médecin d'atténuer notablement la marche des maladies, et surtout celle des affections fébriles ; mais, depuis que Hahnemann a enseigné à traiter par les infiniment petits le typhus et la pneumonie, la péricardite et la péritonite, et toute la série des maladies en *ite* qui menacent notre existence ; depuis que l'inventeur de cette médication par décillionièmes a obtenu, grâce à elle, autant de succès que la médecine hippocratique avec son appareil colossal de ventouses et de saignées, de sangsues et de sinapismes, de révulsifs cantharidiens ou stibiés, depuis ce moment tout médecin consciencieux et réfléchi a dû se donner pour premier devoir la solution de cette question : Les infinitésimaux ont-ils réellement la vertu de guérir ces redoutables maladies, ou bien ces affections sont-elles susceptibles d'une heureuse terminaison lorsqu'on les abandonne à elles-mêmes ?

Pénétrés de cette dernière vérité, un grand nombre de médecins et de cliniciens de notre temps ont poursuivi avec succès la guérison des diverses affections générales, fébriles et apyrétiques, par la méthode expectante, et ont eu ainsi l'occasion d'observer la marche naturelle des maladies. Or, si ces médecins ont réussi à guérir le typhus, la pneumonie, la péricardite, la péritonite, etc., par l'emploi d'eaux distillées de couleurs variées, ou par de simples parégoriques et des boissons insignifiantes, telles que l'althæa, l'orge, etc., s'ils ont eu, grâce à cette pratique, tout autant de succès que les confrères armés de toutes pièces, qui marchent constamment escortés de lancettes, de sangsues, de sinapismes, de vésicatoires, d'émétique, de sublimé, de calomel, de gomme-gutte, etc., il n'est pas difficile, en vérité, de conclure de cette comparaison que le traitement *lege artis*, conduit d'après les principes hippocratiques les plus purs, n'était pas d'une indispensable nécessité ; il n'est pas difficile de voir que la guérison a eu lieu *malgré* l'administration de ces moyens héroïques, et que la nature, pour mener à bonne fin son œuvre de conservation, a réalisé une fois de plus cette sentence : *Natura et morbum et medicum vincit*.

Chose remarquable, les médecins mêmes qui sont convaincus de la puissance de l'expectation dans les affections graves que j'ai signalées plus haut, ne peuvent s'empêcher de faire quelques réserves en faveur des révulsifs cutanés lorsqu'il s'agit de certaines maladies à nature mystérieuse, dont la seule dénomination est synonyme pour eux de traitement énergique et rapide : je veux parler des rhumatismes. En excitant dans ces cas-là le système nerveux périphérique, on pense exercer une influence favorable sur l'état des parties profondes, gaînes et tissu nerveux, muscles, tendons, ligaments, etc., tous les tissus enfin dans lesquels on croit devoir localiser la maladie. Combien de fois pourtant le praticien est obligé de reconnaître son impuissance après avoir successivement mis en œuvre, dans ses efforts infructueux, tout l'appareil de la médecine barbare (*medicina crudelis*), commençant par les simples rubéfiants et s'élevant graduellement jusqu'aux épouvantables moxas ! Malgré les résultats significatifs de cette expérience, les médecins ne renoncent pas pourtant à leurs armes de guerre, parce qu'ils ont vu parfois des rhumatisants guérir de leur mal pendant l'emploi des irritants cutanés ; ils s'empressent de conclure que leur malade a guéri grâce à leur thérapeutique, tandis qu'ils devraient convenir qu'il a guéri pendant l'emploi et malgré l'emploi de la médication révulsive. Que l'on détermine avec équité combien de rhumatisants ont guéri, *absque ullo tractamine*, combien ont été guéris par l'homœopathie, par l'hydropathie, l'électricité, le magnétisme, combien ont dû leur délivrance aux emplâtres de tout genre, et le rapport statistique ne sera certainement pas au désavantage de ces derniers.

Les praticiens répondront peut-être qu'il faut bien faire quelque chose, qu'il faut bien prescrire à un pauvre malade torturé par la douleur un traitement qui lui fasse espérer le soulagement de ses maux, et que, dans les cas de ce genre, l'emploi des révulsifs légers, tels que les sinapismes, est parfaitement indiqué, puisque ces moyens, d'ailleurs, n'offrent aucun inconvénient. Je me réserve de montrer plus bas les fâcheux effets de ces révulsifs et de rappeler les stigmates indélébiles qu'ils impriment sur la peau ; je prouverai que, même dans les circonstances qu'on invoque, l'emploi de ces agents est formellement contre-indiqué. Veut-on faire quelque chose pour tranquilliser le malade, on ne manque pas de moyens indifférents. Pourquoi donc avoir immédiatement recours aux épispastiques et aux rubéfiants ? A quoi serviront donc les applications chaudes ou froides ? à quoi servi-

---

étaient livrées aux élucubrations des travailleurs, qui remaniaient, retranchaient, ajoutaient à leur guise. Il en est résulté que, « par suite de la difficulté de conserver les ouvrages, » l'heureux successeur a presque toujours supplanté son pré- » décesseur, qu'il surpassait. Celui-ci, devenu superflu, était » par suite mis de côté ; il n'était plus appris par cœur, et aussi » on cessait de le copier ! Et ainsi, à moins qu'une autre in- » fluence n'intervienne, nous ne possédons presque de toutes » ces branches que la fleur des ouvrages, où chaque branche » a atteint sa perfection, ouvrages devenus, pour ainsi dire, » modèles classiques, et d'après lesquels s'est formée plus tard » la littérature moderne.... » (Weber, *Op. cit.*, p. 295.)

Ainsi, nous pourrions résumer en ces quelques mots ce qui regarde la période védique : concentration encyclopédique des littératures au profit de la littérature sacrée ; premières traces des œuvres médicales dans les hymnes du Rigvéda ; plus tard, dans les hymnes de l'Atharvavéda ; descriptions anatomiques dans les Upanishads, composées pour servir de guide au sacrificateur ; probabilités puissantes en faveur de l'existence, à cette époque, d'une certaine quantité de livres perdus aujourd'hui, et dont le contenu fut absorbé par les ouvrages de la seconde période.

D[r] G. LIÉTARD,

Membre de la Société asiatique, médecin aux eaux de Plombières.

(*La fin à un prochain numéro.*)

— M. le docteur Bouland, ancien médecin de l'établissement hydrothérapique des Néothermes, commencera un cours théorique et pratique d'hydrothérapie, le mercredi 15 avril, à sept heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

ront les lotions, les frictions et les emplâtres inertes? Ils procurent au patient la même satisfaction, sans altérer la surface de ses téguments.

Portons maintenant nos regards sur une autre branche de la pratique médicale; voyons le traitement habituel des phlegmasies oculaires, et nous nous trouverons en face de la même routine. Dans toute ophthalmie, sangsues aux tempes, vésicatoires à la nuque ou derrière les oreilles, cautères aux bras, bains de pied sinapisés, voilà le cortége obligé des moyens qui doivent dissiper l'hypérémie oculaire, prévenir ou modérer le travail d'exsudation. Tout médecin impartial, il n'est nullement besoin d'être oculiste pour cela, peut se convaincre aisément combien cette méthode est stérile, combien elle est dangereuse dans un grand nombre de cas; qu'il observe attentivement, tantôt il verra que tout cet attirail ne réussit pas à enrayer les accidents; malgré tout, l'inflammation marche, et, comme toutes les autres phlegmasies, elle marche jusqu'à ce qu'elle ait atteint son point culminant; alors seulement elle rétrograde. Dans d'autres circonstances, il verra des ophthalmies parvenir à la guérison désirée, soit par la méthode expectante, soit par « sympathie », soit même en dépit du traitement le plus vicieux. Heureusement, pour le bonheur de l'humanité et l'honneur de la science, bien des ophthalmologistes s'élèvent déjà contre cette aveugle routine; non-seulement ils ne cherchent plus à justifier les révulsifs cutanés, mais ils les condamnent absolument dans toutes les maladies des yeux. Regrettons que, malgré ces déclarations si autorisées, les révulsifs trouvent encore des coryphées et parmi les médecins et parmi les profanes.

Si nous quittons le côté clinique de cette question pour en aborder le côté expérimental, nous verrons ici encore les faits s'élever contre l'emploi thérapeutique des révulsifs cutanés. Soit un malade qui porte à la cuisse une plaque d'*eczema rubrum* (par conséquent, une surface rouge, infiltrée et humide), et essayons de le guérir en appliquant au voisinage de cette efflorescence les irritants qui ont la propriété de développer une lésion semblable. Sur un des côtés de la plaque eczémateuse, à 2 pouces de distance, plaçons un vésicatoire grand comme un thaler, en face un sinapisme, et, sur les deux pôles opposés, nous userons de la pommade stibiée et de l'huile de croton. J'ai répété cette expérience plusieurs fois et suis en mesure de dire ce qui arrivera : dans tous les points soumis à l'irritation artificielle naîtront de la rougeur et des vésicules, voire même des pustules et des bulles; mais vainement vous insisterez sur ces moyens héroïques, l'eczéma central n'en sera nullement modifié. Loin de là, si vous persévérez dans l'emploi de ces agents, la surface eczémateuse naturelle ne tarde pas à s'étendre, et elle s'assimile toute l'étendue des téguments que vous avez témérairement irritée; au lieu de la guérison attendue, vous avez produit une surface malade quatre fois plus considérable. Si donc je ne puis déplacer ma plaque centrale et l'attirer vers la périphérie, alors que j'agis sur un seul et même organe, la peau, avec des moyens qui ont pour effet une lésion du même ordre, comment puis-je espérer qu'un irritant placé sur le tégument externe est capable de combattre victorieusement les lésions de la plèvre, des poumons, du péritoine, du cerveau, des yeux, etc.? Par quelle voie miraculeuse seront éliminés, sous l'influence des révulsifs, les produits morbides déposés dans les viscères ou les cavités qui les recèlent? Croit-on, par hasard, déterminer sur le tégument externe de précieuses métastases et délivrer de la sorte les organes plus nobles? C'est là une idée qui ne sera admise par aucun médecin capable d'observer.

Quelque confrère s'étonnera peut-être de toute cette discussion et cherchera la raison de la croisade que je poursuis contre les révulsifs; peut-être, sans leur attribuer une valeur réelle, il soutiendra cependant qu'au point de vue pratique ils sont de première nécessité; que, s'ils sont sans utilité, ils sont du moins sans inconvénients, et que le médecin est bien heureux de les avoir sous la main, ne fût-ce que *ut aliquid fecisse videatur*. Réduite de la sorte, la proposition ne peut pas même être acceptée; il ne suffit pas de dire que les révulsifs ne peuvent être utiles, il est une autre vérité qu'il faut mettre dans tout son jour : ces agents entraînent souvent à leur suite de véritables dommages, et je ne parle pas seulement d'inconvénients légers ou insignifiants, je parle de lésions persistantes et de dangers immédiats. Examinons d'un peu plus près cette partie du sujet.

C'est un fait bien connu que dans les fièvres éruptives, variole, rougeole, scarlatine, le danger est proportionnel à l'intensité de l'éruption. L'expérience apprend également que l'efflorescence a son maximum de confluence dans les points où existait déjà une lésion de la peau, un eczéma, par exemple, ou bien dans les régions qui sont soumises à une pression permanente, et deviennent par là le siége d'une hypérémie chronique : ainsi au niveau des jarretières. Si chez un malade atteint des prodromes de la variole on applique un sinapisme sur la poitrine pour combattre quelques accidents de dyspnée, le lieu d'application du révulsif sera le siége d'une éruption plus abondante que partout ailleurs. Il est fort probable que si l'on pouvait, dans un cas de ce genre, couvrir le tégument tout entier d'un révulsif convenable, on transformerait une variole légère en variole grave; on sait assez qui payerait les frais de cette mutation.

Le médecin qui, chez un malade affecté d'eczéma chronique, irrite inconsidérément les portions de peau restées saines, ne fût-ce que par l'emploi continu de l'eau froide, comme dans le traitement hydrothérapique, celui-là obtiendra pour premier résultat la généralisation de la maladie sur toute l'étendue de la peau, et il ne lui restera d'autre parti que de suspendre aussitôt sa médication, sous peine d'aggraver d'une façon permanente l'état du patient qui s'est confié à lui.

Même réflexion pour le traitement de la gale : si l'on ne sait pas s'arrêter dans l'emploi des moyens parasiticides, si l'on ne sait pas où, quand et comment ils doivent être appliqués, on pourra bien ne pas guérir du tout la maladie, ou bien l'on n'arrivera à ce résultat qu'après avoir couvert son malade d'un épouvantable eczéma; de tels exemples n'étaient rien moins que rares à l'époque où l'on se servait des fumigations sulfureuses.

Le praticien qui s'imagine que, dans toutes les maladies de la peau, on ne saurait employer trop de bains chauds, fait souvent une bien triste expérience; car non-seulement il ne parvient pas, avec son eau chaude, à guérir la lésion cutanée, mais il travaille directement à son agrandissement.

Que penser de celui qui, pour combattre une hydrocéphalie aiguë ou chronique, couvre la tête d'un pauvre enfant avec de la pommade stibiée? A coup sûr, il ne fera pas disparaître de la sorte l'hydrocéphalie, qui brave ses attaques, mais il réussira à merveille à déterminer une éruption extrêmement douloureuse de pustules, qui pourront, l'occasion aidant, devenir le point de départ d'un érysipèle ou d'une infection purulente.

Un vésicatoire appliqué derrière l'oreille est très souvent l'origine d'un eczéma qui gagne peu à peu l'oreille, le visage, le cuir chevelu, toute la région enfin, et cette maladie artificielle, si elle n'est pas judicieusement traitée, pourra bien imposer au patient un martyre de plusieurs années; j'ai vu de ces faits en grand nombre, et l'affection oculaire n'en continuait pas moins ses ravages.

Les sangsues appliquées aux tempes ne laissent après elles, lorsque tout va bien, que des cicatrices blanches et triangulaires, qui ne contribuent certainement pas à l'embellissement du visage; mais il est des cas malheureux, et alors la suppuration des piqûres peut donner lieu à une perte de substance qu'une cicatrice fortement rétractée pourra seule combler; j'omets de parler de la possibilité d'une hémorrhagie incoercible.

Je n'ai pu parvenir jusqu'ici à apprécier les avantages des ventouses scarifiées; en revanche, j'ai eu trop souvent l'occa-

sion de juger les cicatrices qu'elles produisent, et d'en constater les effets disgracieux sur le cou, les bras et les jambes; inutile d'ajouter que l'inconvénient est plus sérieux encore chez les femmes.

Les exutoires appliqués au bras pour combattre les inflammations oculaires à répétition, pour détourner le sang qui se porte à la tête, ou pour dévier diverses éruptions cutanées, ne remplissent jamais le but qu'on en attend ; mais ils incommodent le malheureux qui les porte pendant toute sa vie, et donnent souvent naissance à des eczémas qui, s'élançant de ce point comme d'un centre, se propagent par irradiation à plusieurs pouces de distance, et couvrent quelquefois le membre tout entier.

Le sinapisme appliqué sur la poitrine ou sur la nuque, ne laissât-il après lui qu'une tache pigmentaire ineffaçable, il ne rehaussera certainement pas ainsi la beauté des jeunes femmes; il y aura là le vestige indélébile d'un révulsif inutile qui n'a été pour rien dans la guérison de la malade; elle est parfaitement en droit de penser qu'elle ne serait pas morte si l'on eût omis le révulsif, et qu'elle ne lui doit, en somme, que l'outrage permanent fait à sa beauté.

Un irritant cutané d'une certaine intensité peut devenir une cause de mort s'il est employé mal à propos chez un individu mal disposé. Quel médecin n'a pas vu de ses yeux que les malades atteints de typhus, de pneumonie, de variole sont pris de diphthérite cutanée sur tous les points qui ont été soumis à une irritation artificielle, à la vésication, par exemple? Cette fausse membrane, d'abord blanche, puis de couleur foncée, dure, étalée en surface, est très adhérente aux parties sous-jacentes; ce n'est que dans des cas assez rares qu'elle est éliminée par une suppuration consécutive, et bien souvent cette affection intercurrente devient la cause de la terminaison fatale.

Un mot enfin d'un autre irritant cutané dont l'emploi est général, à savoir, la teinture d'arnica. D'après les préceptes des homœopathes, qui ont introduit ce médicament dans la pratique médicale, il doit être employé à un état de dilution extrême (quelques gouttes dans plusieurs livres d'eau froide) dans le cas de contusions, de plaies, etc. Le médecin qui se sert d'une teinture d'arnica préparée de la sorte n'a rien à craindre, il est bien sûr de ne pas nuire; mais si, selon l'usage de la plupart des médecins et des chirurgiens, on emploie la teinture d'arnica pure ou à peine étendue, on déplorera bientôt les fâcheux effets qu'elle produit. Chez les individus peu impressionnables, on voit naître au bout de quelques heures de la rougeur et de la tuméfaction; chez ceux dont les téguments sont plus sensibles, apparaissent des vésicules eczémateuses qui ne sont pas localisées sur le point irrité, mais s'étendent bien au delà, et envahissent quelquefois, dans leurs irradiations progressives, toute l'étendue de la surface cutanée. Cet eczéma de nouveau genre persiste des mois entiers, et la position du malade est bien plus fâcheuse à tous égards que si l'on eût abandonné à elle-même la maladie première, pour laquelle on a employé l'arnica.

Ces lésions cutanées artificielles, qui consistent le plus souvent en vésicules, en bulles ou en pustules, deviennent fréquemment le point de départ de véritables maladies de la peau, et, bien loin de disparaître lorsqu'on cesse l'emploi de l'irritant qui leur a donné naissance, elles persistent pendant des semaines, des mois ou des années. Il est impossible alors de distinguer ces lésions artificielles de l'eczéma, du pemphigus, de l'ecthyma ou de l'impetigo pathologiques. Ce qu'il y a de plus singulier, c'est que, d'après la théorie ordinaire touchant les révulsifs, ces vésicules, ces bulles, ces pustules devraient être le meilleur préventif contre les maladies internes, et cette force bienfaisante devrait croître avec l'étendue de l'efflorescence elle-même. Mais vient alors l'expérience, qui, peu soucieuse des théories, nous enseigne que ces dermatoses exsudatives généralisées non-seulement n'exercent aucune influence protectrice contre les maladies viscérales, mais qu'elles ont, au contraire, un effet extrêmement nuisible sur la constitution générale, et peuvent ainsi devenir une cause de mort. Si la théorie de la révulsion était fondée, on ne pourrait concevoir d'individu plus parfaitement sain que l'homme affecté d'un pemphigus chronique généralisé, car certes les portes de sortie ne manquent point ici à la *matière peccante;* or, il y a déjà bien des siècles que Lazare est regardé comme l'assemblage complet de toutes les maladies, et il a eu besoin pour guérir d'une intervention supérieure.

Une révolution heureuse s'est accomplie depuis quelques années dans une autre branche de la médecine, dans la vétérinaire. Chacun sait avec quel empressement, avec quelle cruauté on mettait en œuvre tout l'attirail de la méthode révulsive, surtout pour les chevaux malades. Grâce aux efforts persévérants des professeurs de notre institut vétérinaire, cette médication n'est plus en usage, et l'on obtient aujourd'hui par l'expectation pure et simple d'aussi bons résultats que jadis par un traitement voisin de la torture. C'est là un précieux exemple donné par les vétérinaires aux médecins, et il faut espérer que ceux-ci se décideront peu à peu à entrer dans la bonne voie.

Le moyen d'arriver à ce résultat si désirable est bien simple : que chaque médecin, au moment où il va prescrire un révulsif, se pose cette question préalable : Se traiterait-il ainsi s'il était lui-même le patient? Je n'ai pas vu jusqu'ici beaucoup de confrères qui se soient appliqué des cautères, des moxas, des sétons; que le médecin n'oublie donc jamais, au lit du malade, ce précepte fondamental : « Ne faites pas à autrui ce que vous ne voudriez pas qu'on vous fît, » et qu'il le médite quelques instants, lorsque, à bout de ressources, il est sur le point de recourir aux révulsifs. Il doit toujours se souvenir que sa première obligation est de calmer la douleur; mais il ne doit pas oublier que lorsqu'il ne peut y réussir sa seule consolation est de n'avoir causé aucun mal inutile. (Traduit de l'*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, 1862, n^{os} 49 et 50.)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 MARS 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

PATHOLOGIE. — *Mémoire sur l'inosurie*, par M. *Gallois* (extrait par l'auteur d'un travail présenté par M. Cl. Bernard). — L'inosite, qui par sa composition chimique appartient à la famille des sucres, peut quelquefois se montrer dans l'urine, et je désigne ce phénomène sous le nom d'*inosurie*. Pendant l'état de santé, l'urine de l'homme et des différents animaux que j'ai observés ne contient point d'inosite. Mais il est des conditions pathologiques dans lesquelles l'inosite se retrouve dans le produit de la sécrétion rénale.

M. Cloetta, qui a le premier découvert l'inosite dans l'urine, l'a trouvée accompagnée d'albumine ou de glycose, et la même observation a été faite par MM. Lebert et Newkomm. Mes recherches personnelles ont abouti au même résultat, et sont venues confirmer cette première donnée. L'inosurie et la glycosurie peuvent donc exister simultanément; mais il est juste de dire que la réunion de ces deux symptômes est relativement rare, et que la glycosurie est plus souvent observée seule qu'associée à l'inosurie.

Quand une urine sucrée est en même temps inositique, la proportion de glycose peut être considérable ou au contraire presque nulle, et on ne saurait établir de règle à cet égard.

Quand l'inosite se rencontre dans une urine albumineuse, il y a lieu d'y rechercher très attentivement la glycose, soit qu'elle y existe actuellement, soit qu'elle s'y montre dans un temps prochain, soit qu'elle y ait été observée à une époque antérieure.

Dans la polyurie, qui par plusieurs de ses symptômes se rapproche du diabète sucré, je n'ai jamais constaté le passage de l'inosite dans l'urine. Je n'ai jamais réussi à en découvrir non plus, en dehors du diabète sucré et de la néphrite albumineuse aiguë ou chronique, dans les nombreuses urines pathologiques que j'ai analysées. Je n'en ai point trouvé dans l'urine des femmes en lactation, qui réduit si énergiquement la liqueur cupro-potassique.

Il résulte de mes recherches que l'inosurie ne doit point être considérée comme une maladie proprement dite, mais seulement comme un symptôme.

L'inosite qui se produit dans l'organisme ne paraît point empruntée, le plus ordinairement, aux aliments ingérés, et elle ne résulte pas non plus d'une transformation de la glycose.

La formation de l'inosite dans l'économie semble étroitement liée à la fonction glycogénique du foie, et l'inosite, comme la dextrine et la glycose, paraît être l'un des produits qui résultent de la transformation de la matière glycogène. Ce qui le prouve, c'est qu'on peut dans certains cas, en piquant le plancher du quatrième ventricule du cerveau, déterminer artificiellement l'inosurie, comme on détermine artificiellement la glycosurie. (*Comm. :* MM. Pelouze, Rayer, Cl. Bernard.)

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Fermeture hydraulique des bouches d'égout*, par M. *Landouzy*. — Le principe de ces nouvelles bouches repose scientifiquement sur une loi élémentaire d'hydrostatique, et pratiquement sur l'absence de tout mécanisme. Une simple cuvette en fonte, à section sensiblement parabolique, et divisée par une cloison transversale qui plonge légèrement dans le liquide, constitue tout l'appareil. L'eau du ruisseau passe sous cette cloison par siphonnement, et s'épanche librement par le déversoir. Toute communication a ainsi cessé entre l'atmosphère de l'égout et le dehors; le but hydraulique est réalisé, et la bouche est devenue inodore.

La partie supérieure de l'appareil se continue avec le trottoir, et se trouve pourvue d'une large ouverture fermée par une plaque mobile qui se renverse avec facilité si l'aération devient nécessaire pour les jours de curage. A la partie inférieure de la cuvette existe un fort tampon maintenu par une chaîne, et qui s'enlève à volonté pour un nettoiement complet.

Les eaux d'orage sont fort peu retardées par la cloison, grâce à sa faible immersion, et l'examen des faits observés à Reims depuis un an autorise même à dire que ce retard, s'il existe, est absolument inappréciable. (*Commission des arts insalubres.*)

— M. *de Seré* présente un mémoire sur divers instruments de son invention, mémoire portant pour titre : DU COUTEAU HÉMORRHAGIQUE. — DU COUTEAU HÉMORRHAGIQUE GALVANO-CAUSTIQUE HÉMOSTATIQUE A CHALEUR GRADUÉE. — DE L'ÉCHELLE MÉCANIQUE DE GRADUATION. (*Comm. :* MM. Velpeau, J. Cloquet, maréchal Vaillant.)

— M. *Dax* soumet au jugement de l'Académie un mémoire intitulé : OBSERVATIONS TENDANT A PROUVER LA COÏNCIDENCE CONSTANTE DES DÉRANGEMENTS DE LA PAROLE AVEC UNE LÉSION DE L'HÉMISPHÈRE GAUCHE DU CERVEAU. (*Comm. :* MM. Serres, Flourens, Andral.)

— M. *Marville* adresse de Reims un mémoire sur un appareil hygiénique de son invention qu'il désigne sous le nom de *Couvre-Oreille*, et dont il s'attache à faire ressortir l'utilité dans certains cas d'otite et d'affections de l'oreille externe. (*Comm. :* MM. Pouillet, Velpeau, Cl. Bernard.)

— M. *Morel-Lavallée*, en présentant au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un opuscule sur un *moyen de prévenir la roideur et l'ankylose dans les fractures*, y joint, pour se conformer à l'une des conditions du programme, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail. (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

— M. *R. Mattei* adresse l'analyse suivante d'un mémoire *sur l'anatomie normale et pathologique des capsules surrénales, etc.*, qu'il avait précédemment envoyé à l'Académie.

Ce mémoire a pour objet de montrer :

1° Que les capsules surrénales ne sont pas des organes appartenant à la vie fœtale seulement, puisqu'elles augmentent de poids et de volume à partir de l'âge de trois mois de la vie intra-utérine jusqu'à l'âge adulte ; 2° que la couche brune des capsules surrénales n'est que le résultat de la putréfaction cadavérique, et que, par conséquent, on ne peut pas la considérer comme un élément anatomique; 3° que les altérations pathologiques des capsules surrénales, bien qu'étant parmi les moins fréquentes dans l'organisme, ne sont pas aussi rares qu'on le croit généralement, puisque sur 310 autopsies j'ai trouvé : deux fois l'apoplexie, une fois le cancer, une fois une tumeur adipeuse, quatre fois la tuberculose, une fois du tissu fibroïde avec de la matière caséeuse, une fois l'atrophie, une fois l'arrêt de développement, plusieurs fois des changements de forme et des adhérences aux organes contigus, quatre fois la congestion sanguine, une fois l'inflammation de l'enveloppe capsulaire; 4° que l'apoplexie capsulaire peut devenir une cause de mort, en produisant la compression des ganglions semi-lunaires; 5° que l'état morbide de la maladie d'Addison n'est pas constitué par l'altération des capsules surrénales, mais par une névrose du grand sympathique.

COMITÉ SECRET. — La section de médecine et de chirurgie présente, par l'organe de son doyen, M. *Serres*, la liste suivante de candidats pour la place de correspondant, vacante par suite du décès de M. *Bretonneau :*

1° M. *Ehrmann*, à Strasbourg; 2° M. *Landouzy*, à Reims; 3° M. *Gintrac*, à Bordeaux; 4° M. *Serre* (d'Uzès), à Alais; 5° M. *Pétrequin*, à Lyon.

Les titres des quatre premiers candidats ayant été discutés dans la précédente séance, ceux du cinquième seulement ont dû être discutés.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

SÉANCE DU 30 MARS 1863.

PHYSIOLOGIE. — *Note : 1° sur la distinction entre le* coma *produit par la* méningite *et le* sommeil *produit par le* chloroforme; et *2° sur la distinction entre la* méningite *et* l'apoplexie, par M. *Flourens*. — Dans le *coma*, l'animal est plongé dans une prostration profonde, mais il ne dort pas; il a les yeux habituellement fermés, mais à tout moment et pour la moindre cause il les ouvre; il voit, il regarde, il entend, il sent; il éprouve un frisson continuel. Dans l'état naturel, le chien a de 100 à 120 pulsations par minute. Ses respirations sont, par minute, de 20 à 30. Pendant le *coma*, ses pulsations ne sont que de 80 à 90; ses respirations sont au nombre de 24.

A côté de l'animal, pris de *coma*, je place l'animal endormi par le chloroforme. L'animal dort réellement; il *ronfle*; il a les yeux fermés et ne les ouvre pas; il ne voit pas, il n'entend pas, il ne sent pas; la sensibilité de tout l'organisme est momentanément suspendue. Pendant le sommeil du chloroforme, les pulsations sont au nombre de 60 par minute; les respirations sont au nombre de 16.

Le cerveau de l'animal, mort pendant le *coma*, est tout parsemé de *points rouges*, c'est-à-dire qu'il est traversé, dans toute sa substance, par des vaisseaux gorgés de sang. Il est dans un état de congestion complète.

L'animal, mort pendant l'action du chloroforme, n'offre pas de *points rouges;* il a sa coloration normale : il n'y a d'injectés que les vaisseaux de la dure-mère, et particulièrement ceux du crâne.

Dans le premier cas, la congestion est *intra-cérébrale;* elle est *extra-cérébrale* dans le second; c'est le cerveau lui-même

qui est injecté pendant le *coma*; dans le sommeil produit par le chloroforme, ce ne sont que les vaisseaux du crâne et de la dure-mère. Mais ceci même doit être un avertissement sérieux pour ceux qui emploient le chloroforme : d'une congestion *extra-cérébrale* à une congestion *intra-cérébrale* il n'y a qu'un pas.

Aujourd'hui nous savons quels sont les caractères sûrs de l'apoplexie. Nous savons surtout que le cerveau n'est pas *sain* dans l'apoplexie. Nous savons mieux : nous savons que le cerveau seul est *malade*. Je ne cherche ici, bien entendu, que les faits simples.

D'un autre côté, le rôle des méninges nous est parfaitement connu. J'ai prouvé que la dure-mère est le périoste *intra-crânien* des os du crâne, et qu'elle est, dans l'état d'inflammation, la source d'une suppuration excessive. Nous savons enfin, grâce à Bichat, que l'arachnoïde est une membrane séreuse, et, grâce à Magendie, que la pie-mère est la source du liquide *cérébro-spinal*.

Or, ce qui caractérise absolument et immédiatement la *méningite*, c'est la production abondante, la production excessive du *pus* et des *sérosités*. Les *apoplexies séreuses* ne sont donc que des *méningites*.

Reste le *coma*. Le *coma* est un phénomène purement cérébral. Ce qu'il prouve directement, c'est la congestion du cerveau; ce qu'il prouve indirectement, c'est la *méningite*. Le cerveau n'est à l'état de *coma* ou de *congestion* que parce que les méninges sont en état de *méningite*.

TÉRATOLOGIE. — *Note de* M. Larcher *accompagnant la présentation de deux pièces anatomiques.* — La première de ces pièces est un exemple d'*agénésie* intéressant exclusivement la moitié droite du corps d'un jeune gallinacé; l'aile est absente, et le membre inférieur est à l'état rudimentaire.

J'appellerai encore l'attention de l'Académie sur un fait qui me semble d'un plus grand intérêt, au point de vue physiologique : c'est la loi de coïncidence que je signale entre l'absence du radius et celle du pouce; trois fois, pendant mon internat à la Maternité de Paris, j'ai pu constater l'exactitude de cette loi.

NOMINATIONS. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de feu M. *Bretonneau*.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 45,

M. Ehrmann obtient	35	suffrages.
M. Serre (d'Uzès)	8	—
MM. Landouzy et Pétrequin, chacun	1	—

M. *Ehrmann*, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 AVRIL 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans les départements du Var et des Ardennes. (*Commission des épidémies.*)

2° M. le ministre de la marine adresse une lettre au sujet des résultats infructueux obtenus des envois de vaccine faits à Mayotte. (*Commission de vaccine.*)

3° L'Académie reçoit une note de M. le docteur *Grisar* sur une épidémie de fièvre puerpérale qu'il a observée dans l'établissement obstétrical de Hasseltz (Belgique). (*Comm.* : M. Devilliers.)

M. le *président* annonce que M. le professeur *Filhol*, membre correspondant à Toulouse, assiste à la séance.

— M. *Gobley*, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture de deux rapports officiels dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Discussion sur l'origine de la vaccine.

M. *Depaul* : Je doute que nous parvenions jamais à nous entendre, M. Bousquet et moi. J'aime les expériences, il aime les théories; je veux des faits, il m'apporte des raisonnements. Nous discutons donc tous les deux la même question avec une méthode différente et sur un terrain inégal.

Il est un point, cependant, sur lequel nous sommes d'accord depuis quelque temps, c'est sur ce que Jenner n'a jamais démontré que le vaccin vînt du cheval. Toutefois, M. Bousquet se ravise; il craint d'avoir été trop loin dans cet aveu, et il a cru devoir l'atténuer dans son dernier discours, en prétendant que Jenner avait *entrevu* l'origine réelle du cowpox. La plus belle gloire de Jenner est d'avoir découvert la vaccine, et non d'avoir pensé qu'elle pouvait provenir des eaux aux jambes du cheval.

M. Bousquet, qui veut maintenant que la vaccine procède des eaux aux jambes, ne cesse de se prévaloir du fait de Toulouse, de l'observation de M. Lafosse. Suivant lui, c'est la preuve la plus manifeste, la plus péremptoire que le cowpox dérive originairement du cheval. Et en alléguant ce fait, il me reproche de le révoquer en doute, de le nier, pour les besoins de ma cause.

M. Bousquet s'abuse sur les dispositions de mon esprit. Je n'ai jamais nié le fait de Toulouse; j'ai seulement regretté qu'on se fût contenté d'une seule inoculation, et j'ai présenté quelques objections de détail relativement à la sévérité de l'observation.

M. Bousquet a parcouru deux phases dans ses doctrines vaccinogènes. D'abord il niait que la vaccine provînt des eaux aux jambes; puis, quand vint l'histoire de Brissot (de Chartres), M. Bousquet changea de front, et il déclara que les eaux aux jambes pouvaient produire le cowpox. M. Bousquet n'a pas assez remarqué sans doute que Brissot n'avait fait qu'aider à ferrer le cheval malade, et que l'éruption n'avait apparu sur la main de cet individu que dix-huit jours après le ferrement. M. Bousquet a-t-il jamais vu une vaccine présenter dix-huit jours d'incubation? Quant à moi, je n'ai jamais rien observé de semblable.

M. Bousquet reconnaît, d'ailleurs, que la vaccine peut naître *isolément*, soit de la vache, soit du cheval, sans qu'il y ait eu entre ces deux animaux aucune communication. Qu'est-ce que cela prouve, sinon que toute la maladie est dans la nature même du produit pathologique et nullement dans l'animal? Quel que soit l'animal, le virus est le même; et alors nous sommes d'accord, M. Bousquet et moi.

M. Bousquet reconnaît encore, avec Jenner, que les éruptions vaccinogènes se ressemblent à tel point, à quelque sujet qu'elles appartiennent, qu'il est impossible de les discerner et d'établir entre elles une différence quelconque.

Eh bien ! d'une part cette identité de forme, et d'autre part l'identité d'effets, ne sont-ce pas des raisons suffisantes pour établir l'identité de nature, c'est-à-dire pour démontrer que le vaccin peut provenir, soit du cheval, soit de la vache, non pas de deux affections différentes qui seraient les eaux aux jambes chez l'un et le cowpox chez l'autre, mais bien d'une lésion éruptive, semblable, de nature variolique?

Au reste, je ne donne pas encore cette proposition comme absolument démontrée; seulement elle me paraît confirmée par les faits observés jusqu'à ce jour, et je poursuis en ce moment des expériences qui, je l'espère, ne laisseront plus de doute à cet égard et en achèveront la démonstration.

Car, encore une fois, les expériences, les inoculations, les observations rigoureuses feront plus avancer la question de l'origine de la vaccine que les beaux raisonnements et les discours fleuris de M. Bousquet.

M. *Bousquet* proteste contre la manière complétement infidèle dont M. Depaul a analysé et interprété sa dernière communication; il se propose de le démontrer à l'occasion.

M. *Depaul* maintient qu'il n'a aucunement travesti les opinions de M. Bousquet; il a en main les preuves matérielles de ce qu'il avance.

— M. le *Président* déclare que cette discussion est close.

Lectures.

TOXICOLOGIE. — M. le professeur *Filhol* (de Toulouse) lit le résumé d'un travail intitulé : RECHERCHES SUR LA COMPOSITION CHIMIQUE ET LES PROPRIÉTÉS TOXIQUES DES SEMENCES DE L'IVRAIE, *lolium temulentum*, ET DES AUTRES ESPÈCES DE *lolium* QUI CROISSENT SPONTANÉMENT EN FRANCE OU QUI SONT CULTIVÉES COMME PLANTES FOURRAGÈRES.

Les semences de l'ivraie se trouvent, comme on le sait, assez souvent mêlées à celles du froment, et l'usage du pain préparé avec un pareil mélange occasionne chez l'homme des accidents graves, quelquefois même la mort.

M. Filhol a entrepris, de concert avec M. Baillet, des expériences dans le but de rechercher la nature du principe actif de l'ivraie, et de savoir si les semences des autres espèces de *lolium* jouissent d'une activité analogue à celle du *lolium temulentum*.

Ils ont trouvé que les semences du *lolium temulentum* contiennent environ la moitié de leur poids de fécule ; que ces granules sont de forme polyédrique et beaucoup plus petits que la fécule de maïs ; que les semences de *lolium* renferment, en outre, une substance grasse, laquelle constitue un de ses principes actifs ; elle exerce une action convulsive ; c'est elle qui détermine les tremblements généraux, sans la moindre trace de narcotisme. MM. Filhol et Baillet sont parvenus à isoler encore un autre principe actif, agissant sur les animaux à la façon des plus puissants narcotiques, à l'exclusion de tout phénomène convulsif.

Les mêmes substances ont été rencontrées également, mais en des proportions un peu variables, dans le *lolium linicola* et dans le *lolium perenne*.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. Mêlier commence la lecture de son rapport sur l'épidémie de fièvre jaune observée à Saint-Nazaire dans le mois d'août 1861.

Présentation.

CHIRURGIE. — M. Maisonneuve met sous les yeux de l'Académie un polype naso-pharyngien, une tumeur cancéreuse de la langue et une tumeur volumineuse du sein, dont il a pratiqué récemment l'ablation à l'aide de la cautérisation en flèches.

La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCES DES 11 ET 18 MARS 1863.

DES CAUSES DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE. — ECTROPION CICATRICIEL. — ABAISSE-LANGUE CANULE.

M. *Chassaignac* a communiqué à ses collègues un mémoire où il s'est livré à de nouvelles études sur les causes de l'étranglement herniaire. Ce travail, appuyé sur de nombreuses observations recueillies par l'auteur, se résume dans les conclusions suivantes (1) :

1° Des deux doctrines actuellement existantes touchant la cause anatomique de l'étranglement herniaire, doctrines qui reposent toutes les deux sur l'idée d'une constriction uniformément circulaire, soit par les anneaux fibreux, soit par le collet du sac, aucune ne peut soutenir le contrôle des faits rigoureusement observés.

2° La cause initiale de l'étranglement réside presque constamment aux anneaux aponévrotiques, sous forme d'une vive arête tranchante, qui, à travers le collet du sac, produit sur l'intestin plus ou moins congestionné, plus ou moins tassé dans le sac, une sorte d'encochure. Cette encochure est analogue à celle qu'imprimerait la partie étroite d'une bague chevalière sur un doigt tuméfié, analogue aussi à l'empreinte qu'une ligature d'artère sur rouleau de sparadrap, trace sur les tuniques vasculaires du côté que ne protége pas le rouleau.

3° M. Chassaignac ne tient pour étranglée que la hernie qui s'accompagne de l'interception complète de la perméabilité intestinale, et se caractérise cliniquement par le vomissement des matières de l'intestin grêle ; il dit de l'intestin grêle, parce que, pour son compte, il n'a jamais vu, et ne croit pas qu'on ait jamais vu le rejet par vomissement des matières du gros intestin, et il ajoute que tantôt les matières de l'intestin grêle ont l'odeur fécale, ce qu'il attribue à un phénomène d'imbibition, et que tantôt elles ne l'ont pas.

4° Rien n'est rare comme une hernie qui, sans aucun acheminement ou essai préparatoire se produit tout d'un coup et s'étrangle immédiatement après. Toute hernie qui s'étrangle existait déjà depuis une date plus ou moins reculée, soit à l'état d'évidence, soit à l'état inaperçu. Cette existence antérieure à l'étranglement donne la clef de certaines modifications anatomiques locales préparées à l'avance, et qui se rapportent à la préformation de la fossette ou du nid de la hernie, à la configuration en forme de bague de l'anneau herniaire, à la juxta-position intime du collet avec l'arête, à la forme sigmoïdale de la hernie.

5° Parmi les causes de la configuration sigmoïdale ou coudée des hernies, il faut noter : 1° l'inégale résistance que présentent, dans leurs différents points, les parois de l'espace au sein duquel se développe la hernie ; 2° la pesanteur des parties herniées ; 3° la résistance des enveloppes externes, qui refoulent contre le bord des orifices aponévrotiques les viscères déplacés.

6° La coudure des hernies, résultat de la configuration sigmoïdale que présente généralement ce genre de tumeurs, exerce une notable influence sur le début de l'étranglement, en devenant une cause de gêne pour le trajet des matières.

7° Dans un grand nombre de hernies parfaitement étranglées, aussitôt que le sac est ouvert, et antérieurement à tout débridement, on peut faire pénétrer dans le péritoine, par l'intérieur du collet du sac, une algalie de volume ordinaire, pourvu qu'on la fasse glisser sur le côté du pédicule intestinal qui ne répond pas à la vive-arête.

8° Lorsque l'étranglement d'une hernie a duré assez de temps pour laisser des traces de son existence à la surface de l'intestin, ces traces ne sont jamais uniformément circulaires : elles sont localisées plus fortement sur un point, plus faiblement sur les autres.

9° Le point le plus altéré sur le pédicule d'une hernie étranglée correspond toujours à la partie la plus tranchante de l'anneau aponévrotique.

10° Presque jamais, dans la hernie étranglée, on ne constate l'existence d'un collet de sac libre et mobile, jouant à l'intérieur de l'anneau. Il y a toujours un point de juxtaposition étroite et serrée entre le collet du sac et l'anneau. Ce point se rencontre toujours à la vive-arête.

11° Tout débridement qui n'a pas pour effet de relâcher la vive-arête fibreuse, soit en portant directement sur elle, soit en agissant dans sa proximité immédiate, est un mauvais débridement : il n'est pas efficace. La hernie reste accrochée, alors même que l'anneau vient d'être sensiblement agrandi.

12° L'étranglement d'une hernie n'implique nullement la nécessité d'une constriction circulaire ; mais, comme on ne saurait nier qu'il y ait dans certains cas une constriction de ce genre, il convient d'admettre deux expressions anatomiques possibles de l'étranglement : 1° l'encochure par vive-arête ; 2° la constriction annulaire pure.

(1) La lecture de ce travail a donné lieu a une discussion dont nous rendrons compte dans notre prochain numéro.

13° Les hernies, en très grande majorité, s'étranglent parce qu'elles se coupent en quelque sorte sur une arête tranchante appartenant aux anneaux. Cela se prouve : 1° par la réductibilité de certaines hernies étranglées, débridées à l'extérieur du sac; 2° par l'existence de hernies étranglées qui n'ont pas de sac (hernies akystiques), et par certains modes d'étranglement interne; 3° par la perméabilité du collet du sac sur l'un de ses points avant tout débridement; 4° par la concentration localisée de l'empreinte tracée sur le pédicule de la hernie, contrairement à l'existence d'une empreinte circulaire, qui, dans les données des théories anciennes, devrait constamment se rencontrer.

— M. *Dolbeau* a soumis à l'examen de la Société le résultat d'une opération qu'il a pratiquée il y a six mois pour remédier à un ectropion cicatriciel, pour lequel le malade avait déjà subi autrefois une première opération suivie d'insuccès.

Ce malade a quinze ans et demi, et son ectropion est dû à une brûlure qu'il s'est faite à l'âge d'un an. A l'âge de dix ans, il a été opéré par Lenoir, suivant le procédé de Wharton Jones. La difformité s'est reproduite. Le bord libre de la paupière malade est descendu à un centimètre et demi au-dessous de la place qu'il devrait occuper. Les cils sont rares, la conjonctive très rouge et très épaissie. La cornée elle-même est malade et présente plusieurs taches.

L'opération faite dans ce cas par M. Dolbeau a été celle qu'a imaginée M. Guérin, et que nous avons fait connaître quand son auteur l'a communiquée à la Société de chirurgie. Bien que M. Dolbeau ait eu la précaution de laisser les paupières soudées pendant cinq mois, il s'aperçoit que depuis qu'il les a libérées, la paupière inférieure tend à se renverser de nouveau.

Cet insuccès fait désirer des nouvelles du malade opéré et présenté par M. Guérin.

— M. *Guersant* a fait voir à ses collègues un abaisse-langue, canule offrant une foule de petites ouvertures à son extrémité pharyngée, pendant que l'autre extrémité peut se fixer à un irrigateur. Cet instrument lui paraît avoir sur les canules simples l'avantage de lancer le liquide dans toutes les directions, et il le préfère aux pulvérisateurs, parce qu'il produit une percussion capable de détacher les fausses membranes.

D[r] P. Chatillon.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Recherche de la conicine, par Reissner et Voley.

Dans une expertise médico-légale, les auteurs avaient inutilement cherché les poisons minéraux dans les matières extraites de l'estomac de la victime; recourant alors à la méthode de Stas, ils se mirent en mesure de découvrir la présence des alcalis organiques. Après avoir mêlé 4 onces des matières suspectes avec une quantité d'eau distillée suffisante pour rendre la masse liquide, après avoir rendu le mélange alcalin au moyen de la magnésie calcinée, ils l'ont distillé dans une cornue de verre à une douce chaleur. Le produit de la distillation a été neutralisé avec l'acide oxalique, et évaporé au bain-marie jusqu'à siccité. Le résidu sec a été dissous dans l'alcool, et la solution, débarrassée par filtration de l'oxalate d'ammoniaque insoluble, a été décomposée avec une solution de potasse caustique. L'action de cet alcali a fait naître une odeur très pénétrante que les auteurs ont rapportée à la conicine. Pour établir avec certitude la présence de ce poison, ils ont traité la liqueur alcaline par l'éther; la solution éthérée a laissé par évaporation des gouttelettes huileuses qui ont été reconnues pour de la conicine aux caractères suivants : 1° en traitant la matière avec quelques gouttes d'acide chlorhydrique tenant en solution du bichlorure de platine; on obtient un précipité insoluble dans l'alcool froid. Ce précipité est du chloro-platinate de conicine, qui se distingue des combinaisons analogues formées par les autres alcalis organiques en ce qu'il est soluble dans l'alcool bouillant, et se dépose par suite du refroidissement sous forme de flocons d'un jaune brunâtre; — 2° la conicine se dissout entièrement dans une petite quantité d'eau; si l'on chauffe cette solution, elle se trouble, et l'alcaloïde, devenu libre, se rassemble, en vertu de son poids spécifique moindre, à la surface du liquide, sous forme de gouttelettes huileuses; — 3° la solution aqueuse de conicine coagule la solution de l'albumine de l'œuf. Ce caractère permet de distinguer la conicine des autres alcaloïdes vénéneux, puisque ceux-ci ont la propriété de dissoudre l'albumine coagulée. (*Fresenius' Zeitschrift für Analytische Chemie*, septembre 1862, et *Gazzetta medica italiana* (Lombardia), 1863, n° 3.)

Sur un nouveau moyen de provoquer l'avortement, par le professeur Giordano.

M. Giordano, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Turin, a proposé récemment un nouveau moyen de provoquer l'avortement dans un but thérapeutique.

Il emploie un cylindre de nitrate d'argent ou le porte-caustique uréthral, et il l'introduit en lui imprimant un léger mouvement de rotation dans la cavité du col utérin, de façon à cautériser la plus grande étendue possible de ce conduit.

Tandis que les autres méthodes, d'une exécution difficile, sont souvent inutiles et parfois dangereuses, la cautérisation du col, facilement applicable, offre l'avantage de provoquer l'expulsion totale de l'œuf, sans laquelle le but du tocologiste n'est pas atteint; ce moyen, d'ailleurs, est bien plus que les autres à la portée de tous les praticiens, et il n'entraîne ni altérations locales ni accidents d'aucun genre.

L'action de cette cautérisation est prompte; elle se manifeste dans un intervalle qui ne dépasse pas trente heures. Le professeur Giordano a déjà eu recours à ce procédé dans trois occasions, et chaque fois il a obtenu un succès complet.

Comment agit le nitrate d'argent pour amener les contractions expulsives de l'utérus? C'est là une question à la solution de laquelle l'auteur attache une médiocre importance. Cependant il propose l'une des explications suivantes : ou bien l'action stimulante exercée par le caustique sur le col utérin se propage au corps de l'organe et en excite les contractions, ou bien celles-ci résultent de la tuméfaction déterminée par le nitrate d'argent; ces modifications artificielles ont pour effet de rompre l'espèce de synergie, d'équilibre harmonique existant entre le corps et le col de l'utérus; on pourrait enfin invoquer l'exfoliation de l'épithélium résultant de la cautérisation. (*El Siglo medico*, 1[er] février 1863.)

De l'action du sucre et de quelques substances acides sur les dents, par Mantegazza.

Il n'est pas d'opinion plus généralement accréditée parmi les personnes étrangères à la médecine, que celle qui attribue à l'usage du sucre une influence puissante sur la production de la carie des dents; les médecins eux-mêmes, lorsqu'ils sont consultés sur ce point, éprouvent un certain embarras, parce que les données scientifiques sont insuffisantes ou contradictoires, et ils n'ont d'autre ressource que de se renfermer dans cette réponse insignifiante : Laissez manger aux enfants un peu de sucre; usez et n'abusez pas.

Désireux d'arriver à quelque notion certaine sur ce sujet, l'auteur a fait faire sous sa direction un certain nombre d'expériences par Labro, un de ses élèves. Il a été amené de la sorte à formuler les conclusions suivantes :

Le sucre n'exerce aucune action chimique sur les dents; en conséquence, il ne peut en aucune façon les altérer ni les disposer à la carie.

Comme tout autre corps dur, le sucre peut léser l'émail des

dents; pour se mettre à l'abri de ce danger, il suffit de mâcher toujours le sucre avec un peu de pain.

Le sucre n'attaque les dents que lorsqu'il a subi la fermentation acétique ou lactique.

L'acide lactique concentré ou dilué, l'acide acétique et le suc de citron attaquent l'émail des dents. Cependant les dents bien organisées peuvent résister à cette cause d'altération.

Les acides végétaux entrent pour une si faible proportion dans notre régime habituel qu'ils ne peuvent être une source de dommage réel pour les dents bien organisées. Il en est tout autrement chez les individus qui ont de mauvaises dents et qui éprouvent une sensation douloureuse d'agacement lorsqu'ils mangent des substances acides.

L'acidité trop prononcée des liquides buccaux est une des causes les plus communes et les plus puissantes de carie. C'est là ce qui explique le grand avantage des dentifrices alcalins, et surtout du charbon végétal imbibé d'une solution saturée de bicarbonate de soude, puis desséché.

On pourrait supposer que l'abus du sucre et des substances sucrées est une cause indirecte de carie, parce que l'acidité des sécrétions buccales est alors augmentée; mais cette assertion est encore à démontrer. (*L'Igea* et *Gazzetta dell' associazione medica*, 1863, n° 1.)

Remède contre le mal de mer, par MORLAND HOCKEN.

Pendant deux voyages de circumnavigation, Hocken, chirurgien de la marine anglaise, a eu l'idée d'expérimenter successivement tous les moyens usités contre le mal de mer. Dans ce but, il a divisé ses hommes en groupes de dix, et chacun de ces hommes a été soumis à un traitement différent : le chloroforme, la créosote, les boissons gazeuses, l'acide cyanhydrique, les alcalins et les carbonates alcalins, la morphine, les alcooliques, etc., ont été tour à tour expérimentés. Il ressort de ces recherches que la créosote et l'acide cyanhydrique sont les plus efficaces de tous les agents qui viennent d'être énumérés; mais aucun n'a donné des résultats comparables à ceux qui ont été obtenus avec la potion suivante :

Pr. Acide chlorhydrique dilué....	8	grammes.
Acide nitrique dilué.......	4	—
Acide prussique (de Schéele)..	16	gouttes.
Sulfate de magnésie........	24	grammes.
Eau.....................	250	—

Mêlez.

Deux cuillerées à bouche toutes les trois ou quatre heures.

Cette mixture a été d'une utilité remarquable dans un cas où l'influence du voyage sur mer, s'ajoutant à celle de la grossesse, avait déterminé des vomissements incoercibles; on se disposait à recourir à l'avortement provoqué, lorsque l'administration de cette potion dispensa de ce moyen désespéré. (*Gazzetta dell' associazione medica*, 1863, n° 1.)

De l'acétate de potasse dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale, par AMBROSOLI.

L'auteur a déduit de ses recherches les conclusions suivantes, qui sont de nature à restreindre notablement l'emploi de l'acétate de potasse dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale.

Administré à hautes doses, l'acétate de potasse guérit les uréthrites blennorrhagiques aiguës et subaiguës. Il n'exerce aucune influence sur les autres blennorrhagies. Pour obtenir des résultats satisfaisants, il faut en prendre plus de 100 grammes. Les injections pratiquées avec une solution saturée de ce sel modifient les muqueuses et arrêtent la sécrétion morbide; mais elles agissent avec lenteur, de sorte qu'elles ne peuvent être préférées à celles de sulfate de zinc, de tannin, d'alun, etc. Même à doses élevées, l'acétate de potasse est bien toléré par l'estomac et provoque seulement une abondante sécrétion d'urine. En raison de la lenteur avec laquelle il agit, ce sel ne peut remplacer les balsamiques, ni les injections ordinaires, ni les moyens dits abortifs. Il n'est indiqué que chez les malades qui ne supportent pas les balsamiques, ou qui se refusent à prendre des injections. Qu'on le donne à l'intérieur ou qu'on l'emploie en injections, l'acétate de potasse n'a aucune action sur les uréthrites chroniques. L'action de ce sel est purement topique et résulte de sa vertu diurétique, grâce à laquelle il entre fréquemment en contact avec la muqueuse uréthrale. (*Gazzetta dell' associazione medica*, 1863, n° 5.)

Influence de l'allaitement sur la folie,
par M. le docteur CHAULET.

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, allaitant son propre enfant, nerveuse, irritable, mais sans penchant à la mélancolie, qui fut prise, à la fin du cinquième mois de la lactation, d'inquiétudes vagues, d'ennuis, d'idées tristes, de dégoût pour ses devoirs de nourrice. L'enfant est confié à une étrangère, qui l'élève au biberon. Une époque mensuelle arrive; l'état mental va s'aggravant, mais s'amende tout à coup dès que l'époque est terminée. La mère revient à ses occupations, à ses joies; et comme la source du lait, qui s'était d'abord affaiblie pendant la crise, est redevenue abondante, l'enfant est remis au sein. A la fin du sixième mois, retour de la fonction périodique, après laquelle l'agitation, les inquiétudes reviennent, et bientôt la manie du suicide, avec des tentatives répétées. L'allaitement est cependant continué; mais le cinquième jour de cette rechute on le supprime. Le même jour, le délire se calme. Les jours suivants, les seins s'engorgent; on a recours aux purgatifs et aux diurétiques, et la malade guérit rapidement et complétement.

Il n'est pas inutile d'ajouter que cette jeune femme avait déjà eu des idées de suicide au neuvième mois de l'allaitement d'un précédent enfant.

Ce qui donne un véritable intérêt à ce fait, c'est qu'il tend à montrer, avec beaucoup d'autres, que, dans la folie des nourrices, la suppression du lait est souvent l'effet et non la cause de l'affection cérébrale. La vieille explication du lait *qui monte à la tête* n'a même pas, du moins pour beaucoup de cas, et peut-être pour tous, le mérite de répondre à un fait d'observation. Ainsi, chez la malade de M. Chaulet, la sécrétion lactée non-seulement n'était pas supprimée avant le dérangement des idées, non-seulement même ne s'est pas arrêtée pendant la crise, mais, après un affaiblissement momentané, elle s'est rétablie avec énergie, bien que la mère n'eût pas donné le sein depuis un temps non spécifié dans le travail, mais qui a été de douze à quinze jours. (*Bulletin de la Société de médecine d'Agen*, n° 1.)

Emploi médical de l'acide phénique.

Depuis quelque temps, les médecins anglais emploient fréquemment comme agent thérapeutique l'acide phénique, auquel on attribue les propriétés antiseptiques du goudron et du coaltar. Nous emprunterons à une note de M. F. Crace Calvert les renseignements suivants, qui donnent un résumé des diverses tentatives faites jusqu'à ce jour en Angleterre et qui permettront aux praticiens français de répéter facilement ces expériences.

Comme caustique, l'acide phénique, préalablement liquéfié par immersion du vase qui le contient dans l'eau chaude (il est solide jusqu'à + 34°), a été employé heureusement dans plusieurs cas d'anthrax et d'ulcères avec suppuration par MM. Oscar Clayton et Thomas Turner. Comme son action escharotique est généralement limitée aux couches superficielles des parties sur lesquelles on l'applique, il devient ainsi préférable, dans quelques cas, aux autres caustiques. Cette même raison le fait préférer par M. Turner dans certains cas de diphthérite et d'angine malignes pour faire des cautérisations immédiates au moyen d'une éponge. M. Turner annonce éga-

lement s'être très bien trouvé de l'action caustique de l'acide phénique dans le traitement des fistules et des hémorrhoïdes. Comme l'acide phénique est soluble en toutes proportions dans la glycérine et l'acide acétique cristallisable, le docteur Campbell a mis à profit cette propriété pour faire usage de dissolutions diversement concentrées dans le traitement du lupus, et a vu sous leur influence les tubercules s'affaisser et les ulcérations se cicatriser rapidement. L'emploi avantageux de ces solutions a été reconnu également par le docteur Heath et par le docteur Whitehead, qui a employé aussi avec succès la pommade suivante :

Acide phénique..............	4 grammes.
Spermaceti.................	56 —

L'acide phénique peut être tenu en suspension dans l'eau sucrée (1 partie (pour 8) ou se dissoudre dans l'eau (1 partie d'acide pour 40 d'eau chaude), et donner ainsi une solution dont le docteur Campbell s'est très bien trouvé comme désinfectant des abcès putrides et plaies gangréneuses. Les docteurs Ransome, Turner et Heath ont reconnu également que cette solution modifie très rapidement la nature des plaies et leur donne le meilleur aspect.

Administré à l'intérieur à la dose d'une goutte dans une pilule, l'acide phénique paraît avoir donné aussi des résultats satisfaisants, ainsi qu'en témoignent MM. Roberts dans des cas de vomissements continus et de diarrhée chronique. (*Journal de pharmacie et de chimie*, mars 1863.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale, par J. G. Maisonneuve; t. 1. Paris, Savy 1863.

« C'est un véritable service que nous rendent nos maîtres » en condensant les enseignements, les leçons de leur expé» rience, et si nous avons un désir à formuler, des vœux à » exprimer, c'est que l'exemple de MM. Robert, Bouisson et » Voillemier soit bientôt suivi, comme eux-mêmes paraissent » avoir l'exemple de Roux. »

Ainsi écrivions-nous il y a un an, en rendant compte dans ce journal de la publication faite par M. Voillemier, d'un volume intitulé aussi Clinique chirurgicale; et ce que nous avons dit alors, nous pouvons encore le répéter aujourd'hui en parlant du livre de M. Maisonneuve, mais en apportant toutefois à cette appréciation une restriction assez étendue.

MM. Robert, Voillemier et Bouisson, en réimprimant d'anciens mémoires, n'avaient choisi que les plus importants ; de plus, comme quelques-uns étaient publiés depuis longtemps, ils avaient eu soin, par des additions ou des notes, de les mettre au niveau de l'état actuel de la science ; la marche suivie par M. Maisonneuve est toute différente et imprime à sa publication une physionomie particulière.

M. Maisonneuve ne s'est pas borné à faire simplement réimprimer ses travaux les plus importants ; il a reproduit la plupart, et nous pourrions peut-être dire toutes, les observations publiées dans divers recueils, soit par lui-même, soit par ses élèves, de malades observés par lui pendant sa carrière déjà longue.

Cette reproduction d'articles si nombreux et si variés devait avoir des inconvénients ; mais elle pouvait en échange présenter des avantages, si le chirurgien avait fait ressortir quelques nouveaux enseignements de ces matériaux d'abord épars, maintenant réunis et groupés suivant leurs analogies ; s'il avait eu soin de nous donner, après de nombreuses années, les résultats définitifs des opérations pratiquées par lui ; s'il avait montré ainsi d'une manière certaine les avantages de telle ou telle méthode thérapeutique. Ce n'est pas ainsi qu'a procédé l'auteur, et l'on nous permettra de faire à ce sujet quelques observations.

M. Maisonneuve, avons-nous dit, a publié dans sa clinique, non-seulement ses propres travaux, mais les divers articles publiés par d'autres à propos de ses malades ou de ses opérations; or, en les incorporant dans un livre signé de lui, il fait comme siennes les appréciations à juste titre bienveillantes faites par ses élèves; aussi semble-t-il à son insu se dire à lui-même : « Nous ne connaissons pas d'exemple d'opération semblable » pratiquée en France. Ce sera donc un nouveau progrès que » la chirurgie de notre pays devra à l'infatigable activité de » l'habile chirurgien de Cochin. » (Page 607.)

Nous n'attachons pas à cette remarque plus d'importance qu'elle ne mérite; nous en avons à présenter d'un peu plus sérieuses.

En publiant son livre, M. Maisonneuve devait avoir pour but de faire participer les chirurgiens et les élèves aux enseignements que donnent une pratique étendue et une vaste expérience. Or, ce but pouvait être atteint par deux moyens : 1° la publication des mémoires originaux, dans lesquels le maître tire des faits qu'il a observés les préceptes et les règles à suivre ; 2° la publication d'observations isolées qui montrent dans quelles circonstances s'est trouvé placé le chirurgien, quels obstacles, quelles difficultés il a rencontrés, quels moyens il a employés pour les vaincre et surtout quels résultats il a obtenus.

C'est ici que nous avons à adresser au livre de l'auteur le reproche le plus grave. Ce livre, comme nous l'avons dit, renferme un grand nombre d'observations; or l'on conçoit parfaitement que beaucoup des faits qu'elles relatent aient été publiés avant que le résultat définitif des opérations pratiquées ait été obtenu. Le désir de faire connaître des faits nouveaux, l'ambition légitime d'établir le plus tôt possible ses droits à la priorité de telle méthode nouvelle, de tel procédé nouveau, peuvent justifier des publications hâtives d'un chirurgien ; mais ces observations ne peuvent servir la science qu'à la condition qu'elles seront complétées ultérieurement et qu'on connaîtra autant que possible le résultat définitif. La publication de sa clinique chirurgicale permettait à M. Maisonneuve de compléter un grand nombre de ces communications *hâtives*, et nous nous croyons en droit de regretter que cette marche n'ait pas été suivie, pour nous d'abord, pour l'auteur ensuite, qui aurait remplacé, sans doute, par des succès réalisés, des succès qui paraissent seulement attendus.

Nous regrettons par exemple que des observations se terminent ainsi : « Il y a *six semaines* environ que l'opération a été pratiquée....., et tout fait *espérer* une prompte et complète guérison (p. 605) », lorsque l'opération dont il s'agit date de 1849.

Cet inconvénient, qui se rencontre trop souvent dans le livre de M. Maisonneuve, devient parfois plus regrettable encore. Ainsi nous lisons à la fin d'une observation de résection du genou : « L'opération tout entière a duré à peine cinq » minutes; aucune ligature n'a été nécessaire. M. Maisonneuve » a fait un pansement simple et maintenu le membre dans » l'extension au moyen d'un appareil ordinaire pour les frac» tures du membre inférieur » (p. 609). De quelle époque date cette opération dont le résultat n'est pas donné? Du 17 juillet 1849. Ainsi incomplète cette observation peut à peine servir à l'histoire des résections articulaires; il n'eût pourtant fallu pour lui donner toute son utilité qu'ajouter : *Le malade est mort!* Ce n'eût pas été très long et cela eût levé toute incertitude.

Mais ce n'est pas là seulement que se borne l'inconvénient d'une réimpression pure et simple. L'observation à laquelle nous faisons allusion est précédée d'un extrait d'une leçon clinique faite en 1849, avant l'opération dont nous parlons. Dans cette leçon, M. Maisonneuve, comparant la résection à l'amputation de la cuisse, se prononce pour la résection dans certaines circonstances ; il en résulte que le lecteur de 1863 doit croire M. Maisonneuve toujours dans les mêmes idées, puisqu'il les

réimprime ; nous l'étonnerons probablement en lui disant que, dans une conversation particulière sur ce sujet, M. Maisonneuve se montrait, il y a deux ans, d'après ce qu'il avait vu sans doute sur son malade, l'adversaire de la résection.

Nous en avons dit assez pour montrer de quelle importance eussent été des notes complémentaires, pour permettre de tirer parti des nombreuses observations que renferme la CLINIQUE CHIRURGICALE. Il est toutefois une opération pour laquelle M. Maisonneuve a eu l'excellente idée de dresser un tableau statistique; c'est la résection des mâchoires. Ce résumé nous donne les résultats suivants : Désarticulations totales du maxillaire inférieur, 4 opérations, 4 guérisons; — désarticulations partielles, 36 opérations, 16 morts; — résection du même os, 22 opérations, 7 morts; — résection du maxillaire supérieur, 32 opérations, 9 morts. Ajoutons toutefois, comme le spécifie une note de l'auteur, que le mot *guéri*, appliqué aux malades affectés du cancer, n'est relatif qu'à l'opération et ne préjuge en rien la question de récidive ; de sorte qu'ici encore il reste un *desideratum*, c'est de savoir de quelle utilité pratique a été pour le malade la résection qu'il a subie, si la récidive a eu lieu, si elle a été rapide ou tardive; car c'est le seul moyen de savoir s'il faut ou non, dans de pareilles lésions, entreprendre une opération aussi terrible que celle de la résection, sur le même malade, des maxillaires inférieur et supérieur, ainsi que l'a quelquefois pratiquée M. Maisonneuve.

Le premier volume de la CLINIQUE CHIRURGICALE résume tout ce qui a trait à l'appareil de la locomotion: fractures, luxations, tumeurs blanches, résections, amputations. Il comprend ainsi plusieurs mémoires importants de M. Maisonneuve; sa thèse de concours pour l'agrégation de 1839, sur le périoste et ses maladies; son mémoire de 1840, sur les fractures du péroné; sa thèse de concours de 1844, sur la coxalgie; ses recherches de 1842, sur les luxations du sternum, et surtout ses travaux sur la résection des mâchoires. Nous ne reviendrons pas sur ces publications déjà anciennes et justement connues de tous; nous nous arrêterons seulement sur les premières pages du volume, car elles renferment, sous forme d'introduction, neuf leçons cliniques professées en 1862 par M. Maisonneuve, sur les progrès de la chirurgie contemporaine.

Le premier progrès que signale l'auteur est la découverte de l'infection purulente, dont il attribue la fréquence à l'usage de l'instrument tranchant, et qu'on supprimerait par l'emploi de la méthode sous-cutanée ou par celle de l'écrasement. Cette dernière en « oblitérant d'une manière efficace les orifices sinueux, de manière à empêcher l'inflammation suppurative de se propager à l'intérieur des vaisseaux, doit rendre possible d'empêcher radicalement le développement de l'infection purulente. » L'auteur semble croire qu'une veine ne peut s'enflammer qu'à la condition d'être béante. Que devient, dans cette théorie, la phlébite spontanée?

L'intoxication, tel est le phénomène qui, pour M. Maisonneuve, domine toute la pathologie. La fièvre uréthrale, « cette fièvre dont le caractère mystérieux a si longtemps dérouté toutes les explications, » est due à l'introduction de l'urine dans le tissu érectile de l'urèthre ; « puis nous voyons à l'intro- » duction de la substance toxique succéder presque immédia- » tement le frisson, la réaction fébrile, la sueur, enfin tous les » stades de la fièvre; mais ici, malgré la septicité extrême » qu'il présente dans certains cas, le poison est essentiellement » éliminable par les émonctoires naturels : aussi voyons-nous » que l'organisme résiste le plus souvent à son action, et » revient assez promptement à son état normal. » Nous ne sachons pas qu'on puisse invoquer, dans les cas de fièvre uréthrale succédant à un simple cathétérisme, les excoriations et les déchirures de la muqueuse que semble admettre comme constantes M. Maisonneuve.

C'est encore à une intoxication qu'est due la fièvre traumatique. La fièvre inflammatoire tient à ce que le sang affluant vers le point irrité distend les vaisseaux, s'arrête dans sa marche, laisse transsuder sa partie liquide, qui, reprise ensuite par l'absorption, amène une véritable intoxication. Comment l'auteur explique-t-il l'apparition de la fièvre au début même de l'inflammation, alors qu'elle n'est encore qu'à la période congestive? Il ne l'indique pas, mais pour lui « le jour n'est » probablement pas éloigné où la médecine abandonnera *cette* » *base stérile de l'anatomie pathologique*, qui a entraîné la théra- » peutique dans une véritable impasse, et qu'elle adoptera » pour base nouvelle la doctrine féconde de l'intoxication, où » les esprits ardents trouveront un champ inépuisable de » recherches utiles. »

La troisième leçon traite de la découverte des opérations sous-cutanées, et elle renferme cette fois des erreurs matérielles. Pour l'auteur, toute substance animale qui a subi, ne fût-ce qu'un instant, le contact de l'air, est morte, et son introduction dans l'économie ne peut qu'amener des accidents. Ainsi, parlant de l'injection, dans la poche d'un hydrocèle, de lait ou de sérosité retirée de l'hydrocèle même, M. Maisonneuve ajoute : « J'ai vu pratiquer ces sortes d'injections, et je dois vous dire que ces essais ont toujours été déplorables, ils ont toujours déterminé la gangrène. Comment, en effet, pourrait-il en être autrement? » Etc., etc.

Quelques lignes plus loin, l'auteur, parlant de la transfusion du sang, ne craint pas d'avancer que le sang, après avoir eu dans la palette le contact de l'air, est une substance morte, dont la présence dans le torrent circulatoire est nécessairement funeste. Cependant des faits assez nombreux que M. Maisonneuve paraît avoir oubliés prouvent que la transfusion, faite ainsi, à ciel ouvert, a réussi un certain nombre de fois.

La quatrième leçon traite de la découverte de la médication iodurée; pour l'auteur, tandis que l'iode guérit avec une si merveilleuse facilité les plus graves désordres d'origine syphilitique, il reste complétement inerte contre les affections similaires dues à des causes différentes. La démonstration de ce fait est pour lui « le renversement complet de cette école » anatomo-pathologique, qui fut à la fois si prétentieuse et si » stérile. » Quand une tumeur blanche guérit chez un jeune enfant par la médication iodée, c'est qu'elle avait pour origine véritable, quoique éloignée, le virus syphilitique.

La cinquième leçon a pour objet la découverte des anesthésiques; et la sixième, celle de la ligature extemporanée, qui n'est, quoi qu'en dise l'auteur, que l'écrasement linéaire de M. Chassaignac.

La cautérisation en flèches fait le sujet de la septième leçon. Deux autres sont consacrées à l'étude des injections dans les cavités closes et à la généralisation de la méthode d'arrachement, de torsion et de rupture, à la *diaclasie*, qui a réintroduit dans la thérapeutique chirurgicale une pratique non *thérapeutique* et digne du moyen âge; nous le disons hautement, après l'avoir vu pratiquer par l'auteur sur un malade, qui du reste a succombé, nous professons pour la *diaclasie* la plus vive répulsion, et nous sommes loin de la regarder, avec son inventeur, comme un progrès de la science moderne.

LÉON LE FORT.

VI

VARIÉTÉS.

OBSÈQUES DE THIRIAL. — Nous venons d'assister à une douloureuse cérémonie. Les derniers devoirs ont été rendus tout à l'heure à M. le docteur Thirial, membre adjoint de la *Société médicale des hôpitaux*, connu surtout par son mémoire sur le *sclérème des adultes* et par ses *considérations sur la doctrine hippocratique*. Thirial, aussi distingué par son savoir et la sûreté de son jugement que par les qualités du cœur, était une de ces natures austères qui aiment à vivre à l'ombre de la famille et de l'amitié, dans la paix des occupations intellectuelles, et d'une

conscience droite. Il avait désiré la plus grande simplicité dans ses obsèques; mais il n'avait pu commander aux regrets de ses élèves et de ses confrères, qui lui ont fait un cortége nombreux. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Brierre de Boismont, A. Latour, Constantin Paul et Henri Roger.

Société anatomique.

Règlement pour le prix Ernest Godard. — Le docteur Ernest Godard, dans son testament daté à Jérusalem, des 3 et 4 septembre 1862, a fait, en faveur de la Société anatomique de Paris, un legs dont cette Société a disposé, suivant les volontés du testateur, en adoptant le présent règlement dans les séances du 23 janvier et du 13 février 1863.

Règlement. — Art. 1er. — Un prix portant le nom d'Ernest Godard, son fondateur, sera décerné *tous les deux ans* par la Société anatomique de Paris, à l'auteur du *meilleur mémoire concernant soit l'Anatomie normale, soit l'Anatomie pathologique, soit la Tératologie.*

Art. 2. — La valeur du prix sera de quatre cent vingt francs (420 fr.).

Art. 3. — Seront admises à concourir toutes les personnes *Françaises ou Étrangères*, qui adresseront à la Société : 1° un mémoire, *manuscrit ou imprimé*, sur les sciences ci-dessus désignées; 2° une lettre d'envoi portant la mention spéciale qu'il est destiné à concourir pour le prix Ernest Godard. Les ouvrages imprimés devront être envoyés en double exemplaire.

Art. 4. — On n'admettra pas toutefois les mémoires imprimés qui seraient publiés depuis plus de trois ans, ce délai étant rétroactivement compté à dater de l'époque à laquelle on décernera le prix.

Art. 5. — On n'admettra pas non plus les travaux qui auraient été, antérieurement à la clôture du registre d'inscription, l'objet d'une récompense scientifique. Les candidats devront donc, dans leur lettre, déclarer expressément que leur travail n'a pas été récompensé jusqu'à ce jour.

Art. 6. — Sont exclus du concours les membres titulaires et honoraires de la Société anatomique.

Art. 7. — Une commission de cinq juges, choisie parmi les membres titulaires et honoraires de la Société, sera chargée d'apprécier le mérite des mémoires envoyés. Cette cummission sera nommée dans la première séance d'août.

Art. 8. — Le prix sera décerné pour la première fois dans la première séance du mois de janvier 1865, et ensuite dans la même séance du même mois pour les années impaires 1867, 1869, 1871, etc.

Art. 9. — Si, une année, le prix n'était pas donné, on le reportera sur l'année suivante, c'est-à-dire sur une année paire 1866, 1868, etc., sans préjudice du prix qui sera donné intégralement, selon la règle, les années impaires 1867, 1869, etc.

Art. 10. — Que le concours ait lieu en 1865, 1867, etc., ou bien en 1866, 1868, etc., ce sera toujours à la date du 31 juillet au soir, pour dernier délai, que l'archiviste de la Société arrêtera la liste des candidats inscrits.

Art. 11. — Les exemplaires des ouvrages envoyés au concours deviennent tous la propriété de la Société; mais les auteurs des mémoires manuscrits pourront être autorisés à en prendre copie.

Dispositions transitoires. — Le prix Ernest Godard devant être décerné pour la première fois au mois de janvier 1865, on n'admettra pas, pour le concours prochain, les mémoires imprimés avant le 1er janvier 1862.

Les personnes qui désireront concourir pour le prix à décerner en 1865, devront envoyer *franco* leur travail avec la lettre d'avis ci-dessus mentionnée, à l'archiviste de la Société (M. le docteur Poumet, rue Richelieu, 108, à Paris), avant le 1er août 1864 exclusivement, terme de rigueur.

Paris, le 20 mars 1863.

Le Président perpétuel, Cruveilhier,
Professeur à la Faculté de médecine.

Nota. On rappelle aux concurrents qu'ils doivent indiquer lisiblement leurs nom, prénoms, titres, résidence et adresse.

— M. Chausit commencera son cours public des maladies de la peau, le mercredi 15 avril, à midi, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. Potain, agrégé, chargé du cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. le professeur Roslan, commencera ses leçons le lundi 13 de ce mois, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis, à neuf heures du matin.

— M. le docteur Blot, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé de faire, pendant le 2e semestre de l'année classique 1862-1863, le cours des élèves sages-femmes à la Clinique de Paris.

— Par arrêté du 31 mars, M. Moquin-Tandon, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le 2e semestre de l'année classique 1862-1863, par M. le docteur Baillon, agrégé près ladite Faculté.

— M. le docteur Louis Scribot vient de mourir à l'âge de quarante et un ans.

— Par suite du décès de M. Chapotin de Saint-Laurent, médecin de l'hôpital Cochin, M. Woillez passe à l'hôpital Cochin ; M. Goupil passe à Saint-Antoine ; M. Simonet passe à Lourcine ; M. Millard a été nommé médecin de la Direction des nourrices.

— La vente de la bibliothèque de Jamain aura lieu le 16 avril et jours suivants, à sept heures et demie du soir, rue des Bons-Enfants, 28 (salle n° 3). Le catalogue se trouve chez Germer Baillière, libraire, 17, rue de l'École-de-Médecine.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Thèses.

Thèses subies du 7 au 31 janvier.

1. Gallet-Lagoguey, Gaston, né à Paris. [*De l'influence de la pesanteur dans les maladies, et en particulier du rôle qu'elle peut jouer dans la production et l'aggravation des maladies externes.*]

2. Gautret, Auguste-Pierre, né à Clisson (Loire Inférieure). [*De la mélanose.*]

3. André, Jules, né à Port-Louis (île Maurice). [*Des vices de conformation du bassin, spécialement au point de vue de leurs indications et des opérations qu'ils réclament.*]

4. Thibault, Henri, né à Soullans (Vendée). [*Des contusions et plaies contuses de l'urèthre*]

5. Launay, Clément, né à Bu (Eure-et-Loir). [*Des tumeurs adénoïdes ou hypertrophies partielles de la mamelle.*]

6. Lefèvre, Victor-Hippolyte, né à Sainte-Geneviève (Manche). [*Des indications et contre-indications de l'ergot de seigle dans la pratique des accouchements*]

7. Bracou, Louis-Émile, né à Crest (Drôme). [*De l'uréthrotomie interne comme méthode de traitement dans les rétrécissements organiques de l'urèthre.*]

8. Lory, Louis, né à Orgères (Ille-et-Vilaine). [*De la thoracentèse dans les cas d'épanchements pleurétiques.*]

9. Magne, Victor, né à Souillac (Lot). [*D'une épidémie de variole dans le canton de Souillac et aux environs, pendant l'été et l'automne de 1862.*]

10. Douillard, Marcellin, né à Nantes (Loire-Inférieure). [*De la fluxion de poitrine et de la pneumonie.*]

11. Forest, Hippolyte, né à Yvré-l'Évêque (Sarthe). [*De la laryngite ulcéreuse.*]

12. Banteignie, Léon, né Sepmeries (Nord). [*De l'ergot de seigle et de son emploi en obstétrique.*]

13. Bézard, M.-L.-Achille, né à Orléans (Loiret). [*Essai sur un suintement particulier de la face succédant à différentes lésions des glandes salivaires (parotide et sous-maxillaire), ou de leur conduit excréteur.*]

14. Demathieu, J. B. M. H., né à Neuvic (Corrèze). [*Essai sur l'hygiène du paysan du haut Limousin.*]

15. Duplessis, Édouard, né à Belleville (Vendée). [*Des paralysies diphthériques*]

16. Cueize, Léonard-Eugène, né à Saint-Germain-les-Belles (Haute-Vienne). [*De la pituite stomacale alcoolique.*]

17. Pio Renfigo, né à Cali (Nouvelle-Grenade). [*Étude sur les premiers syphilographes espagnols.*]

18. Gouzy, Georges, né à Rabastens (Tarn). [*De l'ascite et de son traitement par l'injection iodée.*]

19. Madeline, Gabriel, né à Verneuil (Eure). [*De l'hygiène des vieillards.*]

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 17 AVRIL 1863. N° 16.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. De l'action décolorante des urines glycosiques sur la teinture d'iode. — II. **Travaux originaux**. Physiologie pathologique : Note sur la décoloration des urines par la teinture d'iode. — Épidémiologie : Relation de la fièvre jaune survenue à Saint-Nazaire en 1861. — Médecine pratique : De la paralysie périphérique par refroidissement. — III. **Correspondance**. Valeur de l'aveu chez les inculpés. — IV. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux**. Augmentation du volume du cœur dans la chlorose. — Empoisonnement par le lait de chèvre. — Recherche du plomb dans l'urine. — Passage des médicaments dans l'urine. — VI. **Variétés**. — VII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — Réceptions au grade de docteur. — VIII. **Feuilleton**. Tendances actuelles de la chirurgie.

I

Paris, 16 avril 1863.

DE L'ACTION DÉCOLORANTE DES URINES GLYCOSIQUES SUR LA TEINTURE D'IODE.

Dans ces derniers temps, MM. Trousseau et Dumontpallier ont fait connaître un procédé nouveau pour reconnaître très rapidement si des urines sont glycosiques. Ce procédé, le plus simple assurément de tous les procédés connus qui ont pour but d'obtenir le même résultat, consiste à verser quelques gouttes de teinture d'iode dans les urines supposées glycosiques. Alors on constate que 6 centimètres cubes d'urines glycosiques décolorent avec une grande rapidité huit gouttes, dix gouttes, vingt gouttes, trente-six gouttes de la teinture d'iode, employée chaque jour dans les hôpitaux (les gouttes ont été comptées avec le compte-gouttes de M. Salleron).

Aucune autre urine que l'urine glycosique ne décolorerait aussi rapidement et en une aussi grande quantité la teinture d'iode, et, de plus, la puissance décolorante des urines serait d'autant plus grande que les urines auraient plus de densité ; on sait que la densité des urines glycosiques est ordinairement en rapport direct avec la quantité de glycose qu'elles renferment.

A peine est-il besoin de faire ressortir les avantages que présenterait un procédé aussi expéditif. Chacun de nous ne sait-il pas combien, dans la pratique, il est avantageux de disposer de moyens faciles et rapides pour arriver au diagnostic ? Le grand nombre de réactifs que l'on a composés pour déceler la présence du sucre dans l'urine, ne prouve-t-il pas que le clinicien n'était point satisfait? Enfin, si l'eau de chaux était le meilleur des procédés employés jusqu'à ce jour, parce qu'il est toujours facile à se procurer et parce qu'il est un réactif fidèle, ne réclamait-il pas encore l'emploi de la chaleur ? Il devenait ainsi un moyen complexe, et si M. Béhier a voulu il y a quelques années substituer un procédé nouveau aux liqueurs de Fromhertz, de Barreswil, de Felhing, de M. Luton, c'est

---

FEUILLETON.

Tendances actuelles de la chirurgie.

Cet article est extrait d'un discours prononcé par M. le docteur Ollier lors de son installation comme chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le lecteur reconnaîtra, dans ces *tendances actuelles de la chirurgie*, celle que nous cherchons à suivre dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE. A. D.

Sous le rapport purement scientifique, la chirurgie a encore de nos jours une tâche laborieuse à remplir. Fondée par le travail opiniâtre des générations qui nous ont précédés, elle a de puissantes racines dans le passé. Mais, en raison de son objet toujours présent et variant sans cesse, elle ne peut pas se contenter des observations antérieures. Elle n'emprunte au passé que sa méthode. Les résultats les plus acceptés, et en apparence les mieux démontrés par ce qu'on appelle l'expérience des siècles, doivent être à chaque instant vérifiés à l'aide des nouveaux moyens d'observation. Cette révision régulière et périodique des faits est une des nécessités les plus urgentes d'une science qui se constitue. C'est là une vérité dont il faut bien se pénétrer, quoiqu'il puisse en coûter à notre amour-propre de revenir si souvent sur nos pas. On ne peut jamais se flatter d'avoir obtenu un résultat définitif et absolument vrai : telle formule, telle synthèse qui paraissent inattaquables aujourd'hui, peuvent être compromises dès demain par la découverte d'un fait en apparence sans valeur.

Il est difficile de caractériser par une expression brève les tendances de notre époque tant elles sont multiples, tant sont nombreuses les voies par où elles peuvent s'exercer. Il y a cependant deux circonstances principales qui les font en quelque sorte prévoir et qui les expliquent : d'un côté, une surabondance de faits propre à dérouter la patience la plus consommée ; de l'autre, l'insuffisance de plus en plus avérée de l'observation pure et la fragilité des synthèses tentées jusqu'à ce jour. Cette surabondance des faits qui doivent être la base de

assurément qu'il avait reconnu l'infidélité de ces différents réactifs ou la difficulté de bien interpréter leurs réactions sur la glycose; mais le procédé de M. Béhier a aussi le désavantage de beaucoup d'autres, celui d'être complexe.

Si donc le procédé de MM. Trousseau et Dumontpallier tenait tout ce qu'il semble promettre, la clinique aurait été enrichie d'un moyen simple, facile et rapide, de reconnaître les urines glycosiques.

Désireux de faire connaître ce moyen à nos lecteurs et en même temps de leur fournir les conditions d'une expérimentation qui viendra confirmer ou infirmer les propositions déjà établies par MM. Trousseau et Dumontpallier (*Union médicale*, 1863, n° du 31 mars), nous avons prié le savant professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu et son chef de clinique de nous communiquer pour notre revue des détails sur leur manière d'opérer et sur les faits que de nombreuses expériences leur permettent de considérer comme acquis à la science. Voici ce qui résulte de la communication que nous devons à leur obligeance.

Nos honorables confrères ne se dissimulent pas la difficulté de l'interprétation chimique du fait qu'ils ont découvert; ils sont persuadés que le moyen d'arriver le plus tôt possible à une solution scientifique est de soumettre le problème à la sagacité des médecins et des chimistes; aussi n'ont-ils pas hésité à porter immédiatement à la connaissance de tous des faits qui, réservés pour la rédaction d'un mémoire, auraient trouvé dans des expériences nouvelles une autorité plus grande, en même temps qu'ils auraient conservé tout l'intérêt qui s'attache à des faits encore ignorés.

Depuis quinze jours, chaque matin des expériences comparatives sont faites sur les urines de tous les malades de la clinique de l'Hôtel-Dieu. Les salles Saint-Bernard et Sainte-Agnès contiennent soixante-huit lits qui toujours sont occupés; c'est dire combien ont été nombreuses les expériences comparatives. Ajoutez que des urines ont été recueillies dans d'autres services de l'Hôtel-Dieu, à savoir dans les salles de M. le docteur Vigla et de M. le docteur Laboulbène, suppléant de M. le docteur Barth. Ajoutez enfin que plusieurs fois les urines de quelques élèves et des gens du service de la clinique ont été soumises à l'action de la teinture, et vous comprendrez facilement quels ont pu être le nombre et la variété des expériences.

Dans le service de M. le professeur Trousseau, il y a de plus dix lits de nourrices; on se trouvait donc dans des conditions variées et fécondes pour l'expérimentation. Chaque matin les expériences ont lieu devant les élèves et les docteurs qui suivent la visite; partant elles ont pu être contrôlées, et chaque jour on prend note des expériences, des interprétations et des objections qui peuvent être présentées.

Aujourd'hui le fait clinique paraît acquis, à savoir que les urines glycosiques seules ont la propriété de décolorer presque instantanément, en quelques secondes, une quantité déterminée, relativement considérable, de teinture d'iode.

Voici comment procèdent MM. Trousseau et Dumontpallier: ils versent d'emblée quatre gouttes de teinture dans 6 centimètres cubes de l'urine à analyser, parce que les expériences leur ont appris que parfois des urines non glycosiques n'étaient point suffisamment colorées par deux ou trois gouttes de teinture; quelquefois il est nécessaire de mettre cinq ou six gouttes, ce qui est infiniment rare, mais alors la coloration est fortement accusée. Il ne peut être aujourd'hui déterminé quelles sont les conditions physiologiques ou pathologiques qui font que les urines réclament cinq à six gouttes de teinture pour être suffisamment colorées; notons seulement que cinq gouttes ont été nécessaires chez une malade affectée d'érythème papuleux fébrile, et six gouttes chez trois nourrices, dont deux étaient affectées de phlegmon péri-utérin.

Chez deux malades offrant les symptômes de l'ataxie locomotrice, il a fallu six gouttes; dans un cas de bronchite avec emphysème, six gouttes encore, et chez un phthisique, sept gouttes, pour donner une belle couleur sucre d'orge aux urines de ces différents malades.

D'autres fois, il suffisait au contraire de verser deux ou trois gouttes dans la même quantité d'urine pour obtenir une coloration très marquée : par exemple, dans un cas de polyurie insipide avec fièvre et dans un cas de fièvre typhoïde.

On ne saurait, disent MM. Trousseau et Dumontpallier, établir aujourd'hui quelles sont les conditions chimiques qui rendent la coloration plus ou moins facile; qu'il nous suffise de faire remarquer que l'état aigu ou chronique des maladies ne semble pas avoir une influence bien accusée sur le plus ou moins de coloration des urines par la teinture d'iode.

Mais ce qu'il importe d'établir, au point de vue clinique, c'est que toute urine du matin, fraîchement recueillie, à réaction acide au papier de tournesol, appartenant à un sujet sain ou malade, sera fortement colorée par quatre, six ou huit

---

la science et qui cependant restent stériles, demande un correctif qui permette de les féconder; et ce correctif n'est autre que la critique. D'autre part, cette vitalité artificielle des théories et des synthèses nous démontre qu'il faut fonder sur des bases plus solides les généralisations futures.

Le besoin de critique que toutes les sciences reconnaissent aujourd'hui est bien réel en chirurgie. La plupart de nos contemporains y ont sacrifié plus ou moins; et sans compter les œuvres magistrales, comme le Traité des fractures et des luxations, de M. Malgaigne, le Traité des anévrysmes, de M. Broca, nous pourrions citer une foule de travaux moins étendus, mais inspirés du même esprit (1).

Pour apprécier le rôle de la critique scientifique, nous devons nous demander quels sont les résultats qu'elle a déjà produits, et rechercher, s'il est possible, ceux qu'elle produira encore. Elle s'est appliquée soit à l'étude des faits passés, soit à la vérification des faits présents; et par la difficulté qu'elle avait de peser ces derniers, elle a compris avec quelle réserve il fallait accepter ceux que nous avait légués la tradition des âges précédents. C'est en remontant aux sources qu'elle a pu mettre un peu d'ordre dans certaines questions où la vérité se cachait sous une avalanche de faits contradictoires. Elle a fixé un point de départ pour les recherches futures, et, en dressant le bilan du passé, elle a évité à l'avenir plus d'une erreur et plus d'une déception (1).

Mais si la critique n'avait eu que cet intérêt purement historique, elle n'eût pas eu l'importance que nous nous plaisons à lui reconnaître. Elle a fait plus, et en se montrant rigoureuse,

(1) Nous aurions à citer en première ligne les mémoires sur différents sujets de chirurgie de MM. Verneuil, Follin, etc., publiés dans la *Gazette hebdomadaire* et les *Archives de médecine*, ainsi que les remarquables recherches de M. Rollet sur la *Pluralité des maladies vénériennes*.

(1) Les chirurgiens du commencement de ce siècle ne brillaient guère par leur érudition. On regardait même alors comme à peu près inutiles les recherches historiques. M. Velpeau le premier, dans son *Traité de médecine opératoire*, a remis l'érudition en honneur.

gouttes de teinture d'iode, et cela pendant un *temps variable*, tandis que les urines glycosiques décolorent *très rapidement* quatre, huit, jusqu'à trente-deux gouttes de teinture d'iode.

Ce fait, bien établi par MM. Trousseau et Dumontpallier, a soulevé des objections et des interprétations nombreuses.

D'abord on a dit, et cela sans s'inquiéter du mode de procéder des expérimentateurs, que toutes les urines décoloraient la teinture d'iode.

A cette affirmation il n'y avait à répondre que ceci : à savoir que, étant données d'une part des urines de provenance diverse mais *acides*, et d'autre part des urines glycosiques, il suffisait de verser huit ou dix gouttes de teinture d'iode dans une égale quantité de chacune de ces urines, pour être convaincu que dans les urines glycosiques seulement disparaît en quelques secondes la coloration due à la présence de la teinture d'iode.

On a dit encore que c'était l'acide urique qui décolorait et non la glycose ; à cette assertion, MM. Trousseau et Dumontpallier répondaient avec leurs expériences :

1° Qu'ils ignoraient quelle pouvait être l'action chimique de l'acide urique en cette circonstance, mais qu'il était singulier de voir que les urines de cent malades contenaient si peu d'acide urique, puisqu'elles ne décoloraient pas quatre gouttes de teinture d'iode, tandis que les urines glycosiques qui ordinairement ne renferment pas une grande quantité d'acide urique, jouissaient seules de la propriété de décolorer rapidement huit, seize, trente-deux gouttes de la même teinture.

2° Quant à l'assertion que la glycose ne décolorait pas la teinture d'iode, MM. Trousseau et Dumontpallier faisaient remarquer qu'ils s'étaient bien gardés d'écrire que la glycose décolorait la teinture d'iode ; ils avaient écrit seulement, et avec intention : les *urines glycosiques* décolorent la teinture d'iode, et s'ils avaient employé ces termes, les *urines glycosiques*, c'est que leurs premières expériences leur avaient démontré :

Que la glycose du commerce qu'ils devaient à l'obligeance de M. Rousseau, mélangée, soit à de l'eau ordinaire, soit à de l'urine d'un sujet sain ou malade, soit à l'urine d'un malade affecté de polyurie simple, ne décolorait pas la teinture d'iode, et cependant l'expérience chimique faite séance tenante, démontrait que ces différents mélanges glycosiques réduisaient la liqueur bleue de Barreswil et donnaient de la couleur brun rougeâtre avec la potasse.

De plus, le jour même où MM. Trousseau et Dumontpallier faisaient leur découverte et en donnaient communication à la Société de biologie, ils constataient que le sucre de canne, dissous dans de l'eau ou de l'urine, ne décolorait pas la teinture d'iode.

De plus encore, versant dans de l'urine chargée de sucre de canne deux ou trois gouttes d'acide azotique pour transformer le sucre de canne en glycose, ils constataient que ce mélange d'urine et de glycose artificielle ne décolorait point la teinture d'iode, et déjà ils en avaient tiré cette conséquence, qu'un malade malintentionné et quelque peu chimiste ne pourrait plus les tromper, puisque les urines glycosiques naturelles jouissaient seules de la propriété de décolorer la teinture d'iode.

Quelques jours plus tard, M. le docteur Leconte, professeur agrégé de la Faculté, ayant eu la bonté de donner à M. Dumontpallier du sucre de diabète, recueilli avec le plus grand soin, il fut reconnu que cette glycose humaine, mélangée avec de l'eau ou des urines, ne décolorait point la teinture d'iode.

MM. Trousseau et Dumontpallier étaient donc bien éloignés d'accorder à la glycose la propriété de décolorer la teinture d'iode, et ne sachant pas si dans le cas actuel l'acide urique avait quelque part active dans cette décoloration, ils avaient agi prudemment, lors de leur première communication, en écrivant seulement que les *urines glycosiques naturelles* jouissaient de la propriété de décolorer la teinture d'iode, et cela dans des proportions qui étonnent tous ceux qui sont témoins pour la première fois de cette action décolorante.

M. Trousseau et son chef de clinique, d'après l'indication du docteur Manvezin, ont pu constater que les urines glycosiques neutralisaient l'action de l'iode sur l'amidon. En effet, si dans un mélange de solution d'amidon et d'urine glycosique on verse quelques gouttes de teinture d'iode, il n'y a point production de la coloration bleu violet, due ordinairement à l'action de l'iode sur l'amidon ; dans ce cas, l'action de l'iode est donc neutralisée par la présence de l'urine glycosique. Mais si l'on augmente le nombre de gouttes de teinture d'iode, l'iode en excès recouvre ses droits et l'urine prend une belle couleur bleu violet. Si, pour compléter l'expérience, on ajoute dans le même tube de l'urine glycosique en excès, la coloration bleue disparaît et l'urine redevient incolore.

M. le professeur Grassi, dont tout le monde connaît l'extrême habileté en chimie et en physique, a constaté lui-même ces résultats cliniques fournis par les expériences, et mainte-

---

sévère pour les faits actuels, elle a imprimé à notre art un caractère de moralité qu'on est heureux de signaler. Parmi les moyens de vérification auxquels ce besoin de critique a donné une importance majeure, la statistique tient le premier rang. Le dénombrement et l'appréciation des faits fournissent à certaines sciences leurs principaux éléments de vitalité et de progrès ; il en est ainsi au fond dans l'exercice de notre art. L'empirisme se retrouve, déguisé ou non, dans bien des pratiques usuelles, et nous n'avons alors, pour juger la valeur de notre intervention, que le succès ou l'insuccès dans certains cas donnés. Rien ne devrait être aussi rigoureux que les statistiques, et cependant rien n'est aussi trompeur. Un événement quelconque peut être présenté sous tant de faces diverses qu'il est dangereux de s'incliner devant ce qu'on appelle *la brutalité des faits*. Tant de circonstances inhérentes à la tournure d'esprit et au caractère de celui qui les publie, peuvent en changer la signification, que les statistiques médicales en général doivent être acceptées avec la plus grande prudence. Tant vaut l'homme, tant vaut la statistique. Cela est vrai surtout quand il s'agit de la supputation des cas de succès ou d'insuccès par telle ou telle méthode thérapeutique, car alors les causes d'erreur abondent au point de dévoyer l'esprit le mieux intentionné. Et cependant là est l'*ultima ratio* de bien des discussions scientifiques ; et tant que la chirurgie ne sera pas devenue partout rationnelle, c'est-à-dire physiologique, le calcul des probabilités sera son seul moyen de prévoir l'issue de tel ou tel événement : empirisme et hasard sont deux termes connexes ; le premier appelle toujours le second.

A côté de cette tendance de la chirurgie actuelle nous voyons s'en développer une autre plus essentielle encore. Se borner à classer, à peser, à comparer, à critiquer en un mot les matériaux anciens, ce serait avouer son impuissance et se condamner à la stérilité. Elle ne peut pas se résoudre à ce rôle, seule consolation des époques de décadence ; elle est et deviendra de plus en plus créatrice. Si elle proclame bien haut la nécessité de l'érudition, c'est plutôt pour assurer sa marche que

nant il va rechercher chimiquement l'explication des phénomènes.

Est-il besoin d'insister sur l'intérêt de ces recherches? Nous savons que MM. Trousseau et Dumontpallier les continuent avec ardeur; et, de nouvelles expériences ne les conduiraient-ils pas à démontrer l'existence d'un corps nouveau dans l'urine glycosique, que leur découverte n'en resterait pas moins applicable à l'examen clinique des urines. (Voir ci-après une note sur le même sujet.)

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie pathologique.

Note sur la décoloration des urines par la teinture d'iode, par le docteur Dechambre.

On est fondé à espérer, dès à présent, que la clinique tirera parti du procédé de MM. Trousseau et Dumontpallier pour *éprouver* les urines glycosiques. Le nombre considérable d'expériences qu'ils ont déjà instituées ne peut guère laisser de doute sur la question de fait. Dans quelle mesure pourtant l'avenir consacrera-t-il et l'existence du fait lui-même et son application au diagnostic de la glycosurie? C'est ce que je suis conduit à demander par le résultat de quelques expériences entreprises ces jours derniers.

MM. Trousseau et Dumontpallier ont eu parfaitement raison de ne pas attribuer à la glycose la décoloration de l'iode. C'est ce qui ressort, en effet, des expériences suivantes, faites avec le concours obligeant et sous les yeux de M. Pasteur.

Première expérience. — Dans 10 centimètres cubes d'*eau distillée* on fait dissoudre à peu près 3 décigrammes de glycose du commerce, purifiée par l'alcool, et l'on ajoute d'abord 4 gouttes, puis 6 gouttes de teinture alcoolique d'iode. Aucune décoloration n'ayant lieu, on porte la dose de glycose successivement à 1 gramme environ, en augmentant successivement aussi celle de la teinture d'iode; celle-ci n'est aucunement décolorée. La liqueur reste aussi rougeâtre qu'une même quantité d'eau non additionnée de glycose, dans laquelle on verse graduellement le même nombre de gouttes de teinture.

Deuxième expérience. — 4 centimètres cubes d'une *urine* que vient de rendre, au sortir de déjeuner, un jeune homme parfaitement bien portant, décolorent complétement et presque instantanément, à mesure qu'on les verse avec le compte-goutte de M. Salleron, 8 gouttes de teinture d'iode.

Dans 4 centimètres cubes d'*urine* de la même provenance on verse 1 centimètre cube d'une solution aqueuse titrée, contenant par centimètre cube 2 décigrammes de glycose: 8 gouttes de teinture d'iode sont successivement décolorées.

Au-dessus de ce nombre, l'addition de nouvelles gouttes dans les deux liqueurs produit une teinte sucre d'orge de plus en plus foncée et égale dans les deux verres.

Troisième expérience. — La même expérience, répétée avec l'urine d'un homme de cinquante ans, bien portant, ayant pris, trois heures auparavant, une tasse de café au lait avec 100 grammes de pain, donne exactement les mêmes résultats.

Quatrième expérience. — La teinture d'iode versée goutte à goutte dans 15 centimètres cubes d'urine provenant du premier sujet a été presque entièrement décolorée jusqu'à la vingt-deuxième goutte. Versée dans 15 centimètres cubes d'urine additionnée de 1 centimètre cube de solution de glycose (1 décigramme), elle s'est décolorée jusqu'à la vingtième goutte.

Il résulte de ces quatre premières expériences que la présence de la glycose dans la liqueur n'a pas influé sensiblement sur la décoloration de la teinture d'iode. Ce n'est pas non plus la glycose qui s'oppose à la réaction de l'iode sur l'amidon.

Cinquième expérience. — Dans 15 centimètres cubes d'eau distillée tenant un peu d'amidon en suspension, et additionnée de 1 décigramme de glycose dissoute dans 1 centimètre cube d'eau distillée, une seule goutte de teinture d'iode donne une forte coloration bleue.

En répétant l'expérience, avec ce seul changement que l'eau distillée est remplacée par l'urine du second sujet, la décoloration de la teinture a lieu jusqu'à la vingtième goutte.

Sixième et septième expérience. — Même résultat.

Ces expériences prouvent, comme l'avaient pensé MM. Trousseau et Dumontpallier, que c'est l'urine et non la glycose qui réagit sur la teinture iodée de manière à la décolorer; mais en même temps elle montre que *certaines urines* normales peuvent décolorer jusqu'à une vingtaine de gouttes de teinture d'iode. Nous avions eu soin, on l'a vu, d'agiter le liquide à mesure qu'y tombaient les gouttes de teinture.

Reconnaissons tout de suite que ces premiers faits ne remplissent pas les conditions posées par nos deux confrères, qui

---

pour tracer sa voie. En cherchant des enseignements dans le passé, elle n'a pas abdiqué son esprit d'initiative, elle a compris seulement qu'il fallait le retremper ailleurs.

A mesure que la chirurgie se développe, elle restreint le domaine de l'empirisme, et, en cherchant pourquoi elle agit, elle se demande implicitement quels sont les cas où elle doit agir. Les méthodes thérapeutiques ne pouvant être jamais que le reflet des théories pathologiques, il faut établir fortement celles-ci pour légitimer celles-là. Il me serait facile de démontrer que l'observation pure a inspiré de nos jours peu de méthodes rationnelles. Elle a fait abandonner ce qui était faux, mais rarement elle a fait découvrir ce qui était vrai. Les variations de la thérapeutique sont toujours directement ou indirectement inspirées par les idées physiologiques dominantes. Que conclure de là? Faut-il se soustraire à cette sujétion? Faut-il chercher ailleurs une base plus large et plus solide? Non, cette influence est fatale. On la subit volontairement ou à son insu, et l'empirique le plus grossier la reconnaît lui-même, dès qu'il veut expliquer sa conduite. Ce que nous devons désirer et chercher, c'est une physiologie meilleure. Là est la véritable base de la chirurgie rationnelle; et le moyen d'y arriver, c'est l'expérimentation.

Je viens ici de prononcer un mot qu'il serait nécessaire d'expliquer, si je m'adressais à un autre auditoire qu'à celui qui me fait l'honneur de m'entendre. Mais ce n'est pas devant vous, messieurs, que j'ai besoin de combattre des préjugés que la publicité de nos actions a fait évanouir même dans l'esprit des gens ignorants et crédules. Ce que je dirai, tout à l'heure, des tendances conservatrices de la chirurgie, montrera d'ailleurs à quel degré elle pousse le respect de la vie humaine et comment elle comprend ses devoirs et ses droits dans le maniement des armes redoutables qui lui sont confiées. Quand je proclame la nécessité de l'expérimentation, je parle de l'expérimentation faite en dehors du malade, et sans qu'il y mette aucun enjeu. A défaut d'un sujet semblable à celui dont nous voulons pénétrer les secrets, nous devons rechercher les sujets analo-

prescrivent d'opérer sur des urines du matin, acides et ne donnant pas de réaction par la liqueur cupropotassique. En voici d'autres que j'ai faites, de concert avec l'un des pharmaciens les plus distingués de Paris, M. Delpech, sur les urines de trois personnes, rendues le matin à jeun, limpides, médiocrement colorées, rougissant fortement le papier de tournesol, et ne réduisant aucunement l'oxyde de cuivre.

Huitième expérience. — Dans 10 grammes d'urine, on verse de la teinture d'iode, goutte à goutte, avec le compte-goutte Salleron, en agitant chaque fois. La décoloration a lieu avec une grande promptitude jusqu'à la onzième goutte. Au-dessus de cette dose, jusqu'à la quatorzième goutte, la décoloration se fait plus lentement, pas d'une manière absolument complète, et moyennant une agitation plus forte du liquide. Avec dix-huit, vingt, vingt-deux gouttes, la liqueur prend une légère teinte sucre d'orge, que l'agitation diminue encore, mais sans la faire disparaître. Un quart d'heure après, la coloration *a visiblement diminué ;* on ajoute dix nouvelles gouttes; la coloration augmente fortement. On a constamment comparé, pour bien juger des teintes, l'urine en expérience avec l'urine naturelle, toutes deux contenues dans des éprouvettes de même forme, de même grandeur, et offrant la même transparence.

Neuvième expérience. — 10 grammes d'urine : à la quatrième ou cinquième goutte de teinture, *légère* coloration qui disparaît au bout de quelques minutes, par l'agitation ; à douze gouttes, la coloration ne disparaît plus par l'agitation ; mais s'affaiblit sensiblement dans l'espace de douze à quinze minutes. Au bout d'une heure, cette teinte n'a pas changé; mais elle ne diffère que par une nuance de la teinte de l'urine naturelle, et il faut quelque attention pour les distinguer.

Dixième expérience. — En versant alternativement de la teinture d'iode dans 15 grammes d'urine et dans 15 grammes d'eau distillée, on constate qu'il faut douze gouttes de teinture pour donner à l'urine la même coloration qu'on donne à l'eau avec trois gouttes seulement. Chaque goutte qu'on verse ensuite dans les deux éprouvettes, accroît à un degré égal la coloration des deux liqueurs ; après la dixième goutte, on suspend l'opération. Vingt-cinq minutes après, l'eau distillée a gardé sa teinte sucre d'orge ; l'urine s'est fortement décolorée, à tel point qu'elle diffère peu de l'urine naturelle.

J'ai dit que les premières gouttes de teinture d'iode, en nombre variable, étaient décolorées par l'urine normale. Le fait est exact; en ce sens que souvent trois, quatre, cinq, six gouttes et plus, ne communiquent pas à l'urine une teinte qui rappelle celle de la teinture, comme cela a lieu, par exemple, pour l'eau distillée. Mais je dois noter ici une circonstance importante, c'est que presque toujours, si l'on examine par transparence, ou bien en appuyant leur extrémité sur une feuille de papier blanc et les inclinant sous un angle de 45 degrés environ, les deux éprouvettes qui contiennent l'urine naturelle et l'urine en expérience, on peut s'assurer que la dernière prend une teinte brunâtre excessivement légère dès la première ou la seconde goutte, mais que cette teinte n'augmente plus jusqu'à huit, dix, douze gouttes. L'expérience suivante met le fait en évidence.

Onzième expérience. — On dispose trois éprouvettes semblables, dont deux contiennent 10 grammes d'urine, et la troisième 10 grammes d'eau distillée. On verse la teinture goutte à goutte dans une des éprouvettes à urine et dans l'éprouvette à eau. Dans celle-ci, la liqueur se colore régulièrement en proportion du nombre de gouttes versées, jusqu'à ce que l'iode se précipite (si la teinture n'est pas iodurée); dans celle-là, la liqueur devient comme un peu rougeâtre dès la première goutte; la teinte augmente à la deuxième goutte, mais elle ne varie plus jusqu'à la dixième. L'autre éprouvette à urine sert de terme de comparaison.

A douze gouttes, l'urine en expérience est assez teintée ; on ajoute encore trois gouttes qui augmentent la coloration autant que dans de l'eau distillée. Au bout de dix minutes, la coloration a très sensiblement diminué (on s'assure qu'il n'y a pas eu précipitation d'iode); trois nouvelles gouttes sont versées, la couleur sucre d'orge reparaît; mais, au bout d'un quart d'heure, elle s'est tellement affaiblie, qu'on éprouverait quelque difficulté à discerner cette urine de l'urine naturelle.

Ces expériences sur des urines essayées à la liqueur de Bareswil ont confirmé encore celles que j'ai rapportées plus haut, concernant la non-influence de la glycose sur la décoloration de la teinture d'iode, et sur le défaut de coloration de l'amidon.

Douzième et treizième expérience. — 15 grammes d'eau distillée, tenant en dissolution 20 centigrammes de sucre *interverti*, se colorent dès la première goutte, comme ferait de l'eau distillée simple. Au contraire, 10 grammes d'urine contenant la

---

gues. La nature morte ne peut pas nous servir, mais la nature vivante nous fournit des termes de comparaison acceptables. Si la répétition volontaire, facultative des actes fonctionnels chez les animaux vivants, nous a éclairés sur leur mécanisme, nous devons chercher les lois de la pathogénie dans la répétition des actes morbides eux-mêmes. Pour connaître le mécanisme des lésions et des maladies, nous devons chercher à les reproduire, et, dès que nous en avons la possibilité, nous possédons par cela même un des secrets de leur origine. Faire et refaire des maladies et surtout des lésions pour les étudier à loisir, tel est le but de la pathologie expérimentale, qui n'est scientifiquement qu'une des subdivisions de la physiologie. La pathologie comparée a plus d'une fois apporté à la chirurgie humaine un utile concours. Elle lui a fourni les plus précieuses analogies sur beaucoup de questions obscures ; mais en devenant expérimentale, elle lui en fournira de plus précieuses encore. Cette nécessité d'éclairer la pathologie humaine par l'expérimentation, affirmée par Bichat, est de plus en plus reconnue. Notre illustre compatriote, M. Claude Bernard (1), y insiste chaque jour dans ses leçons du collége de France, et la création récente d'une chaire de pathologie comparée à la Faculté de médecine de Paris est une conséquence du même besoin (2).

Je n'ignore pas les objections qu'on peut adresser au mode d'expérimentation que je préconise. Je sais que sur un certain nombre de questions il est condamné à rester muet ou à ne répondre que par des erreurs; je ne me dissimule aucun des dangers qu'y rencontreront les esprits peu rigoureux ou trop prompts à conclure ; mais ce dont je suis de plus en plus convaincu, c'est que là est la voie la plus féconde pour l'avenir

(1) M. Cl. Bernard a choisi déjà la pathologie expérimentale pour sujet de plusieurs de ses cours. C'est là aussi une des tendances du *Journal de physiologie* dirigé par M. Brown-Séquard.

(2) En fondant, il y a plus de vingt ans, les *Archives de médecine comparée*, M. Rayer avait démontré l'importance de cette science, qu'il n'a cessé de cultiver et d'encourager depuis lors.

même quantité du même sucre dissous dans 5 grammes d'eau distillée ne prennent qu'à la cinquième goutte une légère teinte sucre d'orge, qui n'augmente pas sensiblement jusqu'à la douzième goutte.

Quatorzième et quinzième expérience. — 10 grammes d'eau distillée amidonnée prennent une teinte violette à la première goutte de teinture; 10 grammes d'urine également amidonnée et contenant 20 centigrammes de sucre interverti, ne commencent à prendre cette teinte qu'à la sixième goutte : un beau violet ne se prononce qu'à la douzième ou treizième goutte.

Quant aux réactions de l'urine avec l'*urée* et avec l'urate d'ammoniaque, elles ont été les mêmes, dans *deux expériences*, avec l'urine normale et avec l'urine additionnée de glycose artificielle.

Ces résultats confirment donc, en fait, d'une manière générale, ceux qui ont été trouvés par MM. Dumontpallier et Trousseau. Ils prouvent que la décoloration de l'iode n'est pas due à la présence de la glycose, mais qu'elle est opérée par l'urine elle-même sans qu'on puisse spécifier jusqu'à présent l'agent ou les agents de la réaction; et j'appelle l'attention des observateurs sur cet état comme *stationnaire* de la réaction que j'ai constaté depuis la première ou la deuxième goutte jusqu'à la huitième, dixième, douzième, etc. Seulement, on a vu : 1° que la coloration de l'urine normale par la teinture d'iode était peu stable et qu'il importait de l'apprécier dès que le mélange était opéré; 2° que presque toujours, entre nos mains et avec les précautions que nous avons prises, cette coloration n'est devenue un peu prononcée qu'après l'addition d'un nombre de gouttes supérieur à celui qu'indiquent nos confrères; 3° que, dans ce cas même, elle se réduisait d'ordinaire à une teinte assez peu différente de celle de l'urine naturelle.

Je me hâte de le dire, pour pouvoir juger sainement de la valeur clinique du nouveau procédé au point de vue du diagnostic de la glycosurie, il faudrait avoir fait des expériences comparatives sur des urines de diabétiques, et c'est ce que je n'ai pu trouver l'occasion d'exécuter. Aussi la présente note n'a-t-elle pas pour but de poser des objections, mais uniquement de montrer que l'urine *normale* est elle-même un bon décolorant de la teinture d'iode, et, par là, de mieux éclairer les expérimentateurs dans l'étude des décolorations de l'urine *pathologique*.

Épidémiologie.

Relation de la fièvre jaune survenue a Saint-Nazaire en 1861, par M. Mélier, membre de l'Académie impériale de médecine.

La Gazette hebdomadaire *a déjà donné une relation abrégée de la fièvre jaune de Saint-Nazaire (t. IX, p. 15). Son récit se trouve concorder parfaitement avec celui de M. Mélier. Nous reproduisons néanmoins les parties essentielles du travail de notre honoré et savant confrère, qui contient un exposé beaucoup plus détaillé des faits, au double point de vue de l'épidémie elle-même, de ses causes, des moyens prophylactiques employés, et dont la fin, non encore communiquée à l'Académie, exposera certainement avec autorité les enseignements pratiques et scientifiques qui ressortent de l'étude des faits.*

Cette relation est divisée en trois parties, dont la première seulement n'a pas moins de 42 pages in-4°. Nous les résumerons aussi fidèlement que possible, en indiquant par des guillemets les passages reproduits textuellement. A. D.

PREMIÈRE PARTIE.

exposé des faits.

« C'était au mois de juillet 1861. Un navire de commerce, construit en bois et peu ancien, l'*Anne-Marie*, du port de Nantes, jaugeant environ 350 tonneaux et ayant seize hommes d'équipage, était parti sur lest au mois de mars pour se rendre à la Havane, afin d'y charger du sucre, marchandise dont ce port est, comme on sait, un des plus grands entrepôts qui existent, et où s'approvisionnent la plupart de nos navires.

» Arrivée le 12 mai à la Havane (où existait une épidémie de fièvre jaune), l'*Anne-Marie* en était repartie le 13 juin, c'est-à-dire juste au bout d'un mois. Employé aux occupations ordinaires en pareil cas, spécialement aux soins du chargement, ce séjour d'un mois à la Havane n'avait présenté rien de particulier; aucun des matelots, marins éprouvés pour la plupart, n'avait été malade, à proprement parler; plusieurs seulement avaient ressenti, comme il arrive souvent, de l'abattement, du défaut d'appétit et une certaine tendance au vomissement. Pour ne rien omettre, je dois noter une particularité qui m'a été contée par le commandant, homme d'intelligence, comme le sont en général nos capitaines au long cours, et très expérimenté quoique encore jeune. Persuadé, ainsi que beaucoup de marins, que les purgatifs sont un préservatif contre la fièvre jaune, ce commandant, appelé M. Voisin, avait purgé à titre de précaution tous ses hommes, et c'est à la drogue Leroy, si fameuse à une certaine époque et encore aujourd'hui très en honneur dans les colonies, qu'il avait donné la préférence. Un médecin français, le docteur Bélot, établi à la Havane depuis longtemps, où il tient une maison de santé

---

de la chirurgie. Et ici, messieurs, malgré toute la défiance qu'on doit avoir vis-à-vis de ces tendances propres, je ne crois pas être le jouet d'une illusion, encore moins la dupe d'une préoccupation familière, en faisant à l'expérimentation une si belle part.

L'anatomie descriptive et topographique a permis aux hommes qui nous ont précédés de faire les brillantes conquêtes de la médecine opératoire. Elle a été une des gloires de cette génération d'après 1830 qui a porté si haut le renom de notre chirurgie nationale. Mais grâce à ses travaux, nous pouvons aujourd'hui diriger nos travaux contre d'autres obstacles; nous pouvons, en gardant précieusement ses conquêtes, laisser pour un instant l'instrument qui lui a servi et en prendre d'autres qu'elle a moins maniés (1). Il nous faut, avant tout, des doctrines plus en harmonie avec les besoins des temps. Le rapide progrès des sciences biologiques doit nous rendre plus difficiles aujourd'hui. Tout marche autour de nous; nous ne devons pas rester en arrière. Voyez les sciences qui ont la recherche des lois de la nature morte pour objet; voyez quelques-unes de celles qui s'adressent à la nature vivante, et vous constaterez partout une marche rapide, ou du moins assurée. A quoi doivent-elles cet élan dès à présent irrésistible? Uniquement à ce qu'elles expérimentent, à ce qu'elles peuvent maîtriser l'observation et reproduire les faits dont elles ont besoin.

C'est donc à la physiologie, et je prends ce mot dans sa plus large acception, qu'il faut s'adresser pour imprimer à la partie scientifique de la chirurgie une impulsion en harmonie avec nos nouveaux besoins. Pour cela, profitons de tous les moyens d'investigation que les progrès des sciences physiques et chi-

(1) On ne se méprendra pas sur la valeur de cette expression. Nous ne voulons pas dire qu'il faille négliger l'anatomie; c'est la base la plus essentielle, la plus indispensable des études chirurgicales. Mais nous croyons qu'en se bornant à cette étude, en se contentant des déductions qu'on peut en tirer, on négligerait les sources de progrès les plus fécondes aujourd'hui.

bien connue des marins, lui avait d'ailleurs recommandé cette précaution. Deux hommes seulement, jeunes et particulièrement bien portants, en avaient été dispensés.

» En quittant la Havane pour venir en France, les navires prennent en général par le détroit des Florides, détroit auquel sa longueur a mérité le nom de *canal* qu'on lui donne souvent. L'*Anne-Marie* y fut retenue douze jours par des calmes, très ordinaires dans ces parages, et qui en sont un des dangers. Le soleil était ardent, la chaleur suffocante et souvent accompagnée d'orages et d'abondantes pluies, circonstances que les marins ne manquent jamais de noter, que M. Voisin m'a signalées, et qui en effet ne sauraient être indifférentes.

» Malgré ces circonstances, malgré la chaleur excessive et ces calmes dont les navigateurs, à ce qu'il paraît, redoutent l'action énervante bien plus qu'ils ne redoutent les gros temps, on fut dix-sept jours sans un seul malade.

» Au bout de ce temps, le 1er juillet, un premier malade se déclare. C'était un matelot de dix-neuf ans, nommé Danet, fort, bien constitué et d'un tempérament sanguin. J'ai son observation, comme en général celles de tous les morts et les malades dont je parlerai. Je la dois, avec tous les détails dans lesquels je viens d'entrer, au commandant du bâtiment. On sait qu'à bord des navires du commerce le commandant est en même temps le médecin de l'équipage, toutes les fois que le nombre des hommes embarqués n'excède pas vingt, ce qui est le cas de l'immense majorité des navires, et que pour les soigner on se sert de ce qu'on appelle *le médecin de papier*, c'est-à-dire d'une instruction émanée de la marine et qui se délivre dans les ports. Ce matelot est pris brusquement, et sans aucun accident précurseur, d'un tremblement violent, avec la face pâle, l'œil injecté de sang et les lèvres empourprées. Le temps de le déshabiller, est-il dit dans une note que je copie, et de le transporter à son lit, il avait perdu la raison, et le délire ne l'a pas quitté jusqu'à la mort qui a eu lieu le 5, à deux heures de la nuit, c'est-à-dire en moins de cinq jours, soit exactement en 110 heures.

» Le même jour, 1er juillet, à dix heures du matin, un autre matelot, le nommé Douillard, est pris de symptômes semblables et meurt le 5 comme le précédent, seulement un peu plus vite, en 103 heures.

» Hasard ou autre chose, ces deux hommes si rapidement enlevés sont précisément les deux qui n'avaient pas été purgés.

» Le lendemain, 2 juillet, un troisième matelot, nommé Pineau, quarante-cinq ans, tombe malade. Douleurs générales intolérables, siégeant surtout à la tête et sur le trajet de la colonne vertébrale; fièvre suivie presque aussitôt de délire, qui se prolonge sans intervalle pendant trois jours, et se termine brusquement par une sueur abondante. On note que ce malade avait été antérieurement sur la côte d'Afrique, et qu'il y avait eu deux fois la fièvre pernicieuse. Traité par le sulfate de quinine et des purgatifs, il est rétabli au bout de dix jours.

» Le 4, autre malade. Malaise, frissons, œil hagard, fièvre croissante, délire, crâne en feu, *peau jaune*.

» Puis successivement un cinquième, un sixième, un septième, un huitième matelot éprouvent à des degrés divers des symptômes analogues. Traités aussi par le sulfate de quinine et les purgatifs, ils se rétablissent assez promptement.

» Enfin le commandant lui-même est pris à son tour. Vertiges, froid continuel aux extrémités, tête brûlante, sueurs, fièvre bien marquée. Il attribue son état à la fatigue et à l'inquiétude; il n'y voit d'ailleurs qu'*une colique sèche*, et en conséquence il s'administre, coup sur coup, plusieurs vomitifs et purgatifs.

» Comme on le voit, l'*Anne-Marie* avait eu en mer une véritable épidémie, ayant donné en tout neuf malades, dont deux morts, sur un effectif de seize personnes.

» C'est dans ces conditions et après ces épreuves que le navire est arrivé au port de Saint-Nazaire, réduit à quatorze hommes par les deux décès survenus en mer, et ayant à bord sept convalescents plus ou moins avancés, convalescents au nombre desquels était le commandant lui-même, dont l'état était le moins satisfaisant de tous.

» C'était le 25 juillet. En rapprochant ces dates, on voit que vingt jours s'étaient écoulés depuis le dernier décès, et treize depuis le dernier malade.

» L'Académie n'ignore point que par des considérations, assurément bien légitimes et selon la science, auxquelles l'Académie elle-même a applaudi dans le temps, qu'elle a peut-être même inspirées, touchant l'influence des latitudes et des climats, nos règlements en matière sanitaire établissent une différence marquée entre les ports situés sur la Méditerranée et ceux qui sont sur l'Océan. Plus sévères pour les premiers, parce qu'on les croit plus accessibles aux maladies, ils le sont moins pour les seconds, que l'on regarde comme n'étant pas aussi aptes à les recevoir. Ainsi, à Marseille, Toulon, Cette, etc., tout navire venant d'un pays où règne actuellement la fièvre jaune est toujours soumis, à l'arrivée, à une observation de sept à dix jours. Dans l'Océan, au contraire, comme au Havre, à Cherbourg, Brest, etc., il est admis à libre pratique, si, dans les dix derniers jours de la navigation, il n'a eu ni morts ni malades.

» D'après cette disposition restée jusqu'alors en vigueur, et que je me borne à rappeler pour le moment, l'*Anne-Marie* se trouvait *rigoureusement et à la lettre* dans les conditions de temps voulues pour être admise.

» On ne verra que trop, tout à l'heure, que *la considération du temps* ne suffit pas toujours, et qu'il n'aurait pas fallu s'en tenir à ce seul élément de la question.

» Le navire est admis.

» J'ai dit en commençant qu'il n'y avait encore à Saint-

---

miques ont mis en notre pouvoir; et ici, je m'empresse de signaler une des plus heureuses tendances de la chirurgie contemporaine.

Poussée par ce besoin de précision et de clarté que la philosophie positive a fait éclore partout, elle a accueilli avec empressement tous les moyens d'exploration physique qui permettent à l'observateur d'analyser des lésions sur le vivant comme les anatomistes le font sur une table d'amphithéâtre. Cet empressement est allé même quelquefois jusqu'à l'exagération : je ne le blâmerais pas s'il n'avait éteint chez quelques hommes tout esprit de synthèse. Le fond de l'œil, le larynx, l'urèthre lui-même, ne sont plus aujourd'hui des régions obscures ou cachées; et la possibilité de reconnaître et de démontrer leurs lésions a fait évanouir une fantasmagorie d'affections que l'imagination avait complaisamment créées. D'autre part, ces lésions elles-mêmes, mieux étudiées, mieux vues, et par cela même mieux comprises, ont à leur tour éclairé la pathogénie des affections dont elles étaient le produit. Le microscope, en nous permettant d'observer les éléments des tissus malades, nous a dévoilé toute une anatomie pathologique nouvelle. Bien que certaines de ces conquêtes soient encore indécises, et partant contestables, nous commençons déjà à voir surgir des théories pathogéniques en harmonie avec les récentes acquisitions de l'anatomie. Et si nous n'avons eu jusqu'ici que la pathologie des organes, nous avons à présent la pathologie des éléments, c'est-à-dire la *pathologie cellulaire*.

— M. le docteur Mallez commencera son cours (semestre d'été) sur la pathologie des reins, de la vessie et de l'urèthre, le mardi 21 avril, à quatre heures, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Nazaire qu'un seul bassin. Il n'y avait, conséquemment, pas à choisir comme on aurait pu le faire dans plusieurs de nos ports, au Havre, par exemple, et du moment où l'on recevait ce navire, on ne pouvait le mettre ailleurs.

» Pour la plus grande facilité du déchargement et aussi à cause de la présence, à ce moment, d'un grand nombre de navires à Saint-Nazaire, l'*Anne-Marie* fut amarrée dans un des coins du bassin, à la portée du chemin de fer et au long du quai le moins fréquenté. On ne peut s'empêcher de frémir en songeant à ce qui aurait pu arriver si ce navire eût été mis sur tel ou tel autre point et surtout du côté de la place.

» Un plan des lieux que je mets à la disposition de l'Académie montre l'emplacement exact du navire.

» Tout près de l'endroit qu'il occupait se trouvaient, depuis quelques jours, deux navires de la marine impériale, l'un, appelé le *Chastang*, petit remorqueur appartenant aux usines d'Indret, qui avait amené à Saint-Nazaire deux gabarres sur lesquelles étaient des chaudières destinées à la marine impériale; l'autre, le *Cormoran*, navire de l'État, était venu de Lorient pour recevoir et emporter ces chaudières. Le plan indique également la position de ces navires que le hasard rapproche de l'*Anne-Marie*, et leurs distances respectives.

» Chacun d'eux se livre à son travail qui consiste, pour l'*Anne-Marie*, à décharger ses marchandises; pour le *Chastang*, à déposer les chaudières qu'il avait amenées, et pour le *Cormoran* à recevoir ces chaudières. Le chargement de l'*Anne-Marie* était entièrement composé de sucre. Rien de plus propre que ce chargement; le sucre de la Havane étant entièrement sec et enfermé dans des caisses de bois, bien conditionnées, à la différence du sucre de Bourbon, toujours plus ou moins chargé d'humidité et très mal contenu dans une espèce de sparterie grossière.

» Un fait considérable est à noter avant d'aller plus loin. L'usage est consacré dans beaucoup de ports, dans ceux de l'Ouest en particulier, et très expressément à Nantes et à Saint-Nazaire, comme dans ceux, en général, où l'on se livre à la navigation au long cours, que les matelots attachés à un navire du commerce ne s'engagent, sauf de rares exceptions, que pour la durée d'un voyage. Ils montent sur le navire au moment du départ, et ils le quittent à l'arrivée; leur tâche enfin est accomplie dès qu'on est revenu au port. Conformément à cet usage auquel les matelots tiennent en général beaucoup, l'équipage de l'*Anne-Marie* avait quitté le bord, et tous les hommes dont il était composé, s'étaient dispersés dans différentes directions. Le navire avait été livré à des hommes de peine, dont le métier est de faire les déchargements sous la conduite et pour le compte d'un entrepreneur. Ceci, je le répète, est très essentiel à noter, parce que les déchargeurs dont il s'agit et chez lesquels nous allons voir se produire les plus formidables accidents, étaient des *hommes neufs*, si l'on peut ainsi dire, pris dans la population de la ville, ou venus des environs, et qu'ils n'avaient été soumis à aucune influence suspecte.

» Ils étaient au nombre de dix-sept, tous forts comme le sont en général les déchargeurs, ceux des ports notamment, et ils étaient tous bien portants.

» Le commandant lui-même, non entièrement remis des accidents de la traversée, ou, pour mieux dire, encore très malade, avait également quitté le navire pour aller dans sa famille, de l'autre côté de la Loire, à Paimbœuf, et il avait laissé à son second le soin de veiller au déchargement.

» Commencé le 27 juillet, surlendemain de l'entrée dans le bassin, ce déchargement dure jusqu'au 3 août, c'est-à-dire huit jours.

» Les accidents auxquels il a donné lieu et qui vont maintenant se dérouler, se divisent naturellement en plusieurs groupes.

A. — Faits observés a Indret.

» Au début, personne n'est malade, ni à bord du navire principal, l'*Anne-Marie*, ni à bord de ceux qui l'entourent. Chaque équipage, exempt de toute préoccupation, se livre avec confiance à son travail, sans se douter en aucune façon de ce qui allait arriver.

» Le *Chastang* ayant fini le premier, se trouve en état de repartir dès le lundi 29. Il retourne à Indret, situé, comme on sait, au-dessous de Nantes, sur la Loire, à une distance de 24 milles marins de Saint-Nazaire, soit environ 44 kilomètres; il y arrive le jour même. Ce navire avait cinq hommes d'équipage.

» Tous en parfaite santé à leur retour à Indret, ils reprennent leur travail ordinaire et le continuent sans rien éprouver de particulier jusqu'au jeudi, c'est-à-dire trois jours durant.

Ce jour-là, jeudi, 1er août, trois jours pleins après le départ de Saint-Nazaire, un premier malade se déclare parmi ces hommes. C'est un nommé Saillant, ingénieur-ajusteur, âgé de quarante-six ans. Il meurt le 4 à une heure de l'après-midi. Le médecin de la marine, M. Gestin, apprend en même temps « que trois autres hommes du *Chastang*, Hervé, Fonteneau et Doceux sont gravement malades, et il reçoit l'ordre d'aller les visiter dans leurs villages. Sur les cinq hommes de l'équipage, il n'en restait plus qu'un, le nommé Fouché, qui fût encore bien portant; mais le lundi, 5, jour des décès des trois précédents, il est pris de fièvre jaune et meurt le 10. Les observations de ces malades, recueillies par M. Gestin, sont déposées sur le bureau de l'Académie.

« Chez quatre d'entre eux les accidents ont eu une marche tellement rapide, qu'il n'y a pas d'exagération à qualifier la maladie de foudroyante. La mort a eu lieu, en effet, chez tous quatre au quatrième jour, c'est-à-dire en cent et quelques heures. Chez un seul, le cinquième, âgé de cinquante et un ans, les accidents qui s'étaient déclarés plus tard, ont suivi une marche lente. Ils se sont prolongés six jours pleins, soit cent quarante heures environ.

» La jaunisse, manifeste dans les cinq cas, a été faible dans un et très prononcée dans quatre. Comme confirmation d'une remarque faite souvent et par beaucoup d'auteurs, cette jaunisse s'est surtout caractérisée après la mort. Les observations détaillées de ces cinq cas ont été recueillies, jour par jour, par le médecin de la marine, avec le concours du médecin de la localité. L'Académie en jugera elle-même, je ne sais rien de plus saisissant et qui présente un plus douloureux intérêt.

» Au signal de ces faits portés à sa connaissance par dépêche télégraphique, Son Exc. M. le ministre de la marine et des colonies se hâte d'envoyer à Indret l'inspecteur du service de santé de la marine, l'honorable et savant M. Reynaud.

» A son arrivée, les quatre premiers malades avaient déjà succombé. Le cinquième, encore vivant, était dans ce moment d'amélioration apparente qui a donné un instant l'espérance qu'il pourrait être sauvé; mais l'expérience de M. Reynaud n'y fut point trompée; et en même temps qu'il confirmait par sa haute autorité le caractère de la maladie, il portait un pronostic fâcheux sur le pauvre malade, qui succomba en effet peu de temps après.

» Aucune autopsie n'a été faite à Indret.

B. — Faits de Saint-Nazaire.

» Pendant que ces faits s'accomplissaient à Indret, des faits semblables et plus remarquables encore si c'est possible, avaient lieu simultanément, à quelques heures près, dans le port de Saint-Nazaire.

» Comme nous l'avons dit en commençant, le soin de veiller au déchargement du navire avait été laissé par le commandant à son second. Ce second, homme fort et bien constitué, âgé seulement de vingt-huit ans, avait fait la traversée sans accidents, et jouissait, au retour, de la meilleure santé.

» Le 29, le 30 et le 31 juillet, bien que continuellement sur le navire, il n'éprouve rien. Le 1er août, pas davantage. Le 2, dans la soirée, en rentrant à l'hôtel où il s'était logé, il est

pris d'un malaise général, avec céphalalgie intense et une vive douleur dans les reins. » Il meurt au bout de soixante et quelques heures. L'observation, recueillie par M. Durand, ne laisse aucun doute sur le caractère de la maladie.

« Ce premier cas est le commencement de toute une série de faits semblables qui se déroulent rapidement. D'après l'ordre des dates, le second cas serait celui d'un tonnelier de Saint-Nazaire qui est tombé malade le 3. Ce fait, bien qu'incomplet dans les détails qui m'ont été fournis, est très intéressant. J'ai dit que le sucre apporté par l'*Anne-Marie* était contenu dans des caisses de bois; comme il arrive d'ordinaire, plusieurs de ces caisses étaient disjointes ou déclouées. Le tonnelier en question avait été employé, dans la cale du navire, à les passer en revue successivement et à les réparer, dès le commencement du déchargement. Le 3, en revenant de son travail, il est pris de fièvre, de douleurs de tête et de coliques. Le lendemain, il avait la figure décomposée et *les yeux jaunes*. Le 7, il mourait à Paimbœuf, au cinquième jour de la maladie.

» Le troisième cas, toujours d'après l'ordre des dates, serait un tailleur de pierre nommé Bruban, mort dans des circonstances toutes particulières et qui méritent d'être soigneusement remarquées. Comme on l'a vu, les malades d'Indret s'étaient trouvés placés très près du navire; ils y avaient même pénétré; le commandant en second y avait passé ses journées et le tonnelier s'était tenu dans la cale. Le malade dont il s'agit maintenant, ce tailleur de pierre, ne s'était pas même approché du navire. Employé aux travaux du port, il paraît certain qu'il n'a pas quitté le point du quai assez éloigné où il avait son chantier, point marqué sur le plan et qui est de l'autre côté du bassin. » Il est pris le 4 et meurt le 10, après avoir présenté *une teinte citron sur toute la surface du corps* au sixième jour de la maladie.

« Le 5, cinq nouveaux malades se déclarent à la fois, tous parmi les manœuvres employés au déchargement, les uns demeurant à Saint-Nazaire même, les autres dans les campagnes voisines; ce sont les nommés René Milon, Briand (Alexis), Briand (Étienne), Pelletier et Bellamy. » Le 6, deux manœuvres sont encore atteints; le 7, trois nouveaux malades, le 8, deux, etc.

C. — Faits du *Cormoran*.

« C'est le navire de la marine impériale qui était venu de Lorient à Saint-Nazaire pour y prendre les chaudières apportées d'Indret par le *Chastang*. Arrivé à Saint-Nazaire, le 31 juillet, le *Cormoran* a occupé successivement dans le bassin deux places différentes. Le plan indique ces places (6 et 3). Dans la première, il s'est trouvé pendant quatre jours entiers exposé aux émanations de l'*Anne-Marie*, alors en plein déchargement, soit du 31 juillet au 3 août.

» Les chaudières chargées, le *Cormoran* quitte Saint-Nazaire et retourne à Lorient; il y arrive le 10. De même que le *Chastang* était revenu à Indret sans malades, le *Cormoran* arrive à Lorient ayant tous ses hommes, au nombre de six, en parfaite santé.

» Le 14, deux malades se déclarent, Flambart, boulanger du navire, et Guichard, matelot, deux hommes de vingt-trois ans, également bien portants l'un et l'autre. Ils étaient morts le 26. » Ce sont des exemples types de fièvre jaune. Les observations ont été rédigées par M. Cerfmayer, qui avait observé l'épidémie de la Havane.

D. — Faits du bateau *le Lorient*, n° 6.

« Il existait alors entre Saint-Nazaire et Lorient un service régulier de bateaux à vapeur, service que le chemin de fer a fait supprimer. Le bateau dont c'était le tour de partir avait pour emplacement assigné à ses préparatifs, un point du bassin très rapproché de celui qu'occupait l'*Anne-Marie*. C'était le bateau n° 6; il y est resté du 28 au 30 juillet, c'est-à-dire les premiers jours du déchargement; on peut voir par le plan que ces deux navires étaient bout à bout et devaient presque se toucher. »

Parti de Saint-Nazaire le 4 au matin, le bateau n° 6 est arrivé le soir même à Lorient. Durant la traversée, un des chauffeurs ressent les premiers symptômes du mal; il meurt le 10; un mousse est pris en même temps; mais, conduit dans sa famille, il a fini par se rétablir.

E. — Faits des *Dardanelles*.

« Par une fatalité que l'on ne saurait trop déplorer, un autre navire encore, le trois-mâts *les Dardanelles*, s'est trouvé placé près de l'*Anne-Marie*. Il avait eu le bonheur de revenir sain et sauf de la côte d'Afrique et du golfe de Guinée, parages si souvent meurtriers. Pour me servir de l'expression consacrée, les deux navires avaient été *couplés*, c'est-à-dire mis bord à bord, et de telle sorte que, pour arriver au quai, l'équipage des *Dardanelles* était obligé de passer par-dessus le pont de l'*Anne-Marie*. Les *Dardanelles* sont restées dans ce contact compromettant avec l'*Anne-Marie* durant les deux derniers jours du déchargement, les 2 et 3 août. »

Le 8, un mousse du bord, appelé Macé, tombe malade, passe par tous les accidents de la fièvre jaune et se rétablit.

F. — Faits des *gabares d'Indret*.

« Pour compléter cette énumération, que je tiens à faire entière, dût un pareil récit paraître monotone, j'ai à parler de tout une autre série d'accidents observés à Indret, et que j'ai cru devoir indiquer à part. Jusque-là, les cas dont il a été question ont eu un caractère prononcé; la maladie, grave dans le plus grand nombre, n'a pas dû sembler douteuse; elle a enfin été complète, tellement complète que la mort s'en est suivie dans le plus grand nombre des cas. Il n'en est pas ainsi des faits dont je veux parler maintenant. Si le fond est le même, comme je le crois, l'expression symptomatique en est tellement atténuée qu'ils semblent n'être que des ébauches ou un diminutif des autres.....

» Le *Chastang*, ai-je dit, était un remorqueur; deux gabares étaient à sa suite, le *Jean-Bart* et le *Père Engrand*, portant différentes pièces de machines. Comme le *Chastang*, ces gabares ont été placées au voisinage de l'*Anne-Marie*, toutefois un peu moins près, et elles n'y sont restées que peu de temps, moins de deux jours, et il est à noter que c'était tout au commencement du déchargement. La première avait deux hommes, Albrand et Thibault; la seconde deux également, Talin et Gabin, et une femme, la nommée Gautier, en tout cinq personnes. De ces cinq personnes, une seule est allée à bord de l'*Anne-Marie*, les autres en ont simplement approché plus ou moins. Deux ont porté les cadavres de leurs camarades morts à Indret; la femme en a soigné et enseveli deux. Un des hommes a passé deux nuits près de son neveu, atteint de la fièvre jaune et qui en est mort.

» Aucune de ces cinq personnes n'a eu la fièvre jaune à proprement parler, mais toutes ont été indisposées, et leur indisposition, au dire des médecins, a eu, chez toutes, un cachet particulier, le cachet de la fièvre jaune. »

G. — Faits de l'*Aréquipa*.

« Une dernière scène, ignorée alors, et qu'on n'a pu connaître qu'assez longtemps après, me reste à retracer; c'est celle de l'*Aréquipa*..... L'*Aréquipa* était à Saint-Nazaire depuis le 23 juin, venant de Sierra-Leone avec un chargement de campêche. Il avait fini ses opérations à Saint-Nazaire, et il faisait ses dispositions de départ pour un voyage à Cayenne, lorsque, pour son malheur, il s'est trouvé placé près de l'*Anne-Marie*, à l'endroit marqué sur le plan, où a été plus tard le navire *les Dardanelles* et dans la même position, c'est-à-dire formant couple avec l'*Anne-Marie*. Il y est resté du 26 juillet au 1er août, c'est-à-dire pendant une partie du déchargement.

» Il quitte Saint-Nazaire à cette dernière date, 1er août, et

prend la mer. Retenu à Belle-Ile par des vents contraires, il reste deux jours au Palais, où, bien entendu, il n'est exposé à l'action d'aucune cause infectante quelconque; puis, le 5, il continue sa route. Comme aucun événement ne s'était encore produit, ni à Indret, ni à Saint-Nazaire, il n'avait et ne pouvait avoir aucune inquiétude. Tout son monde était d'ailleurs en parfaite santé. »

Le 5, un premier malade se déclare; il meurt le septième jour, alors que le navire, continuant sa route, était par 46° 23′ de latitude nord et 11° 12′ de longitude ouest, c'est-à-dire à la hauteur environ du golfe de Gascogne. — Aussitôt après la mort, *le corps avait une teinte jaune très prononcée, et le cadavre exhalait une odeur fétide.....*

Nouveaux cas, le 22, le 26, le 29 (par 26° 35′ de latitude et 28° 19′ de longitude), le 11 septembre, le 17, le 20.

« En résumé, pour être resté, au moment de son départ, deux jours auprès de l'*Anne-Marie* en déchargement, le malheureux navire *l'Aréquipa*, qui ne se doutait de rien, et qui s'en allait en pleine sécurité, a eu pendant sa traversée, huit malades, dont trois sont morts et cinq ont guéri.....

» Maintenant, récapitulez cette longue et douloureuse série d'accidents, et voyez tout ce qu'a pu produire, tout ce qu'a produit un seul navire, *l'Anne-Marie*. Par elle, ont été infectés, à des degrés divers, sept navires, savoir : le *Chastang*, le *Cormoran*, le *Lorientais* n° 6, les *Dardanelles*, les *deux gabares d'Indret* et enfin l'*Aréquipa*, dont nous venons de parler en dernier lieu. Ensemble, ces navires ont donné vingt-trois malades. L'*Anne-Marie*, pour son compte, en a eu dix-sept. — Total quarante. Sur quoi vingt-trois morts, par le fait, je le répète, d'un seul navire.... »

« L'*Anne-Marie* n'est pas le seul navire que nous ayons eu à Saint-Nazaire. Les nouvelles mesures économiques ayant affranchi la navigation de restrictions qui la gênaient, il y a eu dans nos ports, à Saint-Nazaire en particulier, affluence de navires sucriers. A un certain moment, nous en avons eu jusqu'à onze à la fois. Dans leur ensemble, ils ont ajouté aux cas de fièvre jaune énumérés, quatre malades de plus, dont trois sont morts et un a guéri; ce qui porte le chiffre des morts à vingt-six, celui des guéris à dix-huit.—Total quarante-quatre. Soit une proportion de morts de 59 pour 100, et de guéris de 41 pour 100.

« Ce qui, pour le dire en passant, donne une proportion de décès beaucoup plus forte que dans les épidémies de fièvre jaune en général, où elle ne dépasse pas d'ordinaire le quart ou le tiers des malades. Ici elle a approché des deux tiers. »

DE LA MANIÈRE DONT LES ACCIDENTS ONT EU LIEU.

Étant admis que l'*Anne-Marie* a été le point de départ des accidents, on voit que tous n'ont pas été produits de la même manière. Il y aurait, à cet égard, trois catégories à faire.

1° Dans toute une série de faits, de beaucoup la plus nombreuse, le mal a été puisé dans l'atmosphère même du navire. Tels sont les faits du *Chastang*.

2° Dans une autre série de faits assez nombreux aussi, il n'y a pas eu cette espèce d'immersion dans l'atmosphère du navire. L'action, moins directe, a eu lieu par simple approche et à une distance plus ou moins grande. Les faits du *Cormoran*, navire de la marine impériale, sont dans ce cas.

3° Dans une troisième série de faits beaucoup moins nombreux, et surtout beaucoup moins bien démontrés que les précédents, non-seulement il n'y aurait pas eu, comme dans la première catégorie, rapports immédiats des hommes atteints avec le navire, il n'y aurait pas même eu l'approche signalée dans la seconde; les accidents, positivement indirects ou médiats, auraient eu lieu *par intermédiaire*. Deux cas de ce genre ont été recueillis chez des femmes ayant communiqué avec les hommes de l'*Anne-Marie*, ou ayant acheté d'eux des vêtements, des morceaux de toile, provenant de ce navire.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Médecine pratique.

DE LA PARALYSIE PÉRIPHÉRIQUE PAR REFROIDISSEMENT,
par M. le docteur JULES WORMS.

On s'est beaucoup occupé, dans ces dernières années, de certaines formes de paralysie qui ne relèvent pas de lésions appréciables des centres nerveux; on les avait mentionnées jadis en partie, puis mises à l'écart sous l'influence de la doctrine exclusive de la lésion matérielle. Le cours des idées a changé, et l'on sait toute la certitude que les travaux récents de Graves, de Grifoulière, de MM. Gubler, Maingault, etc., ont apportée dans la connaissance du rapport qui lie certaines maladies générales ou locales avec la paralysie périphérique.

La paralysie qui survient sous l'influence de l'impression brusque du froid ou de l'humidité n'a pas été comprise dans ces recherches spéciales, et cependant, par ses caractères propres et l'extension qu'elle peut affecter, elle mérite une attention particulière. Elle est très anciennement connue et désignée par différents médecins des siècles passés par le terme spécial de *paralysie a frigore;* les modernes l'ont presque tous confondue avec la paralysie qui survient dans le cours des affections rhumatismales ou chez des individus atteints de diathèse rhumatismale, et l'ont appelée, comme celle-ci, *paralysie rhumatismale*. Ce sont là, cependant, deux espèces parfaitement distinctes, et il est aisé de démontrer par de nombreux faits que l'impression seule du froid ou de l'humidité peut déterminer les formes les plus variées et les plus étendues de la paralysie.

Voici d'abord quelques citations historiques qui témoignent de la notion qu'avaient les anciens de la paralysie par refroidissement. Galien l'a très bien appréciée : « Ani et vesicæ sphinc-» teres resoluto vidi, sive sederit quis super lapidem frigidum, » sive in aqua frigida supra modum fuerit versatus. » (*De loc. affect.*, l. VI, cap. VI.)

Zacutus Lusitanus raconte l'épisode suivant de la vie d'Avenzoar : « Dum paralyticum curaturus iter suscepisset, tempesta » frigida, pluviosa, cum vento valido, et sinistrum pedem non » satis tectum vento et pluviæ expositum habuisset diu, par-» tem hanc paralysi correptam fuisse cum sensus etiam » abolitione. » (Zacut. Lusit. *Histor.*, XLVII, t. I, p. 84.)

Fred. Hoffmann dit : « Diuturnior in locis frigidis humi-» disque, commoratio et obumbratio ad nervorum resolu-» tionem contribuit. » (T. III, p. 197.)

Sanctorius risque pour l'explication du fait la théorie suivante : « A frigore cum humiditate sensibilem perspirationem » in ichorem esse converti qui retentus et deinde non reso-» lutus, magna ex parte in cachexiam facessere solet. » (*De static. med.*, sect. 1, n° LXVII.)

Les recueils modernes renferment un certain nombre d'observations de paralysies produites par le froid.

Les cas les plus nombreux sont ceux où le trouble nerveux est limité à une portion restreinte du corps; tantôt la sensibilité seule est abolie, tantôt la mobilité l'est aussi.

Les faits les plus fréquents sont ceux où une moitié de la face est atteinte. Il est peu de médecins qui n'aient eu l'occasion d'en voir des exemples. Des cas plus rares sont ceux où la paralysie est limitée à une étendue plus restreinte encore; quelquefois l'oculo-moteur commun seul est frappé d'un côté.

Voici des exemples de cette forme si limitée :

OBS. I. — Une jeune femme assise près d'une fenêtre ouverte par un temps froid est, immédiatement après s'en être retirée, frappée de chute de la paupière; l'œil ne peut se diriger ni en haut, ni en dedans, ni en bas. La pupille est très dilatée. La guérison est obtenue en quelques jours. (Bowmann, *Medical Times*, juin 1853.)

Un cas absolument semblable par sa cause et ses effets est rapporté par Filippo Lusanna (*Gaz. med. ital. Lomb.*, 1856, n° 44). La malade fut saignée sept fois et subit l'application de sangsues; elle guérit cependant rapidement.

Dans ces deux cas il n'y eut ni douleur ni fièvre.

Dans le fait suivant, l'affection paralytique semble, au contraire, avoir été de nature rhumatismale. Il a été observé par M. Dolbeau.

Obs. II — Un jeune homme couche dans un lit placé près d'une fenêtre ouverte, le côté gauche de la face exposé au courant d'air. Le lendemain, tuméfaction de la face, douleurs violentes et rougeur de l'œil, et au bout de quinze jours les diverses branches de l'oculo-moteur sont paralysées. Le malade fut saigné et guérit. (*Journal de Bruxelles*, février 1856.)

L'avant-bras seul peut être frappé. Sandras en a vu un exemple et l'a publié (*Revue de thérapeutique*, novembre 1853). Romberg dit avoir vu très souvent l'anesthésie des mains et des avant-bras chez des blanchisseuses.

Une forme assez bizarre est celle qui atteint les sphincters de l'anus. M. Schutzenberger (*Gazette médicale*, Strasbourg, nº 7, 1845) en cite un exemple très probant.

Obs. III. — Une femme convalescente de fièvre typhoïde reste assise assez longtemps sur des lieux d'aisances qui communiquent avec la fosse. Quelques heures après la mobilité des sphincters est abolie, et l'introduction du doigt dans le rectum n'est pas ressentie. La malade a guéri rapidement. On avait appliqué un vésicatoire sur le sacrum.

La forme paraplégique est représentée dans la science par un nombre d'observations tellement grand qu'il n'y a pas grand intérêt à s'y arrêter. Il y a un point qui mérite cependant d'être relevé. La paraplégie ne s'accomplit pas aussi subitement qu'on l'a prétendu quelquefois ; elle n'est complète que deux ou trois jours après le refroidissement. J'ai vu pendant que j'étais à l'armée un assez grand nombre de malades frappés de paraplégie *a frigore*. L'engourdissement est d'abord limité aux pieds et aux jambes, et ne s'étend jusqu'au tronc que le deuxième ou le troisième jour. La paraplégie qui survient soudainement a son point de départ généralement dans le canal médullaire et n'est pas périphérique.

L'hémiplégie causée par la froidure est infiniment plus rare. En voici cependant un exemple ; comme il n'en existe que très peu dans la science je le cite avec quelques détails. (Hoppe, *Deutsche Klinick*, nº 32, 1858.)

Obs. IV. — Une femme de trente-cinq ans se met à coudre dans une chambre très froide, après avoir fait une course rapide, et transpirant beaucoup.

Presque immédiatement elle perd le sentiment dans tout le côté droit, depuis la tête jusqu'aux pieds. Elle guérit vite.

L'anesthésie reparaît trois fois du même côté dans le cours de l'hiver, après des refroidissements répétés.

Une quatrième fois l'anesthésie s'étendit sur l'autre côté du corps, et il s'y joignit de la paralysie du mouvement de la jambe droite. La malade fut traitée et guérie chaque fois par l'électricité.

On trouve dans Romberg l'histoire d'un jeune homme qui fut atteint d'une anesthésie latérale complète à forme intermittente à la suite de l'immersion d'un pied dans la glace. Dans ce cas il n'y eut aucun trouble de la motilité.

Des faits au moins aussi rares que l'hémiplégie *a frigore*, sont ceux de paralysie s'étendant à presque toute la surface du corps. Binz (*Deutsche Klinick*, 1858, nº 12) publie sous le titre d'anesthésie périphérique universelle, le fait d'une jeune fille qui, après avoir dormi toute une nuit près d'une fenêtre ouverte, perdit la sensibilité de toute la surface cutanée. La conjonctive, la muqueuse nasale et vaginale étaient absolument insensibles à la piqûre ; l'odeur et le goût étaient également abolis. La malade a été guérie en huit jours. On s'est borné à faire des frictions sur la peau.

Il y a peu de temps j'ai moi-même observé à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, dans le service de M. Worms, mon oncle, un fait encore plus complet et plus concluant en ce sens que la motilité d'une grande partie du corps a été atteinte en même temps que la sensibilité. Par sa rareté, ce fait mérite, je le pense, d'être rapporté avec tous ses détails.

Obs. V. — Un voltigeur de la garde âgé de vingt-six ans, fortement constitué, n'ayant jamais été malade un seul jour, employé chez un officier, et connu par celui-ci comme un individu très sobre, dîne par exception assez copieusement avec des amis ; il ne s'enivra cependant pas, et va après son repas porter un sac lourdement chargé de Clamart à Issy. Fatigué, ayant couru, le corps en sueur, parce qu'il ne croit avoir que le temps nécessaire pour regagner à son retour la station, et prendre le train qui doit le ramener à Issy, il n'arrive qu'après le départ de ce train, et reste pendant une heure assis à côté du chemin de fer.

Le soir même il éprouve de l'engourdissement dans la jambe gauche ; le lendemain, l'engourdissement atteint l'autre membre inférieur. Le troisième jour, il sent l'insensibilité gagner le tronc ; en même temps il éprouve de la difficulté à mouvoir les mains, qui sont le siége de fourmillements.

Le quatrième jour, la parole devient difficile, et il ne peut presque plus marcher ni sentir le sol. A partir de ce moment jusqu'à son entrée à l'hôpital, qui n'a lieu que cinq jours plus tard, les mouvements du tronc et des membres deviennent de plus en plus impossibles ; la parole ne peut plus être articulée, la pipe ne peut plus être maintenue dans la bouche, le goût se perd

Le malade est apporté à l'hôpital le 22 novembre. Il ne peut pas se soulever dessus le brancard ; il retombe comme une masse inerte quand on ne le soutient pas ; il ne peut soulever que très peu les membres. La tête est assez droite sur le tronc.

Il n'existe aucune trace de fièvre ; l'intelligence est parfaitement nette.

La face est immobile comme un masque, les muscles faciaux n'exécutent aucun mouvement. Les lèvres ne se meuvent pas quand le malade essaye de parler, aussi son langage est presque inintelligible.

Les paupières sont à demi closes ; le malade peut les élever davantage, mais ne peut les abaisser complétement : aussi les yeux, découverts d'une manière permanente depuis quelques jours, sont un peu rouges.

La pupille est dilatée et se contracte à peine ; la vue est confuse, et le malade est devenu presbyte ; le muscle ciliaire est sans doute compris dans la paralysie.

Le muscle droit interne est moins actif qu'à l'état normal ; les autres muscles de l'œil exécutent leurs mouvements réguliers.

La langue, recouverte d'un enduit blanchâtre, opère normalement tous ses mouvements ; le voile du palais se contracte presque normalement ; le malade avale assez difficilement, mais ne rend rien par le nez. Si l'on considère qu'il ne peut ni fermer la bouche ni mouvoir les joues, on comprendra cette difficulté de la déglutition en dehors de toute lésion du voile du palais.

Les mains se ferment à peine ; les mouvements d'extension sont plus étendus que ceux de flexion.

L'émission de l'urine est normale et soumise à la volonté. L'anaphrodisie est complète. Un lavement administré n'est pas senti, pas plus que le passage de la garderobe qui s'ensuit.

Les bruits du cœur sont normaux.

La respiration est presque entièrement diaphragmatique ; les muscles intercostaux sont immobiles ; quand on soulève le tronc, et qu'on veut maintenir le malade assis, il est pris de dyspnée, et supplie qu'on le laisse étendu.

Le malade a perdu absolument la sensation de la faim.

Il existe une sensation subjective de froid dans les extrémités inférieures ; la température du corps est certainement un peu abaissée. L'anesthésie est complète sur tout le tégument cutané, la conjonctive et la muqueuse nasale y comprises ; l'analgésie n'est complète que sur les membres inférieurs ; la piqûre d'une épingle qui traverse de part en part la peau de la jambe et de la cuisse n'est pas sentie.

Sur la face, le tronc et les bras, elle est moindre ; cependant la sensation thermique est conservée. Un courant électrique très léger est nettement perçu ; un courant un peu plus fort provoque des douleurs violentes. Tous les muscles sont soumis les uns après les autres au courant électrique, et fonctionnent régulièrement. J'ai pu reproduire sur la face les associations de contractions que M. Duchenne (de Boulogne) a assignées à la manifestation des différentes passions.

Cet état de paralysie aussi étendue ne persiste que pendant cinq jours. Après l'application des courants électriques et l'emploi des bains de vapeur, on voit peu à peu reparaître le mouvement et la sensibilité.

Le 1er décembre, les bras peuvent être soulevés, et les mains serrent assez bien un objet ; quelques muscles de la face se contractent sous l'influence de la volonté. La portion droite de l'orbiculaire des lèvres étant plus active que la gauche, il y a une apparence de paralysie latérale gauche.

C'est l'orbiculaire gauche de la paupière gauche, au contraire, qui prend le devant ; on comprend la bizarrerie de l'aspect de la face du malade ; le mouvement des lèvres revient et rend la parole intelligible.

La 4 décembre, la face, à l'exception de la paupière gauche, est revenue à l'état normal ; celle-ci ne peut encore recouvrir complétement l'œil.

La conjonctive a recouvré sa sensibilité; la pupille est mobile; l'œil s'accommode à toutes les distances. Cependant les extrémités des doigts n'ont pas encore repris la faculté de sentir distinctement. Sur les avant-bras, au contraire, les bras et les membres inférieurs la sensibilité est rétablie.

L'anaphrodisie existe toujours.

La sensation de la faim n'a reparu que le dix-septième jour à partir de l'invasion du mal. A cette époque, il ne peut pas encore s'asseoir dans son lit; les membres inférieurs n'offrent aucune résistance quand on essaye de mettre le malade debout.

A partir du 6 décembre, la guérison marche vite, le malade commence à s'asseoir dans son lit et mange aisément. Le 8, il se tient pour la première fois sur les jambes.

L'orbiculaire de la paupière gauche n'est pas encore complétement revenu fermer la paupière.

Quand on couvre les yeux, le malade étant debout, il ne perd rien de son assurance; il n'y a pas de trouble dans la coordination des mouvements.

Le 17, il ne reste plus de trace de paralysie ni du mouvement, ni du sentiment.

Le malade sort le 25 décembre complétement rétabli, et ayant retrouvé ses forces. Pendant toute la durée de l'affection, il n'y a eu ni fièvre, ni amaigrissement. Le sommeil a toujours été bon.

Ce fait d'une paralysie aussi étendue, provoquée aussi nettement que celle-ci l'a été, par un refroidissement brusque, en dehors de tout symptôme rhumatismal, est des plus intéressants. Il n'y a guère qu'après la diphthérite qu'on a vu des paralysies périphériques aussi étendues. Mais le fait du début par les extrémités inférieures, et l'absence presque complète de paralysie du voile du palais, suffirait à l'éliminer complétement de la classe des paralysies diphthéritiques, si d'ailleurs l'histoire du malade ne donnait la certitude qu'il n'a, avant d'avoir subi l'impression du froid, pas été malade un seul instant depuis son enfance.

De ce fait et des quelques autres qui précèdent on peut, je pense, tirer quelques enseignements destinés à établir et à caractériser la paralysie par refroidissement.

Tout d'abord on peut affirmer que c'est une forme spéciale par son étiologie, et qui n'a rien de commun avec le rhumatisme. Il faut donc lui réserver une désignation particulière.

Si l'on voulait déterminer dans quelles conditions de prédisposition de la part du sujet l'impression du froid ou de l'humidité peut donner lieu à la paralysie, on toucherait à un problème qui jusqu'à présent ne me semble pas pouvoir être résolu. Les conditions cependant qui paraissent être favorables au développement de la paralysie sont la soudaineté de l'impression du froid sur le corps en transpiration; le mouvement rapide de la colonne d'air qui frappe la partie du corps qui y est exposée; enfin le séjour prolongé dans un lieu humide ou dans un liquide qui peut n'avoir pas une température relativement très basse. Ce qu'il y a de certain, c'est que les observations recueillies ne se rapportent pas à des époques où l'hiver a été particulièrement rigoureux, et a impressionné d'une manière graduelle toute une population. Un fait bien plus caractéristique encore, et qui démontre que la température très basse n'expose pas à elle seule à la paralysie, c'est que dans l'histoire des congélations on ne la trouve pas mentionnée.

Les troubles débutent généralement très rapidement après que le refroidissement a eu lieu. Quelquefois cependant ce n'est qu'au bout de trois ou quatre jours qu'on les observe.

Les observations qui précèdent montrent que la paralysie par refroidissement peut varier dans son étendue, qu'elle peut être très limitée ou très étendue, qu'elle peut être unilatérale ou symétrique.

Un caractère absolument constant est que la motilité n'est jamais frappée seule; la paralysie du mouvement est toujours accompagnée et souvent précédée par celle du sentiment; celle-ci, par contre, peut exister seule.

Il semble résulter des observations que j'ai pu rencontrer que la paralysie, localisée primitivement à une étendue restreinte de la face ou du tronc (région deltoïdienne du grand dentelé, du périnée, etc.), n'a pas de tendance à s'accroître; que celle, au contraire, qui débute par les pieds ou par les mains peut se propager à toute la surface du corps.

Le caractère le plus spécial à la forme de paralysie par refroidissement c'est de ne durer, en général, qu'un temps assez court. Une étude attentive des observations permet d'affirmer qu'une autre cause que celle du froid peut toujours être invoquée et démontrée quand la paralysie a persisté. Quelquefois une paralysie très étendue naît et disparaît en huit ou dix jours. Il y a peu de semaines, j'ai eu l'occasion de voir une paraplégie survenue chez un homme jeune qui avait couché sur le sol humide; quoiqu'elle fût assez prononcée pour avoir produit, au bout de deux jours, une anesthésie presque absolue des extrémités inférieures, et pour avoir frappé la motilité au point que le malade ne pouvait, en aucune façon, se tenir debout, elle guérit en huit jours par l'emploi seul de quelques bains de vapeur.

Quel est le traitement à opposer à cette affection? L'exemple des malades qui ont été saignés cinq ou six fois, et qui ont guéri, est de nature à donner le droit de supposer que sa tendance naturelle à la guérison est assez puissante pour surmonter bien des obstacles.

Les bains de vapeur, les frictions, l'électricité surtout, ont été employés avec le plus d'avantage.

Pour trouver la loi, s'il y en a une, qui pourrait mettre en relief quels sont les nerfs susceptibles d'être troublés dans leurs fonctions par l'impression du froid, et pour essayer de fonder sur elle le diagnostic de cette forme de paralysie périphérique, il faudra avant tout avoir réuni et étudié un plus grand nombre d'observations que celles dont la science dispose aujourd'hui. Ce devra être l'objet de recherches ultérieures.

III

CORRESPONDANCE.

Valeur de l'aveu chez les inculpés.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur et très honoré rédacteur en chef,

Dans mon article de *la valeur de l'aveu chez les inculpés* (*Gazette hebdomadaire* du 5 avril), on lit, page 224 : « Un fermier du département de l'Eure avait été condamné deux fois en police correctionnelle » pour des faits qui prouvaient peu en faveur de l'honorabilité de son » caractère. »

Quoique je n'aie pas nommé cet individu, ma conscience me fait un devoir de rectifier un jugement que je n'aurais pas porté si j'avais connu la nature de la maladie de ce fermier.

Depuis que j'ai écrit les lignes ci-dessus mentionnées, S... a été condamné une troisième fois, et la famille m'ayant consulté pour savoir à quoi s'en tenir sur l'état mental de cet individu, j'ai pu constater les relations intimes qui existaient entre les tendances au vol chez S... et un état d'épilepsie que j'ignorais à l'époque où j'ai émis ma première appréciation.

S... est un riche fermier qui se livrait aux vols les plus niaisement improductifs qu'il soit possible d'imaginer. Il brisait des clôtures pour aller ramasser chez les voisins du bois mort, des pommes tombées des arbres, alors que ses celliers regorgeaient de produits de même genre et de bonne qualité. Mais cette funeste habitude n'est pas le seul côté pathologique de l'existence de S... Il existe chez lui des explosions subites, instantanées, d'actes de fureur avec complication de tendance au suicide et à l'homicide. Quand l'accès est passé, S... ne conserve aucun souvenir des manifestations dangereuses auxquelles il s'est livré... Il pleure et se désole quand on lui représente les dangers qu'il a fait courir à sa femme et à ses enfants. Il était, du reste, épileptique avant son mariage, et a caché sa maladie, dont les accès, suivis d'actes dangereux, sont devenus de plus en plus fréquents, et ont nécessité son placement à l'asile des aliénés de Quatre-Mares. M. le docteur Duménil a pu constater comme moi une véritable *folie épileptique*.

A propos de ces situations mentales si perplexes, je rappellerai ce que j'ai dit dans votre estimable journal (année 1861, p. 773) des relations fatales qui existent entre l'épilepsie (qu'elle soit larvée ou manifeste) et les explosions instantanées d'actes homicides ou suicides. Tous les actes qui éma-

nent de l'individu épileptique ont le cachet de la fureur aveugle, de l'irrésistibilité avec perte du souvenir.

La situation des inculpés atteints de cette maladie est d'autant plus périlleuse en justice que leur délire est parfois aussi transitoire que l'acte commis sous son influence. Il importe donc que les médecins se fassent une juste idée de l'influence que certaines névroses, et l'épilepsie entre autres, exercent sur la libre manifestation des facultés intellectuelles et affectives, afin que les appréciations de leurs expertises médico-légales restent à la hauteur de nos connaissances sur la pathologie du système nerveux.

Agréez, etc. MOREL.

P. S. C'est depuis que S... est à l'asile de Quatre-Mares qu'une troisième condamnation à un an de prison a été prononcée. Quelle sera l'exécution du jugement? C'est ce que j'ignore. Je vous tiendrai au courant de cette question médico-légale.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 AVRIL 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission qui sera chargée de l'examen des pièces destinées au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

MM. Andral, Velpeau, Cl. Bernard, Rayer, Jobert, Serres, Cloquet, Flourens et Longet réunissent la majorité des suffrages.

M. *Bataillhé* donne lecture de deux NOTES SUR L'INFECTION PURULENTE déposées par lui le 13 et le 22 mars dernier.

Ces notes sont renvoyées à l'examen d'une commission composée de MM. Andral, J. Cloquet et Cl. Bernard.

L'Académie a reçu de MM. Moreau, Oré, Girard de Cailleux, Peter, Baquet, de la Pena, Grimaux (de Caux), Cahen, Ch. Hennig, M. Leven et A. Ollivier, A. Magne, Debout, Hipp. Bourdon, Gallois, Condy, Deroy, Danis, J. Barr Mitchell, J. Hoffmann, Gerin-Rose, Em. Poor, diverses pièces manuscrites et imprimées destinées aux concours pour les prix.

M. *le Secrétaire perpétuel* signale parmi les pièces imprimées de la correspondance un mémoire de M. Paolini (de Bologne) sur le mouvement intestinal, et le renvoie au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans les départements de la Charente, de l'Isère et des Bouches-du-Rhône (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit une lettre de M. le docteur Louis Penard (de Versailles), qui sollicite le titre de membre correspondant. (*Renvoi à la section.*)

— M. *Malgaigne* offre en hommage, au nom des auteurs, une brochure intitulée : CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES SUR L'ÉCLAIRAGE, ET APPLICATIONS A L'EXAMEN OPHTHALMOSCOPIQUE, par MM. les docteurs *Follin* et *Janssen*.

— M. *Gaultier de Claubry* dépose sur le bureau un mémoire ayant pour titre : DE LA TRANSFORMATION DE L'ARSENIC EN HYDRURE SOLIDE SOUS L'INFLUENCE DES COMPOSÉS NITREUX, par M. *Blondlot* (de Nancy). (*Comm.* : MM. Boutron, Caventou et Gaultier de Claubry.)

— M. *Larrey* présente une observation de M. le docteur *Baudry* (d'Évreux), *relative à un coup de feu reçu à la main droite par un officier français sur le champ de bataille de Magenta; séjour prolongé de la balle dans la blessure; démonstration de sa présence au moyen d'un instrument très simple; extraction le 16 mars 1863.*

Lectures.

CHIRURGIE. — M. le docteur *Morel-Lavallée*, candidat pour la place vacante dans la section de médecine opératoire, lit quelques passages d'un mémoire intitulé : L'EMPHYSÈME TRAUMATIQUE; SON MÉCANISME; SON PRONOSTIC ET SON TRAITEMENT.

— M. le docteur *Richet*, candidat pour la même place, met sous les yeux de l'Académie deux pièces d'anatomie pathologique. L'une est relative à une tumeur érectile osseuse sans cancer ni myéloplaxe, ayant nécessité l'amputation du bras. L'autre est une énorme tumeur fibreuse de l'épaule, pesant vingt-trois livres, qui, après avoir été enlevée, a été déposée au musée Dupuytren. Pressé par les exigences de l'ordre du jour, M. Richet n'a pu que donner oralement des renseignements fort incomplets sur une seule de ces tumeurs.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *Mélier* continue la lecture de son rapport sur l'épidémie de fièvre jaune qui a régné à Saint-Nazaire en août 1861.

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en *comité secret.*

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 17 AVRIL 1863.

Discussion sur les suites de la trachéotomie et du séjour prolongé de la canule dans la trachée.

Communications diverses.

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 25 MARS ET DU 1er AVRIL 1863.
PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE. — SPINA BIFIDA. — POLYPES NASO-PHARYNGIENS. — LUXATION DOUBLE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

Les conclusions du travail de M. Chassaignac sur l'étranglement herniaire ont été publiées dans notre dernier compte rendu. On se rappelle que l'auteur, ayant rencontré un assez grand nombre de fois tous les signes cliniques de l'étranglement, alors que l'intestin n'avait pas subi de constriction circulaire et qu'on pouvait introduire dans l'orifice herniaire une sonde ou le bout du doigt, a été amené à conclure que, le plus souvent, l'interruption du cours des matières est déterminée par une forte soudure de l'intestin sur le bord tranchant d'une portion de l'anneau. C'est ce qu'il appelle l'*encoohure par vive arête.*

M. *Trélat* n'admet pas l'interprétation que M. Chassaignac a donnée aux faits qu'il a observés. Il ne s'agit pas, dans ces cas, d'étranglements véritables, mais d'une des formes de l'entéro-péritonite herniaire avec ulcération plus ou moins avancée de la paroi intestinale, ulcération qui se produit beaucoup plus vite sur les points où l'intestin est en contact avec un bord mince que là où il repose sur une surface aplanie.

Récemment M. Trélat a fait l'examen anatomique d'une hernie crurale dans laquelle le petit doigt passait aisément entre l'intestin et l'orifice herniaire. La malade avait cependant succombé avec des symptômes d'étranglement. M. Chassaignac aurait d'autant plus volontiers ajouté cette observation à celles sur lesquelles il appuie sa théorie que le bout supérieur de l'intestin était coupé dans les deux tiers de sa circonférence au point où il se coudait sur le bord aponévrotique du *fascia crebriformis.* Indépendamment de l'absence de constric-

tion circulaire, il y avait cependant plusieurs raisons qui démontrent qu'il ne s'agissait réellement que d'une inflammation. Ces raisons sont : la rougeur vive et la vascularisation de l'intestin, sans aucune tendance à la gangrène ; les adhérences établies autour de la perforation; enfin la marche lente de l'accident, qui témoignait d'un travail progressif plutôt que d'une lésion brusque et absolue, comme l'est un véritable étranglement. Admettre qu'il y a étranglement là où il n'y a pas de constriction et en se fondant seulement sur les symptômes cliniques, c'est changer la valeur des mots et s'exposer à confondre des lésions différentes par leur nature et leur origine, bien qu'elles aient pour résultat commun d'intercepter le cours des matières fécales. Pour l'étranglement, la définition anatomique est la seule admissible.

M. *Chassaignac* repousse cette définition, parce que, dit-il, elle ne peut être d'aucun secours au lit du malade et que, d'ailleurs, la constriction exactement circulaire n'est pas nécessaire pour qu'il y ait étranglement. La vive arête constitue un obstacle suffisant. Il tient à considérer comme étranglée une hernie qui s'accompagne de vomissements et d'arrêt des matières intestinales, parce qu'il ne croit pas que ces symptômes existent quand la hernie est simplement enflammée. Quant aux ulcérations de l'intestin, il croit que l'inflammation est consécutive à leur production et n'est comme elles qu'un effet de l'étranglement. Ce qui le surprend, c'est qu'on ne trouve pas toujours les signes d'une vive inflammation quand l'étranglement est très manifeste.

— M. *Giraldès* a présenté un enfant de deux ans et demi atteint d'un spina bifida de la région sacrée. La tumeur, grosse comme la tête d'un fœtus, est parfaitement transparente et recouverte d'une peau saine, quoique amincie. M. Giraldès a pu étudier la tumeur après l'avoir vidée par une ponction, et il a constaté qu'il existe une large brèche au niveau du sacrum. Le liquide s'est reproduit presque immédiatement. Le petit malade remue très bien les membres inférieurs, mais ne peut se soutenir. Bien que l'état général soit satisfaisant, M. Giraldès n'est pas disposé à tenter la cure radicale de cette tumeur par les injections iodées. Il ne croit pas que jusqu'ici on soit arrivé par cette méthode à des résultats bien avantageux. Les très rares succès qu'on a obtenus n'ont été achetés qu'au prix de graves dangers ou de longueurs très grandes dans le traitement. Ainsi M. Velpeau, qui a obtenu une guérison, a fait subir à son malade une année de traitement. Ces opérations comptent aussi des cas de mort subite ou après tétanos. D'un autre côté, les guérisons trop rapides paraissent avoir aussi leurs inconvénients, et M. Giraldès pense qu'à la suite d'une disparition prompte de la tumeur peut apparaître une hydrocéphalie qui emporte le malade. C'est du moins ce qu'il a observé dans trois cas à l'hospice des Enfants assistés. M. Giraldès est encore éloigné par une autre considération de l'idée d'entreprendre la cure radicale par les injections iodées : c'est qu'il connaît une vingtaine d'observations d'individus atteints de spina bifida et parvenus à l'âge adulte. Il est donc résolu à n'employer ici que les ponctions successives suivies de la compression.

M. *Chassaignac* croit que l'injection iodée est encore le meilleur traitement que nous ayons à diriger contre le spina bifida. Pour sa part, il a guéri un malade par cette méthode.

M. *Debout* engage M. Giraldès à se méfier des séries. Il peut se faire que les hydrocéphalies qu'il a observées n'aient fait que coïncider avec le spina bifida. Du reste, l'hydrocéphalie n'est pas l'accident qui ait été remarqué jusqu'à présent à la suite des injections iodées. M. Debout connaît plusieurs faits de guérison, rapportés un ou deux ans après le traitement, et qui n'ont nullement été compromis par la complication redoutée par M. Giraldès.

M. *Blot* fait observer que si la production de l'hydrocéphalie se rattache à la disparition du spina bifida, il serait logique pour M. Giraldès, de ne tenter aucune méthode de traitement, et de s'abstenir même des ponctions et de la compression.

— M. *Verneuil* a communiqué, au nom de M. Piachaud (de Genève), l'observation d'un polype naso-pharyngo-buccal dont la guérison a été obtenue par l'arrachement, après l'amputation préalable de l'os maxillaire supérieur.

A ce propos, M. Bauchet insiste sur les services que peut rendre cette opération préliminaire pour l'extraction des polypes volumineux et à embranchements multiples. Il cite aussi une observation dans laquelle la tumeur, ne présentant qu'un seul lobe, a pu être enlevée avec l'opération de Manne, c'est-à-dire avec la simple incision du voile du palais. Dans ce cas, toutefois, il attribue le mérite de la destruction radicale du polype à l'emploi du cautère galvanique, qu'il a répété en entier nombre de fois.

Tout partisan qu'il est des voies larges quand le polype est gros et offre plusieurs lobes, M. Verneuil convient des immenses services que peut rendre la cautérisation galvanique pour un polype moins volumineux et avec une voie plus étroite.

C'est, dit-il, assez faire l'éloge de ce moyen que de rappeler que l'on peut introduire à froid un bouton dont on peut varier la forme à l'infini; que ce bouton peut être porté instantanément à l'incandescence la plus vive et aussi rapidement refroidi; qu'il peut être conduit avec le doigt pour guide et à l'aide du pharyngoscope, sur un point précis, à travers une voie préliminaire même étroite.

— M. *Demarquay* a présenté à la Société une pièce anatomique recueillie sur un homme qui s'était fait une luxation double de la mâchoire inférieure.

Cet homme avait l'habitude de se luxer volontairement le condyle droit; et c'est probablement à la suite d'un essai de cette sorte qu'il se fit une double luxation que, cette fois, il ne put réduire.

Une première tentative de réduction, faite par des chirurgiens, échoua. Le malade, adonné aux boissons alcooliques et à l'absinthe, fut pris de *delirium tremens* et succomba. On avait fini par réduire les luxations par des pressions exercées successivement sur les apophyses coronoïdes.

Sur le cadavre, M. Demarquay put reproduire aisément le déplacement. Il vit que les condyles étaient venus se placer à 4 centimètres des cavités glénoïdes, au-devant de la partie transverse de l'apophyse zygomatique. De plus, ils s'étaient élevés un peu dans la fosse zygomato-maxillaire : circonstance dont il faut tenir compte dans la réduction, et qui explique aussi les luxations en haut signalées par M. Robert. Le disque interarticulaire dans le transport du condyle avait suivi cette surface jusqu'au niveau de la partie transverse de l'arcade zygomatique, et son interposition entre le condyle et cette arcade, constituait un obstacle à la réduction. Ni la capsule, ni les ligaments n'étaient rompus, et la tension de ces derniers ne pouvait pas gêner la réduction. L'apophyse coronoïde n'était pas accrochée par la partie inférieure de l'os molaire ; mais cette partie, recouverte du tendon du muscle temporal, était fortement appliquée au-dessous et un peu en avant de la partie inférieure de l'os de la face.

D[r] P. Chatillon.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Augmentation du volume du cœur dans la chlorose, par le docteur T. Stark, médecin adjoint à la Clinique médicale d'Iéna.

M. le docteur Stark rapporte avec détails l'histoire de trois femmes atteintes de chlorose, observées à la clinique du pro-

fesseur Gerhardt, et chez lesquelles il s'est manifesté temporairement, pendant le cours de cette affection, une augmentation de volume du cœur. Des mensurations de la matité précordiale faites avec soin et multipliées ont permis d'apprécier les variations de volume subies par l'organe central circulatoire à diverses époques de la maladie. Dans ces trois cas, qui sont relatifs à des femmes de dix-sept, vingt et un et trente ans, les symptômes chlorotiques, en particulier la pâleur des téguments et l'amoindrissement des forces musculaires, étaient très prononcés. Chez deux des malades, l'affection, à l'époque où furent faites les premières observations, datait de trois mois environ; le début remontait à près de trois ans chez la troisième. Dans tous les cas, l'accroissement de la matité précordiale était prononcé surtout dans le sens du diamètre transversal, et portait principalement sur les régions correspondant au ventricule gauche; dans l'un d'eux, le bruit de souffle cardiaque paraissait avoir son maximum d'intensité au niveau de la valvule mitrale; chez toutes les malades enfin, sous l'influence des préparations ferrugineuses, un prompt amendement de tous les symptômes subjectifs se manifesta et progressa rapidement, en même temps que l'étendue de la matité cardiaque diminuait dans la même mesure.

Suivant M. Stark, l'augmentation du volume du cœur, observé dans les cas dont il s'agit, dépendait vraisemblablement d'un relâchement des fibres musculaires des parois ventriculaires. Ce relâchement, subordonné lui-même, sans doute, à un trouble passager de la nutrition, qu'explique suffisamment l'altération de la crase du sang propre à la chlorose (diminution du chiffre des globules rouges), aurait eu pour effet une dilatation passive des cavités cardiaques, et peut-être, en outre, dans le cas où le maximum d'intensité du souffle se ferait entendre au niveau de la valvule mitrale, une insuffisance relative de cet appareil valvulaire.

Cet état d'inertie des fibres musculaires du cœur peut être rapproché de celui qui, dans les mêmes circonstances, se produit dans les muscles de la vie animale, et détermine au moins en partie l'indolence et la paresse musculaire propres aux femmes atteintes de chlorose.

L'accroissement du volume du cœur, qui survient quelquefois sous l'influence de la chlorose, n'est pas mentionné, ajoute M. Stark, dans les traités sur les maladies du cœur dus à Kreyssig, Corvisart, Hope et Stokes; on le trouve, au contraire, signalé d'une manière plus ou moins explicite dans les écrits récents de MM. Bamberger (*Lehrbuch der Krankheiten des Herzens*. Wien, 1857, p. 89 et 246), Friedreich (*Virchow's Handbuch*, Bd. V, ii, Abth.), Wunderlich (*Handbuch der Pathol. und Therapie*), et Vogel (*Virchow's Handbuch*, I, B).

Bien antérieurement à la publication de ces derniers travaux, dès 1845, M. le docteur Beau avait inséré dans les Archives générales de médecine (*Nouvelles recherches sur les bruits des artères*, t. VIII et IX, 4e série) un mémoire où il est question, comme chacun sait en France, de l'augmentation de volume que subirait le cœur dans la chlorose et dans la polyémie séreuse consécutive aux pertes de sang. « Dans la chlorose, » dit en particulier M. Beau (*loc. cit.*, t. IX, p. 168), le cœur » est plus volumineux qu'à l'état normal; je m'en suis assuré » au moyen de la percussion, et surtout de la plessimétrie. » Il est à regretter que M. Stark n'ait pas eu connaissance du travail du médecin français; il y eût rencontré des données expérimentales qui tendraient à faire présumer que l'augmentation de volume du cœur, observée dans les cas de chlorose intense, n'est pas toujours le résultat d'une simple dilatation du cœur, due au relâchement des fibres musculaires des parois ventriculaires. M. Beau, en effet, ne s'est pas contenté de l'observation clinique, il a expérimenté sur les animaux. « J'ai procédé, dit M. Beau (*loc. cit.*, p. 153), sur les lapins » comme sur les chiens : je leur faisais chaque jour une sai» gnée de 30 à 45 grammes à la veine jugulaire externe... » Chez ces animaux morts d'une hémorrhagie épuisante, le » cœur est un tiers plus volumineux que celui des individus » sains... *Il n'y a pas seulement dilatation des cavités cardiaques,* » *la substance du cœur est encore hypertrophiée;* en effet, bien » que les cavités soient dilatées, leurs parois ont encore la » même épaisseur que chez les lapins qui n'ont pas subi des » saignées répétées; mais ce qui met surtout cette hypertrophie » hors de doute, c'est qu'en débarrassant exactement de leurs » caillots les cœurs des individus saignés plusieurs fois, et en » comparant leur poids avec celui du cœur des individus sains, » *on voit que le poids des premiers est un cinquième ou un sixième* » *plus considérable que celui des seconds.* » Sans doute, la chlorose et l'anémie, suite de pertes de sang, ne sont pas des états morbides en tout point comparables, mais ils ont au moins un élément en commun, à savoir : l'altération de la crase du sang par diminution de la quantité des globules rouges.

Nous ferons remarquer, en terminant, que l'un des cas relatés dans le travail de M. Stark (obs. III) n'est peut-être pas un exemple de chlorose pure. En effet, chez le sujet de cette observation le pouls était à 112, dur; il existait une tuméfaction du lobe gauche de la glande thyroïde. Enfin les artères carotides battaient avec force. Ces quelques traits, en l'absence même d'une double exophthalmie, rappellent la maladie de Basedow. Or, on sait que dans cette affection une augmentation passagère ou durable du volume du cœur a été plusieurs fois signalée. (*Archiv der Heilkunde*, 1863, p. 47.)

Empoisonnement par le lait de chèvre.

Les substances alimentaires dont les animaux font usage peuvent, dans certains cas, déterminer l'apparition de quelques propriétés nouvelles dans les produits de la sécrétion de ces êtres ou donner à leur chair quelques qualités malfaisantes qu'elle ne présente pas d'ordinaire. On a déjà cité un certain nombre de faits qui viennent confirmer cette opinion; mais il nous paraît cependant utile de faire connaître les nouvelles observations qui sont publiées à ce sujet, car elles peuvent éclairer le praticien dans quelques cas douteux. Le docteur Alexandre E. Mackay, chirurgien du vaisseau anglais *le Marlborough*, a observé à Malte, le 27 novembre 1861, sur lui-même et quelques officiers de ce navire, une attaque soudaine et simultanée de faiblesse extrême, accompagnée de nausées, de vomissements bilieux et de diarrhée; la maladie dura cinq à six heures, eut une certaine gravité chez quelques malades, mais se termina chez tous par une faiblesse extrême. Le traitement qui réussit dans tous les cas consista à favoriser les vomissements et à administrer des stimulants et des anodins. A la même époque, une série de cas semblables fut observée sur le vaisseau de S. M. Britannique *l'Agamemnon* et sur cinq autres vaisseaux de l'escadre. Comme le seul aliment dont tous les malades eussent fait usage était du lait, on rapporta à cette substance les accidents observés. En prenant des renseignements auprès des habitants de Malte, le docteur Mackay apprit que c'était une plante nommée *Tenhuta*, dont les chèvres se nourrissaient quelquefois, qui donnait au lait de ces animaux ses propriétés nauséeuses. Cette plante est l'*Euphorbia Paralias*, ou *épurge de mer* (*Common sea Spurge*), dont les propriétés sont si bien connues à Malte que l'on y prend le plus grand soin d'éloigner des parages où elle croît les chèvres qui fournissent le lait des familles et des établissements publics de Malte. Il paraît, du reste, que les laitiers reconnaissent facilement le lait provenant de chèvres qui ont brouté le *Tenhuta*, en en versant dans le creux de la main et en l'étendant avec le doigt, ce qui leur permet d'y reconnaître des stries jaunâtres. La différence d'action fut manifeste, car plusieurs officiers n'éprouvèrent rien, bien qu'ayant pris de ce lait (l'un d'eux en avait bu une bouteille entière), tandis qu'un autre, qui avait fait son repas entièrement avec du lait, fut très gravement malade. Ces variations ne paraissent explicables à l'auteur que par ce fait, que les parties toxiques tiraient seulement les filaments jaunâtres mentionnés plus haut, et que celles-ci, ayant été entraînées et séparées du liquide par l'ébullition du

lait, il y en aurait eu une distribution inégale chez divers malades, qui, suivant la dose qu'ils en auraient absorbé, auraient été pris violemment ou modérément et même auraient été complétement indemnes. (*Proceedings of the Royal Society of Edinburgh*, t. IV, 1861-1862.)

Recherche du plomb dans l'urine, par le docteur Reeves.

Pour obvier à la longueur de temps que réclame le procédé ordinaire de constatation du plomb dans l'urine, procédé qui consiste à traiter par l'acide acétique l'urine concentrée par évaporation et à faire passer dans le liquide un courant de gaz hydrogène sulfuré, M. Reeves propose d'employer le moyen suivant, qui lui a donné des résultats satisfaisants et assez rapides : le malade prend trois fois par jour 25 à 30 centigrammes d'iodure de potassium, qui agit dans l'économie pour former de l'iodure de plomb, qui s'élimine par les reins. Quand le malade a uriné, il plonge dans le produit de la miction, et pendant cinq minutes, un nouet de linge blanc et épais contenant un morceau de sulfure de potassium. Au contact de l'iodure de plomb contenu dans l'urine, il se passe des phénomènes de décomposition chimique qui donnent naissance à du sulfure de plomb insoluble qui, se déposant dans le linge, lui donne une coloration noire caractéristique. (*Bulletin de thérapeutique*, octobre 1862.)

Passage des médicaments dans l'urine.

On sait déjà depuis longtemps qu'une des voies les plus ordinaires des matières étrangères introduites dans l'économie est le liquide urinaire ; il nous paraît cependant utile de rapporter ici les observations de M. Landerer sur l'acide gallique et la matière colorante du fruit du *Cactus Opuntia*. Cet habile chimiste, ayant pu examiner un malade qui prenait de 2 à 6 grammes d'acide gallique par jour, a reconnu que ce médicament passait facilement dans les urines, et s'est assuré de sa présence dans ce liquide au moyen de sels de fer qui lui ont communiqué une couleur bleue caractéristique.

Le fruit du *Cactus Opuntia*, figue franque des Cypriotes, dont les Orientaux font un très grand usage comme aliment, offre une belle couleur rouge qui passe également dans les urines sans que sa teinte soit le moins du monde altérée, mais qui disparaît pour devenir verte, puis brune dès que l'urine se putréfie. Ce phénomène de virage de la couleur est dû à la production d'ammoniaque qui contre-balance l'action de l'acide malique sur la matière colorante du fruit. (*Archiv der Pharmacie*; — *Journal de pharmacie et de chimie*, décembre 1862.)

VI

VARIÉTÉS.

Les séances générales des Sociétés savantes des départements ont eu lieu les 8, 9 et 10 avril à la Sorbonne. La section des sciences était présidée par M. Leverrier. A la distribution des prix, qui a été faite le 11 par M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, notre collaborateur, M. Ollier, a reçu une médaille d'or pour ses recherches sur l'ostéoplastie.

— Une nouvelle bien inattendue est venue jeter le deuil à la Faculté de médecine et dans le corps médical de Paris. M. le professeur Moquin-Tandon, qui paraissait plein de santé mardi à l'Académie de médecine, est mort subitement le mercredi, nous ne savons encore de quelle affection.

— M. Verneuil commencera son cours sur les maladies syphilitiques le lundi 20 avril, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, à sept heures et demie du soir, et le continuera les vendredis et lundis suivants.

— M. le docteur Beyran commencera son cours sur les *maladies des voies urinaires et des organes génitaux*, le lundi 20 avril, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis et vendredis à la même heure.

— Clinique des maladies de l'enfance. — M. Bouchut commencera ce cours à huit heures du matin, le lundi 20 avril, à l'hôpital des Enfants, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis. Les leçons du mercredi et du vendredi auront lieu à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, à trois heures.

— Hôpital Saint-Louis. — M. E. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau le jeudi 23 avril, à neuf heures du matin, et les continuera tous les jeudis à la même heure. Visite des malades à huit heures et demie.

— La Société des amis des sciences a tenu sa sixième séance publique annuelle, sous la présidence de M. le maréchal Vaillant, le jeudi 16 avril, à huit heures très précises du soir, à la Sorbonne, dans le grand amphithéâtre de la Faculté des lettres.

Voici l'ordre du jour :

1° Compte rendu de la gestion du conseil d'administration, par M. F. Boudet, secrétaire ; 2° Éloge de M. de Sénarmont, par M. Bertrand (de l'Institut) ; 3° Des sources lumineuses, par M. Debray, professeur au lycée Charlemagne ; 4° dépouillement du scrutin pour l'élection des membres du conseil et du bureau.

— M. le docteur Azam-Dijon, vice-président de l'Association des médecins de l'arrondissement, vient de mourir à Albi à l'âge de soixante-cinq ans.

— La commune de Saint-Verain, près Cosne (Nièvre), demande un docteur en médecine. Traitement fixe : 650 francs par an.

— M. Jouvin, second pharmacien en chef de la marine, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— La Société médico-psychologique met au concours la question de la *manie raisonnante*. Les mémoires devront être adressés, avant le 31 décembre 1863, à M. le docteur Brochin, secrétaire général de la Société, boulevard Sébastopol, 7 (rive gauche). Les membres titulaires seuls sont exclus du concours.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Fonctions et désordres des organes de la génération chez l'enfant, le jeune homme, l'adulte et le vieillard, sous le rapport physiologique, social et moral, par le docteur *W. Acton*. Traduit de l'anglais sur la 3e édition. In-8 de 368 pages. Paris, Victor Masson et fils. 6 fr.

Recueil de questions posées aux examens de médecine (deuxième et cinquième de doctorat). 1re série, comprenant 500 questions. In-12. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

Guérison de la phthisie pulmonaire et moyens de prévenir cette maladie a l'aide d'un traitement nouveau, par le docteur *Jules Boyer*. Brochure in-8. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

Mémoires d'anatomie pathologique sur les questions suivantes : 1° l'endocardite ulcéreuse ; 2° l'infection par produits septiques internes ; 3° l'altération des nerfs et des muscles dans la paralysie saturnine, par le docteur *Lancereaux*. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Eaux minérales de Pougues : Troubles de la digestion ; maladies des voies urinaires, par le docteur *Félix Roubaud*. Paris, Adrien Delahaye.

Thèses.

Thèses subies du 7 au 31 janvier.

20. Claverie, J.-B.-Arthur, né à Saint-Martinville (Louisiane, Amérique du Nord). [*Quelques mots sur l'acclimatement.*]

21. Estradère, Jean D.-J., né à Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne). [*Du massage ; son historique, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques.*]

22. Dardlade, Jean-Laurent, né à Vergoignan (Gers). [*De l'hémophilie.*]

23. Jamet, Alfred, né à Loudun (Vienne). [*De la diarrhée chez les enfants, et particulièrement du choléra infantile.*]

24. Meunier, Valéry, né à Avesnes (Nord). [*Compte rendu d'une mission médicale au Guadarrama (Espagne).*]

25. Vazquez, Yaidro, né à Berrancos (province d'Alemtejo, Portugal). [*De l'hypertrophie du cœur.*]

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger,
Le port en sus suivant
les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires,
et par l'envoi d'un bon
de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du
1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 24 AVRIL 1863. — N° 17.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris. — Travaux originaux.** Physiologie pathologique : Note sur la décoloration de la teinture d'iode par les urines, et sur les causes de cette décoloration. — Sur la décoloration des urines par la teinture d'iode. — Épidémiologie : Relation de la fièvre jaune survenue à Saint-Nazaire en 1861. — II. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — III. **Revue des journaux.** Tumeur érectile de la paupière guérie par la cautérisation interstitielle. — Statistique d'opérations de fistules vésicovaginales. — Rapport sur les causes de la mortalité considérable parmi les enfants de la ville de Lille, et les moyens d'y remédier; et recherches statistiques sur le mouvement de la population de la ville de Lille pendant l'année 1858. — IV. **Bibliographie.** Traité de la diphthérite du larynx, croup. — Traitement du croup, ou angine laryngée diphthéritique. — Mémoire sur le traitement du croup par la cautérisation laryngée. — De l'opération du croup et de ses suites chez les très jeunes enfants. — V. **Variétés.** Réunion générale des Sociétés savantes de France. — VI. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.

I

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie pathologique.

NOTE SUR LA DÉCOLORATION DE LA TEINTURE D'IODE PAR LES URINES, ET SUR LES CAUSES DE CETTE DÉCOLORATION, par le docteur A. DECHAMBRE.

Des expériences concernant la décoloration de la teinture d'iode par les urines glycosiques étaient devenues le complément indispensable de celles que j'avais entreprises sur la décoloration de la même teinture par les urines normales (voyez le dernier numéro). Je me suis donc mis en mesure de me procurer des urines de diabétiques, et j'ai pu en réunir six échantillons, dont cinq m'ont été fournis par MM. les docteurs Bouchardat, Vigla, Vulpian et Constantin Paul, et dont le sixième, par un à-propos que je n'avais aucunement cherché, provenait du service de M. le professeur Trousseau. Tous ces échantillons ont été l'objet d'une expérimentation minutieuse. En même temps il m'a paru que, à côté du point de vue purement clinique où se sont placés MM. Trousseau et Dumontpallier, il serait bon peut-être, à ce point de vue même et, en tous cas, pour le profit de la science, de rechercher les conditions physico-chimiques qui pouvaient donner à l'urine une action décolorante sur la solution alcoolique d'iode, en nous servant, comme nos confrères, de la teinture du Codex. Dans cette double série de recherches, j'ai opéré de concert avec M. Delpech, pharmacien, qui m'avait assisté de ses lumières et de sa main dans les recherches précédentes. M. le docteur C. Paul a bien voulu aussi nous venir en aide.

I. Expériences sur la décoloration de la teinture d'iode par les urines glycosiques.

Disons tout de suite que, pour toutes les expériences, les teintes communiquées par la teinture à l'urine glycosique ont été comparées, tantôt à celles que donnait à la même quantité d'eau distillée ou d'urine normale le même nombre de gouttes de teinture, tantôt à la coloration d'un échantillon type d'eau ou d'urine normale ayant reçu un nombre déterminé de gouttes. L'urine normale, recueillie une fois à jeun et une fois vers le milieu du jour, était acide, et ne présentait pas la moindre réaction, soit par la liqueur de Barreswill, soit par celle de Fehling.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. *Echantillon n° 1* (service de M. Trousseau). — Urine du matin, *très acide ;* densité au densimètre de Salleron, à la température ambiante, 1,038; forte réduction de l'oxyde de cuivre par la liqueur de Barreswill, plus prononcée encore par la liqueur de Fehling.

Quatre tubes reçoivent : les deux premiers, 10 grammes de cette urine; les deux autres, 10 grammes d'urine normale (du matin). Un des tubes à urine sucrée et un des tubes à urine normale reçoivent chacun 3 gouttes de teinture d'iode ; les deux autres servent de terme de comparaison. L'urine sucrée se décolore presque instantanément; l'urine normale se colore un peu. Au bout d'une minute et demie, la seconde est aussi complétement décolorée que la première. On ajoute à chaque liqueur 3 nouvelles gouttes; même décoloration instantanée dans l'urine diabétique; la teinte de l'urine normale augmente sensiblement; au bout de sept minutes elle s'est affaiblie, mais sans disparaître. A partir de ce moment, l'urine normale va se colorant de plus en plus à mesure qu'on verse la teinture; à la quinzième goutte (y compris les 6 déjà comptées), elle offre une teinte sucre d'orge légère, telle qu'on l'obtient avec 3 gouttes dans 10 grammes d'eau distillée. A cette même dose de 15 gouttes, l'urine diabétique commence à prendre une très faible coloration; mais celle-ci *n'augmente pas* par l'addition de 25 gouttes versées, trois par trois ou quatre par quatre, dans l'espace de six minutes. L'urine normale, qui reçoit encore 6 gouttes, est assez fortement colorée. En ce

moment, la première urine contient en tout 40 gouttes, et la seconde 21 gouttes. On les abandonne à elles-mêmes.

Une heure vingt-cinq minutes plus tard, la coloration n'a pas varié dans l'urine normale; elle s'est affaiblie dans l'urine glycosique, qui semble, après cette sorte de repos, avoir récupéré son pouvoir décolorant, car *quarante* nouvelles gouttes lui donnent exactement la teinte de l'échantillon d'urine normale non iodée.

Deuxième expérience. *Échantillon n°* 2 (fourni par M. C. Paul). — Urine du matin, très acide; densité, 1,027; précipité brique intense par la liqueur de Barreswill et par la liqueur de Fehling. 6 gouttes de teinture colorent très fortement 10 grammes d'eau distillée; très légèrement, au contraire, et à un degré sensiblement le même, 10 grammes d'urine glycosique et 10 grammes d'urine normale. A 8 gouttes, la première est un peu moins colorée que la seconde, qui ne l'est, du reste, qu'à un faible degré. A 12 gouttes, l'urine sucrée se colore d'abord assez fortement, mais en peu d'instants elle a repris la même teinte que lui avaient donnée les six premières gouttes. L'urine normale prend une teinte rougeâtre qui dure. Au bout d'un quart d'heure, la teinte des deux liqueurs est restée la même. On ajoute à chacune d'elles 3 nouvelles gouttes; toutes deux se colorent; mais, chose remarquable, la liqueur sucrée *un peu plus* que l'autre. Deux minutes après, 2 nouvelles gouttes *produisent le même résultat :* chaque liqueur a reçu alors 17 gouttes; au bout d'une heure et quart, ni l'une ni l'autre n'ont changé de teinte.

Troisième expérience. — On recommence l'expérience sur 10 grammes *du même échantillon* d'urine glycosique, pour mieux s'assurer du résultat. La décoloration est rapide et complète jusqu'à la cinquième goutte. A la sixième, décoloration complète encore, mais plus lente; à la huitième, elle n'a lieu qu'au bout d'une minute; à la dixième, même effet, à quelques secondes près; à la douzième, la coloration subsiste *en partie* après trois minutes et demie.

Quatrième expérience. — *Échantillon* n° 2 (bis) provenant du même malade, mais rendu dans le cours de la nuit. Densité, 1,028. Forte réduction par le réactif Fehling. 10 grammes de cette urine et 10 grammes d'urine normale (du jour), d'une densité de 1,020, reçoivent alternativement, par petites doses, jusqu'à 14 gouttes de teinture. Mêmes résultats que dans l'expérience n° 2. Cette fois encore, vers la quatorzième goutte, l'urine glycosique se colore notablement plus que l'urine normale et la différence persiste trois minutes après.

Cinquième expérience. — *Échantillon* n° 3 (fourni par M. Bouchardat). Urine du matin, acide. Densité, 1,035. Très forte réduction par la liqueur de Fehling. On opère toujours sur 10 grammes. Dès la deuxième goutte, coloration faible, mais bien visible, qui augmente à la troisième, à la quatrième goutte, et n'a pas diminué après une minute et demie; à la sixième goutte, teinte plus forte, qui ne s'affaiblit que très peu dans l'espace de deux minutes et demie. A la quatorzième goutte, teinte sucre d'orge; très peu de décoloration au bout de treize minutes; sept minutes encore plus tard, la décoloration a augmenté, mais d'un faible degré.

L'urine normale, en quantité égale, a décoloré plus promptement et plus fortement la teinture jusqu'à la huitième et dixième goutte que l'urine glycosique. La décoloration a même été complète et presque instantanée avec les huit premières gouttes. Quant à la décoloration ultérieure, elle a eu lieu au même degré, pour le même temps, dans les deux liqueurs. Ce résultat nous a tellement frappé que nous nous sommes assuré immédiatement de la non-réaction de l'urine normale par la liqueur de Fehling.

Sixième expérience. — *Echantillon* n° 4 (fourni par M. Vigla). 10 grammes d'urine avec 2 gouttes de teinture prennent une nuance rougeâtre à peine appréciable, qui augmente avec 3, 5, 7 gouttes. Au bout d'une minute, cette teinte s'est affaiblie; après cinq nouvelles minutes, elle reste sensiblement la même, plus pâle notablement que la teinte de l'urine normale (du matin) ayant reçu également 7 gouttes. On ajoute 3 gouttes; décoloration moins prompte qu'auparavant, mais plus prompte encore que dans l'urine normale; 3 gouttes sont versées encore, puis, une minute après, 6 gouttes (ce qui porte à 19 la totalité des gouttes); chaque fois la décoloration a lieu en une minute ou une minute et demie, de manière à ramener toujours la même teinte qu'avait déjà la liqueur avec 7 gouttes : aux mêmes doses, l'urine normale se décolore moins fortement et plus lentement. A 30 gouttes, l'urine diabétique est encore beaucoup moins colorée que l'urine normale. Dans les quinze minutes qui ont suivi, la teinte de la première a diminué encore.

Septième expérience. — *Échantillon* n° 5 (fourni par M. Vulpian). Urine rendue *sept ou huit jours auparavant*, sans mauvaise odeur, à réaction *très acide*, réduisant fortement la liqueur de Barreswil. Dans 8 grammes environ de cette urine, 4 gouttes de teinture ont produit une coloration très prononcée, qu'on n'a obtenue qu'avec 10 gouttes dans la même quantité d'urine normale (rendue à jeun). Avec 14 gouttes de ces deux liqueurs, la teinte la plus foncée appartient encore à l'urine diabétique (1).

Huitième expérience. — *Échantillon* n° 6 (fourni par M. Bouchardat). Le sujet duquel provenait cette urine avait été très glycosurique; mais M. Bouchardat, qui lui donnait des soins, m'avait prévenu que son urine pourrait ne plus contenir de sucre. En effet, elle a été insensible à la liqueur de Barreswill. Elle s'est colorée par la teinture *un peu plus* que l'urine normale (du matin). Toutes deux ont décoloré les deux ou trois premières gouttes, puis ont pris une teinte rougeâtre qui a toujours été plus foncée dans l'urine ci-devant glycosique. L'expérience a été terminée à la dixième goutte.

En négligeant cette dernière expérience, il en reste encore sept, qui ne sont pas sans jeter quelque lumière sur la question. La première plaide fortement en faveur de l'assertion de MM. Trousseau et Dumontpallier. Portant sur une urine recueillie dans leur service, elle explique leur confiance en même temps qu'elle rend témoignage à la fidélité de leur observation. Les expériences n^{os} 2, 3, 4 et 6 leur sont encore favorables, en ce sens que les urines normales comparées aux urines glycosiques décoloraient moins vite et moins complète-

(1) Le même résultat avait été obtenu la veille dans une expérience faite *sur la même urine*, en commun avec M. Vulpian. Cet habile expérimentateur m'a mis, dans cette occasion, à même de constater que la réduction par la liqueur cupro-potassique présente souvent des caractères plus tranchés en opérant sur 7 ou 8 *gouttes* d'urine avec 5 ou 6 *grammes* de liqueur, qu'en mêlant la liqueur et l'urine par parties égales.

ment que ces dernières la teinture iodée. Mais d'autres urines normales auraient pu la décolorer plus vite, puisqu'il en est dont le pouvoir décolorant s'est exercé, et exercé pleinement, jusque vers la *vingtième* goutte (Voy. ma précédente *Note*); puisque, dans les présentes expériences même, nous avons vu l'urine normale, acide, décolorer *complétement et presque instantanément* jusqu'à 8 gouttes de teinture (expérience n° 5), et la coloration, une fois établie par l'addition d'un plus grand nombre de gouttes, ne pas s'affaiblir plus vite dans cette urine normale que dans l'urine glycosique. En second lieu, dans deux des expériences favorables aux vues de MM. Trousseau et Dumontpallier (n^os 2 et 4), l'urine sucrée, après avoir eu d'abord plus de pouvoir décolorant que l'urine normale, en a eu moins vers la quatorzième goutte dans un cas, vers la dix-septième dans un autre. Enfin, dans deux expériences (n^os 5 et 7), la décoloration a été opérée *plus complétement* et même plus promptement, dès les premières gouttes, par l'urine normale que par l'urine glycosique. Nous n'oublions pas que l'un des échantillons (expérience n° 7) datait de huit jours, ce qui n'empêchait pas le liquide d'être très riche en glycose; mais l'autre échantillon (expérience n° 5) était du matin même, et je n'imagine pas le reproche qu'on peut lui adresser.

II. — Expériences sur les causes de la décoloration de la teinture d'iode par l'urine (1).

Mon but a été d'éprouver directement par la teinture d'iode la plupart des acides et des sels qui peuvent se trouver ensemble ou séparément dans l'urine. Assisté, comme je l'ai dit, par MM. Delpech et Ch. Paul, j'ai opéré successivement sur l'*urée*, l'*acide urique*, l'*acide lactique*, le *lactate de soude*, le *phosphate ammoniaco-magnésien*, le *chlorydrate d'ammoniaque*, le *phosphate d'ammoniaque*, le *chlorure de sodium*, le *sulfate de soude*, le *bicarbonate de soude*, l'*urate de soude*, le *phosphate de soude*, le *sulfate de potasse*, l'*urate de potasse* et l'*urate d'ammoniaque*. Nous avons ensuite, avec toutes ces substances dissoutes dans l'eau distillée, composé une sorte d'*urine artificielle* que nous avons également soumise à l'action de l'iode.

Neuvième expérience. — Pour toutes les substances qui vont suivre, la quantité qui sera indiquée a été dissoute dans 10 grammes d'eau distillée. L'effet obtenu par l'addition de teinture a été comparé à la coloration d'une *liqueur-étalon* obtenue par 3 gouttes de cette même teinture dissoutes dans 10 grammes d'eau également distillée.

A. *Urée*, 25 milligrammes, 3 gouttes de teinture d'iode; coloration comme avec l'eau simple. Au bout de trois quarts d'heures, pas de coloration. Addition de 25 milligrammes d'urée; aucun changement, même après dix-huit heures.

B. *Acide urique*, 25 milligrammes; avec 6 gouttes de teinture, un peu de décoloration immédiate. Après cinquante minutes, décoloration presque complète. Addition de 25 milligrammes d'acide : la décoloration augmente encore un peu dans le quart d'heure suivant. Au bout de dix-huit heures, la liqueur est entièrement décolorée; 3 nouvelles gouttes la colorent comme de l'eau distillée, et la teinte persiste.

C. *Acide lactique*, 15 centigrammes; avec 3 gouttes, la liqueur se colore comme l'eau distillée. Après onze minutes, 5 centigrammes d'acide; pas de décoloration. Quatre heures et demi plus tard, même état.

D. *Lactate de soude*, 5 centigrammes, qu'on fait dissoudre par la chaleur; 3 gouttes de teinture. Pas de décoloration au bout d'une demi-heure, même en ajoutant 25 milligrammes de lactate. Pas de décoloration au bout de dix-huit heures.

E. *Phosphate ammoniaco-magnésien*, 25 milligrammes. Même résultat négatif, avec 3 gouttes, malgré une nouvelle addition de sel. On attend en vain quarante-cinq minutes. Pas de décoloration après dix-huit heures.

F. *Chlorhydrate d'ammoniaque*, 5 centigrammes; 3 gouttes amènent une *très légère* décoloration, qui n'a pas augmenté au bout d'une demi-heure, et n'est pas modifiée par l'addition de 25 milligrammes de sel. Après dix-huit heures, aucune décoloration.

G. *Chlorure de sodium*, 15 à 20 centigrammes. Aucune décoloration avec 2, 3, 5 gouttes.

H. *Sulfate de soude*, 5 centigrammes. Aucune décoloration au bout de vingt minutes. 25 milligrammes de sulfate; aucun changement après dix-huit heures.

I. *Bicarbonate de soude*, 5 centigrammes. Aucune décoloration immédiate avec 3 gouttes. Après 30 minutes, *légère* décoloration.

J. *Urate de soude*, 25 milligrammes, 3 gouttes de teinture ne donnent qu'une coloration légère très inférieure à celle de la *liqueur-étalon*. 3 nouvelles gouttes; coloration pareille à celle de la liqueur-étalon, mais qui, au bout d'une heure, s'est affaiblie de moitié. Par l'addition de 25 milligrammes d'urate, la décoloration s'opère de nouveau presque complétement en deux ou trois minutes. Dix-huit heures après, la décoloration étant redevenue entière, on ajoute 3 gouttes; il s'opère une coloration nouvelle qui persistait au bout de vingt minutes.

K. *Urate d'ammoniaque*, 25 milligrammes. Les 3 premières gouttes de teinture sont décolorées complétement et rapidement. A la 4^e, légère teinte; à la 5^e, teinte plus prononcée, mais beaucoup moindre que celle de l'étalon. Au bout de huit minutes, la décoloration est presque complète; on ajoute 3 gouttes. La liqueur prend une teinte sucre d'orge, qui, au bout d'une heure, n'a pas changé; mais on obtient une nouvelle et complète décoloration en ajoutant 25 milligrammes de sel et agitant le tube. Six minutes plus tard, 2 gouttes de teinture sont encore décolorées en quatorze minutes. (L'agitation est ici d'autant plus nécessaire que l'urate d'ammoniaque ne se dissout pas aisément à froid; une partie est encore restée au fond du tube.) Après dix-huit heures, l'addition de 3 gouttes produit une coloration qui persiste.

L. *Sulfate de potasse*, 5 centigrammes. Les 4 premières gouttes sont entièrement décolorées. Avec 6 gouttes, légère teinte qui persiste au bout de vingt-cinq minutes. Après l'addition de 25 milligrammes de sulfate, la décoloration est *complète* et *instantanée*. Dix-huit heures plus tard, on ajoute 3 gouttes qui ne sont pas décolorées dans les vingt minutes suivantes.

M. *Phosphate de soude*, 5 centigrammes. — Avec 3 gouttes de coloration à peine sensible d'abord, mais qui le devient au bout de sept minutes. On ajoute 25 milligrammes de sel : décoloration plus prononcée, mais non entière. Au bout de dix-huit heures, la décoloration est *peut-être* plus sensible.

N. *Urate de potasse*. — On met dans 10 grammes d'eau distillée de l'urate de soude en excès, et l'on fait bouillir. La liqueur *encore chaude* décolore instantanément, pour peu qu'on agite jusqu'à 20 gouttes de teinture. Avec 30 gouttes, la décoloration est plus lente, mais elle est presque complète au bout d'une heure quarante minutes.

On recommence l'expérience *à froid*, l'urate étant en excès dans la liqueur. 10 gouttes sont *instantanément* décolorées. A 20 gouttes, teinte semblable à celle de la liqueur-étalon. Une heure après, la décoloration est de nouveau complète (une partie du sel n'a pas été dissous).

O. *Phosphate d'ammoniaque*, 10 centigrammes. — Aucune décoloration.

P. *Bicarbonate de soude*, 5 centigrammes. — Coloration à 3 gouttes, comme avec l'eau distillée. Au bout d'une demi-heure, très faible décoloration.

Cette expérience établit déjà que, parmi les principes contenus dans l'urine, le sulfate de potasse, l'acide urique (ainsi que

(1) Deux ou trois essais du même genre avaient été faits déjà l'avant-veille avec M. Vulpian, mais ils étaient d'une exécution moins rigoureuse; ils ont donné, du reste, des résultats pareils à ceux qui vont être rapportés.

l'avait déjà dit M. Corvisart, in *Union médicale*, 8 avril 1863), l'urate de soude, l'urate de potasse et l'urate d'ammoniaque (ces deux derniers sels par-dessus les autres), décolorent la teinture d'iode autant que celles des urines naturelles qui le décolorent avec une intensité exceptionnelle. De plus, ils produisent cet effet de la même manière que l'urine; c'est-à-dire que, alors même qu'ils n'ont pas le pouvoir de faire évanouir complétement la couleur des premières gouttes d'iode, la teinte persistante reste *stationnaire* avec 6, 8, 10, 12 gouttes de plus, jusqu'à une dose où un excédant de 2 gouttes suffit pour amener une coloration plus ou moins durable. Comme pour l'urine encore, le pouvoir décolorant, épuisé par une réaction avec une certaine dose de teinture, semble se réparer avec le temps.

Voici enfin l'expérience que nous avons faite avec une urine artificielle :

Dixième expérience. — La solution est ainsi composée :

	grammes.
Eau	135
Urée	3
Acide urique	0,15
Acide lactique	0,15
Lactate de soude	0,20
Phosphate ammoniaco-magnésien	0,15
Chlorhydrate d'ammoniaque	0,15
Chlorure de sodium	0,15
Sulfate de soude	0,20
Urate de soude	0,15
Urate d'ammoniaque	0,15
Sulfate de potasse	0,20
Phosphate de soude	0,35
Urate de potasse	0,15

Le mélange fait, on chauffe la liqueur jusqu'à ébullition, on filtre, et l'on opère à froid. Cette liqueur est sensiblement neutre ; elle ne rougit pas le papier de tournesol; peut-être (mais cela est resté douteux) bleuit-elle légèrement le papier acide.

Dans 10 grammes de cette liqueur, 10 gouttes de teinture sont complétement décolorées, sans qu'il soit besoin d'agiter fortement le tube. Avec 13 gouttes, une *très faible* teinte apparaît, qui se prononce mieux à 14 gouttes; à la seizième, le liquide prend d'abord une coloration plus foncée qui revient en *trois secondes* à la teinte que lui avaient donnée 13 gouttes. Cette dernière teinte reparaît toujours plus ou moins rapidement après qu'on a ajouté de la teinture. A 23 gouttes, elle ne se reproduit plus que dans l'espace de cinq minutes. Sept minutes plus tard, la décoloration est complète.

A ce moment, on ajoute encore 5 gouttes et, immédiatement après, 1 gramme de *sirop de froment, réduisant parfaitement le sel de cuivre* : la coloration, au lieu de s'affaiblir, devient acajou foncé (1).

Voilà encore une action décolorante tout à fait semblable à celle qu'exerce l'urine naturelle, glycosique ou non.

(1) A cette occasion, je mentionne pour mémoire que, selon nos expériences, le sirop de froment non-seulement ne décolore pas, mais colore fortement une solution de 3 gouttes de teinture d'iode dans 10 grammes d'eau distillée.

Les déductions (non les conclusions arrêtées) qui me paraissent devoir être tirées de ces expériences, sont les suivantes :

1° Il est démontré que la teinture d'iode, même titrée, ne pourra jamais servir à « déterminer la quantité de glycose contenue dans l'urine », comme l'avaient d'abord espéré MM. Trousseau et Dumontpallier (*Union médicale*, 31 mars). Eux-mêmes reconnaissent d'ailleurs que la glycose n'influe pas sur la décoloration de la teinture.

2° *Certaines* urines non glycosiques décolorent la teinture d'iode aussi rapidement et aussi fortement que *certaines* urines glycosiques. L'avenir apprendra si le pouvoir décolorant peut atteindre dans l'urine glycosique une *intensité* qui n'appartiendrait jamais à l'urine normale, comme M. Trousseau a pu le penser en observant le diabétique de son service (expérience n° 1), et si ce pouvoir, à un degré élevé, se rencontre *plus fréquemment* dans la première que dans la seconde. En tout cas, la teinture d'iode *comme réactif* ne saurait être mise en comparaison avec la liqueur cupro-potassique ou la chaux.

3° La décoloration de la teinture paraît avoir pour agents principaux le sulfate de potasse, l'acide urique, et les urates de soude, de potasse et d'ammoniaque. Ce serait donc la proportion relative de ces sels dans l'urine qui règlerait la force du pouvoir décolorant avec ou sans glycose ; et, si ce pouvoir appartenait surtout aux urines glycosiques, il y aurait à procéder à une nouvelle recherche des sels contenus dans les urines.

POST-SCRIPTUM.

Au moment de mettre sous presse, nous terminons l'analyse *quantitative* des urines qui ont servi aux expériences n^os^ 1, 4, 5 et 6. Ce qui importe ici étant moins de connaître la quantité rigoureusement exacte de glycose contenue dans chacune des urines que sa quantité proportionnelle dans les divers échantillons, nous avons eu recours simplement à l'analyse réductive décolorante par la liqueur de Fehling. Étant donné que 96 centigrammes de glycose réduisent et décolorent 20 centimètres cubes de liqueur, nous avons trouvé que l'échantillon n° 1 (expérience n° 1) contenait 3gr,70 de glycose pour 100 grammes; l'échantillon n° 2 (bis) (expérience n° 4), 8 grammes pour 100; l'échantillon n° 3 (expérience n° 5), 8 grammes pour 100; l'échantillon n° 4 (expérience n° 6), 4gr,50 pour 100.

Or, les échantillons n° 1 et n° 4, qui contiennent le moins de glycose, sont ceux qui jouissaient du pouvoir décolorant le plus fort. Les deux échantillons qui présentaient le pouvoir le plus faible se coloraient *plus* que l'urine normale, l'un (n° 2 bis), après l'addition de 14 gouttes de teinture; l'autre (n° 3), dès les premières gouttes. Ce résultat est d'accord avec l'expérience que nous rappelions tout à l'heure, dans laquelle l'addition de glycose dans l'urine artificielle iodée accroissait la coloration rougeâtre au lieu de la diminuer. En sorte qu'il paraît bien que la présence de la glycose dans les urines est, ou peut être quelquefois, une cause de coloration, et non de décoloration, du liquide dans lequel on verse de la teinture d'iode.

La question de la décoloration de la teinture d'iode par les urines continue d'occuper l'attention, comme on peut s'en assurer dans ce numéro même. Nous avons reçu cette semaine trois notes sur ce sujet; on trouvera ci-après celle de M. le professeur Farge (d'Angers). Les deux autres, qui sont de MM. les docteurs Corvisart et Coulier (du Val-de-Grâce), ne nous étant parvenues que jeudi matin, au moment de la mise en page du numéro, ne pourront être insérées que la semaine prochaine.

Sur la décoloration de la teinture d'iode par l'urine; par M. le docteur Farge, professeur de clinique médicale à l'école d'Angers.

J'assistais la semaine dernière, avec autant de plaisir que de profit aux savantes visites de M. Trousseau, et j'ai pu voir de mes yeux la décoloration de la *teinture d'iode* par *une* urine glycosique, et la puissance incomparablement moindre des autres urines, essayées comparativement. L'éminent professeur appelait tous les praticiens présents à l'expérimentation, comme vous le faites vous-même dans votre article de vendredi : je viens répondre à cet engagement.

A mon retour à Angers, j'ai trouvé deux diabétiques déjà bien connus de moi, l'un rentrait dans mon service de l'Hôtel-Dieu après six semaines d'absence, l'autre revenait à ma consultation après une suspension de traitement, j'ai cru l'occasion excellente pour offrir à mes élèves les primeurs recueillies près de notre célèbre maître, et, dès samedi, prenant comparativement *les urines du matin*, chez deux sujets j'ai obtenu les résultats suivants :

ÉTAT DES MALADES.	DÉCOLORATION		COLORATION PERSISTANTE.
	RAPIDE.	SUCCESSIVE.	
	gouttes.	gouttes.	gouttes.
N° 1. D..., trente-sept ans, diabète confirmé. Urines claires, moyenne 8 litres par jour. Pesanteur 103,5, coloration de caramel très foncée par la potasse et la chaleur. Dosage par la liqueur de Fehling, 71 grammes par litre. — 15 centimètres cubes.	5	10	11
N° 2. B..., quarante-trois ans, convalescent d'une fièvre continue légère. Urines acides, 100,2, un peu colorées, sans réaction ni coloration par la potasse et la chaleur. — 15 centimètres cubes	10	20	14

Mais la teinture d'iode était préparée depuis douze jours au moins, et contenait, selon l'habitude de l'Hôtel-Dieu d'Angers, un peu d'iodure de potassium. J'ai donc cru devoir reprendre ce matin les expériences avec la teinture d'iode selon le Codex, préparée immédiatement et sans additions. Cette préparation, ainsi que les dosages par la liqueur de Fehling, ont été faits par M. Leroy, chimiste expérimenté et pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Les essais ont été tentés en présence et avec le concours de MM. les docteurs Guignard et Meleux, professeurs à l'école d'Angers, MM. Tesson et Creusé, internes du service, et tous les élèves suivant la clinique. Voici d'abord les généralités applicables à tous les numéros. Les urines sont recueillies pendant ma visite, de sept heures et demie à huit heures du matin. Elles sont toutes reconnues acides par le papier de tournesol. Toutes celles du n° 6 au n° 12 pèsent entre 100 et 101. Toutes ne donnent *aucune coloration* par la chaleur et la potasse caustique.

ÉTAT DES MALADES.	DÉCOLORATION		COLORATION PERSISTANTE.
	RAPIDE.	SUCCESSIVE.	
	gouttes.	gouttes.	gouttes.
N° 3. D... Même état des urines qu'hier. Poids, 103,50. Glycose, 71 grammes. — 15 centimètres cubes	0	10	11
N° 4. Madame Z..., quarante cinq ans, diabète confirmé depuis deux mois. Urines claires, peu colorées, 3 litres en vingt-quatre heures. Poids, 104. Dosage par la liqueur de Fehling, 70 grammes par litre. — 15 centimètres cubes	10	15	16
N° 5. M. le professeur Grassi observait devant moi que les urines devaient être *récentes*, et qu'après quelques jours la réaction ammoniacale amènerait à elle seule une décoloration. Les urines de madame Z..., recueillies et analysées dix jours auparavant, sont légèrement troubles, mais sans réaction alcaline ni odeur ammoniacale ; elles pèsent 104, donnent 63 millièmes à l'analyse. — 15 centimètres cubes	8	12	13
N° 6. B..., vingt-quatre ans, bronchite aiguë en décroissance. Pas de fièvres, urines pâles — 15 centimètres cubes	5	10	11
N° 7. F. F..., vingt-huit ans, convalescent depuis huit jours de pneumonie, fièvre légère. Urines peu colorées. — 15 centimètres cubes	10	15	16
N° 8. F. E..., vingt-huit ans, fièvre intermittente quarte; dernier accès il y a cinq jours. — 15 centimètres cubes	10	15	17
N° 9. K..., vingt et un ans, gastralgie, tubercules,? présente depuis vingt-quatre heures un léger mouvement fébrile. Urines légèrement rouges. — 15 centimètres cubes	20	15	22
N° 10. M..., fièvre intermittente depuis neuf jours. Urines d'apparence urique. — 15 centimètres cubes.	20	15	22
N° 11. L..., quarante ans, fièvre rémittente depuis un mois; foie et rate volumineux; pas d'ictère. Entré hier à la Clinique. Urines rouges, donnant par l'acide azotique un fort précipité urique. — 15 centimètres cubes	25	30	35
N° 12. M. J..., élève externe, fortement constitué, bien portant, vingt-cinq ans. Urines un peu rouges, uriques, précipitant par l'acide azotique. — 15 centimètres cubes	25	30	35

N. B. Après *trois quarts d'heure* de séjour dans les tubes, les urines, poussées à une forte coloration sucre d'orge par l'excès d'iode, avaient *toutes* repris leur couleur normale.

Ainsi, les urines diabétiques et très glycosiques présentent, dans ces expériences, le minimum de puissance décolorante, le maximum appartient aux urines fébriles ou uriques par toute autre cause.

Je vous livre ces faits sans commentaire, ne voulant ni attaquer ni défendre la découverte, mais apporter quelques matériaux destinés à éclairer la question.

Épidémiologie.

Relation de la fièvre jaune survenue a Saint-Nazaire en 1861, par M. Mélier, membre de l'Académie impériale de médecine.

Suite. — Voir le numéro 16.

De l'influence du vent, de la distance, de la durée et de la température sur la production des accidents.

Voici en substance ce qui résulte d'observations faites à l'observatoire de Saint-Nazaire :

« 1° En ce qui concerne le vent, rien de plus manifeste que son influence. Tous les grands accidents, sans exception, que nous avons eu à déplorer ont eu lieu sur des navires qui s'étaient trouvés plus ou moins longtemps *sous le vent* de l'*Anne-Marie*, c'est-à-dire, comme le mot l'indique, dans un courant qui avait passé par ce navire, et ils ont eu lieu juste à la suite de ce courant. C'est ainsi que le *Chastang* et les *gabares d'Indret* se sont trouvés dans cette situation le 28, au fort du déchargement; le *Lorient* n° 6, le 29; le *Cormoran*, le 1er et le 2 août; les *Dardanelles*, le dernier jour du déchargement. Même chose pour l'*Aréquipa*.

» Par contre, des navires qui, par l'emplacement qu'ils occupaient, semblaient devoir être aussi exposés au danger et qui étaient aussi rapprochés de l'*Anne-Marie* que les précédents, mais qui, au lieu d'être sous le vent, étaient, comme on dit, *au vent*, c'est-à-dire en sens contraire du courant, n'ont rien éprouvé : tel est le *Chandernagor*, bâtiment de la marine impériale, qui a eu le bonheur d'échapper, et le bateau *le Lorient* n° 8, qui est resté également épargné. Ces faits n'ont assurément rien de nouveau et qu'on ne pût prévoir; ils sont connus; la science en possède beaucoup de semblables; j'en ai cité moi-même dans un travail soumis autrefois à l'Académie (1); il y a plus, on en a fait un précepte dans les règles tracées pour la construction des lazarets (2); mais rarement, que je sache, les faits ont été aussi évidents que dans cette circonstance, et surtout aussi bien et aussi scientifiquement constatés que l'ont été ceux-ci, grâce, j'aime à le répéter, au concours et à l'obligeance de M. l'ingénieur Leferme.

» 2° La *distance* a eu aussi son influence, et, comme il était naturel de s'y attendre, ce sont généralement les navires les plus rapprochés qui ont été le plus atteints. Il est toutefois remarquable que, quand au voisinage ne s'est pas jointe la direction du vent ou que cette direction a été contraire, les navires ont été préservés. On a vu, d'un autre côté, par l'exemple du tailleur de pierre, que la proximité n'était pas nécessaire, et que le vent a pu porter à une distance assez éloignée, d'un bord à l'autre du bassin, le principe de la maladie, et donner lieu à des accidents mortels.

» 3° La *durée* de l'action, et j'entends par là le temps pendant lequel un navire donné a été soumis aux émanations productrices de la maladie, cette durée a sans doute eu, comme le vent et comme la distance, son influence. On voit cependant, en consultant le plan où sont notés ces détails, que généralement il a suffi de très peu de temps passé près de l'*Anne-Marie* pour donner lieu à des accidents. En somme, si, comme je l'avais entrevu dès les premiers temps de mon séjour à Saint-Nazaire, et comme je l'exprimais dans une de mes dépêches, il y a eu une proportionnalité entre les accidents et les influences diverses que je viens d'indiquer, cette proportionnalité serait en rapport, en premier lieu, avec le vent et sa direction, et, en second lieu, avec le degré de proximité. La durée, si je ne me trompe, ne viendrait qu'au troisième rang. La réunion des deux premières circonstances, situation sous le vent d'une part, et voisinage de l'autre, peut déterminer en très peu de temps les accidents les plus graves. La durée s'y ajoutant, le péril devient immense, ainsi qu'on l'a vu, et la mortalité peut être générale, exemple le *Chastang*.

» 4° *Température*. — On a beaucoup dit, on a dit partout, et certainement avec raison, que la température avait une grande influence sur la production de la fièvre jaune; on a même été jusqu'à assigner à cette maladie des limites d'après les latitudes et la température des climats, limites qu'elle a malheureusement franchies depuis bien longtemps. Sans vouloir trancher une si grave question, qui demanderait de longues études, je ferai remarquer qu'au moment où se produisaient à Saint-Nazaire les accidents qui nous occupent, ces décès si rapides et relativement si nombreux, la température, quoique élevée, n'était pas excessive; les *maxima* ont oscillé entre 21 et 25 degrés 1/2, les *minima* entre 11 degrés 3/4 et 17.

» Quant au baromètre, il est resté en général assez haut, entre 757 millimètres et 767, c'est-à-dire avec 10 millimètres d'écart seulement. Il n'y a eu que trois fois de la pluie. »

H. — Fait de Montoir.

« Le fait qu'il me reste maintenant à faire connaître appelle toute l'attention de l'Académie. On était arrivé au 16 août. Jusque-là aucun accident ne s'était produit en dehors des trois catégories indiquées plus haut. Tous avaient eu lieu ou par l'immersion directe des individus dans l'atmosphère même du navire infecté (première catégorie), ou par une action à distance (deuxième catégorie). Quelques-uns, restés très obscurs, pouvaient être considérés comme ayant été produits *indirectement* par l'intermédiaire d'objets divers extraits du navire, hardes ou vieux effets (troisième catégorie). Rien au delà; il n'y avait enfin aucun exemple nettement établi de communication ou d'extension de la maladie d'une personne à une autre. On croira aisément combien j'en étais heureux... Mais dès le lendemain un fait, d'un sens malheureusement bien différent, m'était signalé. On m'annonçait qu'un médecin, appelé à soigner plusieurs des malades, était lui-même atteint et en danger. » C'était M. le docteur Chaillon, médecin à Montoir, localité située à 7 kilomètres de Saint-Nazaire et l'une des stations du chemin de fer.

« Praticien jeune encore (quarante et un ans), très répandu et très actif, jouissant, quoique nerveux et impressionnable, d'une bonne santé habituelle, M. Chaillon avait été appelé, le 5 et le 6 août, à donner des soins, d'abord à deux ouvriers qui avaient travaillé au déchargement de l'*Anne-Marie*, les nommés Briant père et Briant fils, demeurant ensemble à la Croix-de-Méan, village situé à une petite distance de Montoir, puis à un troisième malade dans le village de Joue, situé un peu plus loin, le nommé Ricordel. Aux deux premiers, qui ont guéri, M. Chaillon avait fait cinq ou six visites; au dernier, qui est mort le troisième jour, deux visites seulement. Il avait été ensuite deux jours sans voir d'autres malades. Le 10, il est appelé au village de Prignac pour un quatrième malade, le nommé Poirier. Il le voit une seconde fois le lendemain 11. On note que ce malade, fortement atteint, qui a succombé le 15, et que l'on voit en effet figurer au tableau des décès, éprouvait, entre autres symptômes, de vives douleurs aux reins et dans les membres, et des espèces de crampes, comme il n'est pas très rare d'en rencontrer dans la fièvre jaune. Bien que très impressionné par la mort du précédent malade, M. Chaillon, dont le caractère chaleureux était de ne rien faire à demi, resta très longtemps auprès de ce nouveau malade, et, entre autres soins, se mit à lui faire des frictions sur tout le corps pendant trois quarts d'heure.

» Après cette visite du 11, d'autres médecins ayant été chargés de soigner ce malade, M. Chaillon n'eut plus à le voir; en sorte que, en définitive, il ne lui a fait que deux visites, la première le 10, la seconde le 11. Le 12, il était encore bien portant. Le 13, c'est-à-dire deux jours après la dernière et longue visite dont il vient d'être parlé, il est pris tout à coup,

(1) *Rapport sur les marais salants*, fait à l'Académie par le docteur Mélier, etc.

(2) *Rapport sur l'établissement de nouveaux lazarets*, etc. Paris, de l'Imprimerie royale, 1822; in-folio, avec planches.

au milieu de ses courses ordinaires à la campagne, d'un malaise général et d'une céphalalgie tellement intense, qu'il est obligé de s'arrêter et de se coucher au bord d'un fossé. Remis dans sa voiture par des passants qui le reconnaissent, il rentre péniblement chez lui, après toutefois avoir encore eu le courage de voir un malade sur son chemin...

» La mort a lieu le samedi 17 à onze heures, après *quatre jours de maladie*, c'est-à-dire dans un délai sensiblement le même que celui de la plupart de nos autres malades (les symptômes de la fièvre jaune avaient été des plus évidents). *Une heure après la mort, on constatait que la face avait uniformément la teinte citron.* Quelques heures plus tard, au moment de l'ensevelissement, le corps était *entièrement noir.*

» Ces détails résultent des renseignements verbaux que j'ai rassemblés moi-même avec tout le soin possible, et des observations écrites qui m'ont été fournies. Ces observations sont au nombre de trois : la première est de M. Legoff, voisin appelé pour soigner M. Chaillon, et qui ne l'a pour ainsi dire pas quitté; la deuxième, de M. le docteur Durand, qui l'a vu en consultation avec M. Blanchard; la troisième est un récit que j'ai demandé à madame Chaillon et qu'elle a eu le courage de me fournir en recueillant des souvenirs restés trop douloureux pour n'être pas fidèles... »

Il est à noter que M. Chaillon était très nerveux, sujet même à des accidents névralgiques; que, dans deux épidémies du pays, l'une de dysentérie, l'autre de pneumonie, il avait été atteint des deux affections; qu'il avait le pressentiment de contracter également la fièvre jaune; enfin que, ayant la vue très basse, il avait dû toucher, pour ainsi dire, du visage son malade pour les frictions qu'il avait jugé à propos de lui pratiquer. Ce qui est très positif, c'est qu'il n'est point allé à Saint-Nazaire et n'a eu aucun rapport, même éloigné, avec l'*Anne-Marie* ou tout autre navire.

« Je terminerai cette première partie relative aux faits par une remarque dont l'importance ne saurait échapper à l'Académie. Pas un seul accident n'a été occasionné par les marchandises. Ainsi que je l'ai dit en commençant, il s'agissait de sucre, d'un sucre bien sec, comme le sont en général les sucres de Cuba, non fluant par conséquent, et ne se répandant pas en sirop comme certains autres sucres, et il était contenu dans des caisses en bon état, soigneusement rangées dans la cale, comme des dominos dans leur boîte. Extraites une à une au moyen de palans, ces caisses étaient déposées sur le quai, puis mises dans des wagons et aussitôt livrées au chemin de fer qui les portait à Nantes. Là, ainsi que je m'en suis assuré, elles ont été prises sans nulle précaution par des hommes attachés à l'administration, portées à bras et enfin déposées dans les magasins de l'entrepôt dit des *Salorges*, et personne, aucun porteur, aucun employé quelconque, soit du chemin de fer, soit des magasins, n'a éprouvé le moindre accident.

» Dans une discussion sur la peste, restée mémorable et qui avait lieu à l'Académie voilà bientôt vingt ans, cette assertion fut émise, qu'il n'y avait pas d'exemple avéré d'épidémie de peste occasionnée par les marchandises elles-mêmes. Après les recherches les plus complètes qu'il m'ait été possible de faire, j'ai moi-même insisté, au sein de la conférence sanitaire internationale, tenue à Paris en 1851, et où j'avais l'honneur de représenter la France, sur cette remarque et sur ses conséquences. Un auteur célèbre et de grande autorité en matière sanitaire, le docteur Pym, inspecteur des quarantaines anglaises, l'a expressément confirmée par des recherches ultérieures. Notre savant collègue M. Michel Lévy, si circonspect et en même temps si judicieux, s'est à son tour rangé à cette opinion. Elle est aujourd'hui dominante, en ce qui concerne la peste. »

DEUXIÈME PARTIE.

MESURES PRISES.

« Parti de Paris le 10 août au soir, j'étais à Saint-Nazaire le lendemain dans la journée...

» Déjà, sur l'avis du conseil sanitaire, le navire cause du mal avait été détaché du quai auquel il était amarré, et il avait été amené au milieu du bassin, en même temps qu'on en avait fait écarter autant que possible les autres navires. Par un second mouvement opéré le lendemain, on avait ramené l'*Anne-Marie* en rade.

» Pour plus de sûreté, je pensai qu'il convenait de l'éloigner plus encore, et mon premier acte fut de la faire remorquer hors de la rade proprement dite, vers l'autre rive de la Loire, en un lieu tout à fait isolé et où, dans aucun cas, elle ne pourrait produire de nouveaux accidents.

» Restait à savoir ce que l'on ferait de l'*Anne-Marie* et à prendre un parti définitif à son égard. Plus d'une fois, et dans des cas beaucoup moins graves, on a submergé des navires ou bien on les a détruits par le feu. On en trouverait plus d'un exemple dans les annales des lazarets; on en trouverait surtout dans les annales des lazarets étrangers. L'immersion fut pratiquée sur une large échelle dans la grande épidémie de Barcelone, et le *Donostiara* fut incendié dans celle du port du Passage.

» Si je n'avais écouté que le sentiment qui se manifestait à Saint-Nazaire, je n'aurais point balancé, j'aurais ordonné une mesure analogue.

» J'ai pensé qu'il n'était pas nécessaire d'en venir à une pareille extrémité, et je reste convaincu qu'au temps où nous vivons, et avec nos ressources actuelles, que n'avaient pas nos devanciers, avec les désinfectants nombreux, variés et puissants, que la science met à notre disposition, il doit être possible de désinfecter un navire sans lui faire courir les dangers d'une immersion absolue, et que, dans aucun cas, sa destruction n'est indispensable. D'un autre côté, en présence des effets si meurtriers qu'avait produits l'*Anne-Marie*, en présence de ces décès, pour ainsi dire en masse, dont on savait alors la nouvelle, j'aurais considéré comme une véritable témérité de ma part de m'en tenir aux moyens ordinaires.

» Après en avoir délibéré avec le conseil local, conseil en grande partie composé d'anciens marins, je me suis arrêté à un parti qui, tout en donnant des garanties et une satisfaction suffisantes, avait l'avantage de ne pas compromettre gravement le navire, et ainsi de concilier les deux intérêts qu'il convient toujours d'avoir en vue en pareil cas, celui de la santé d'abord, celui du propriétaire ensuite, lequel, pour être sans doute beaucoup moins grave que le premier, a cependant aussi une réelle importance, car il y va souvent de la fortune de l'armateur et de ceux qui y sont associés. Ce parti, qui n'est pas la submersion proprement dite, laquelle consiste à noyer, ou, comme on dit, *à couler* les navires en mer, au risque de ne pas pouvoir toujours les relever ou de ne les relever qu'avec de grands efforts et de grandes dépenses, est ce qu'on appelle le *sabordement*. Dans l'acception que je lui donne ici, c'est l'opération par laquelle un navire étant donné, on l'amène et on le maintient sur un point choisi et d'un fond bien connu, et aux flancs duquel, toutes précautions étant bien prises, on pratique au-dessous de sa ligne de flottaison des ouvertures plus ou moins larges, des espèces de sabords par où l'eau entre dans l'intérieur de ce navire et le lave. L'opération, qui serait plus ou moins difficile dans la Méditerranée, à cause de l'absence de marée, n'offre pas de difficultés sérieuses dans l'Océan. On y procède à marée basse, le navire étant échoué. Le flux l'emplit, le reflux le vide, et il se trouve ainsi, deux fois par jour, soumis au va-et-vient de la mer. Cette résolution arrêtée, j'en donne avis à Son Exc. M. le ministre, qui l'approuve et m'autorise à l'exécuter...

» Préalablement à l'opération, et par excès de précaution,

j'ai cru devoir faire jeter dans la cale du navire une solution désinfectante. Elle était composée de 50 kilogrammes de sulfate de fer dissous dans un tonneau d'eau. Versée vingt-quatre heures à l'avance dans le navire, cette solution, en se portant dans tous les recoins du navire ballotté par la mer, avait pour but de neutraliser les matières organiques qui pouvaient s'y rencontrer. On le voit, je me comportais comme s'il se fût agi d'un grand amas de matières organiques à enlever, ou d'une fosse d'aisances à vider, et, en effet, un navire dans les conditions où se trouvait l'*Anne-Marie* pouvait, sans exagération, être l'objet d'une pareille comparaison.

» Sabordé le 13 août, le navire est resté huit jours entiers, c'est-à-dire jusqu'au 22, soumis au mouvement seize fois répété de la marée. Au bout de ce temps, les ouvertures ayant été fermées à marée basse, le navire s'est relevé à la marée haute de lui-même, aidé toutefois par quelques tractions exercées sur sa mâture pour le ramener d'une certaine inclinaison qu'il avait éprouvée.

» Après l'avoir remis à flot, il s'agissait de le nettoyer. Pour plusieurs raisons, cette opération du nettoyage a été des plus laborieuses. Comme on le sait, les eaux de la Loire, tenant en suspension un sable fin et vaseux, sont généralement troubles. Déposé dans le navire, ce sable s'y était accumulé pendant les huit jours de l'échouage, et avait formé dans la cale un dépôt considérable. Tout ce qui était resté dans le navire en était recouvert et comme enveloppé. Il y avait sous cette vase des bois, des débris de toute sorte, des voiles de rechange, des restes de provisions, la literie, de vieux effets, etc., tout cela en décomposition plus ou moins avancée, prêt à fermenter ou déjà en fermentation....

» La précaution principale a consisté, comme on pourra le voir, à ne toucher, en quelque sorte qu'à distance, à la vase et aux objets divers contenus dans le navire, et après les avoir largement et fréquemment arrosés d'eau chlorurée. Une pompe à incendie empruntée à la ville avait été amenée à cet effet sur le pont du navire, et c'était avec le jet de sa lance qu'on projetait le liquide, sans entrer dans la cale. J'avais prescrit, en outre, de ne faire travailler les ouvriers que pendant un certain nombre d'heures de suite, de les faire reposer, dans l'intervalle, à bord d'un autre navire, et de leur donner, avec de substantielles rations, du vin, du café et un peu d'eau-de-vie. Après chaque séance, on les obligeait à se laver, à se baigner même, quand c'était nécessaire, et à changer ceux de leurs vêtements qui étaient souillés de vase. »

Dans ce travail d'assainissement du navire des difficultés ont surgi de l'obstruction des *mailles* (parties creuses comprises entre le revêtement intérieur (*bordage*) et le revêtement extérieur (*vaigrage*) des parois. Le lavage terminé, la coque du navire a été asséchée par des poêles de fonte placés dans la cale, et dont les tuyaux sortaient par les écoutilles.

« Tout en écartant ainsi, avec l'*Anne-Marie*, l'espèce de terreur qui régnait à Saint-Nazaire, je m'occupais des malades, le plus grand nombre dans les campagnes, à des distances plus ou moins grandes. On avait laissé chez eux tous ceux qui avaient un domicile. Avec les mœurs patriarcales des Bretons, et l'amour du foyer qui les distingue, on aurait été mal venu à vouloir les en faire sortir. Ceux-là seulement qui, tout à fait misérables ou privés de famille, seraient restés sans secours, avaient été placés dans un petit pavillon situé au bord de la mer, à la pointe de Penhouet, pavillon à l'usage du service sanitaire, qu'on appelle à cause de cela le *lazaret*...

» Les hommes de l'*Anne-Marie* avaient tous quitté le navire aussitôt après son entrée dans le bassin, et s'étaient dispersés. Où étaient ces hommes et qu'étaient-ils devenus? Il n'est personne qui ne sente l'importance de cette question. Bien portants au moment du débarquement, étaient-ils restés tels, ou bien, comme les déchargeurs et les hommes du *Chastang*, du *Cormoran* et des autres bâtiments, avaient-ils été atteints de la fièvre jaune? Et s'ils en avaient été atteints, que se passait-il autour d'eux? Il importait au plus haut degré de savoir si avec ces hommes on allait voir des cas de fièvre jaune dispersés dans les départements. Par une disposition pleine de sagesse, et qui se rattache à l'inscription maritime, une des gloires de Colbert, il est toujours possible de retrouver un matelot, ne fût-il qu'un simple pêcheur. Des dépêches télégraphiques, expédiées à ma demande par le commissaire de la marine, m'ont permis d'avoir, dans les vingt-quatre heures, des nouvelles de tous les hommes débarqués de l'*Anne-Marie*. Chose bien remarquable et qui paraîtra cependant toute naturelle, quand nous la discuterons, de tous ces hommes aucun n'a eu la moindre indisposition. Tous sont restés sains et saufs, tandis que, comme on l'a vu, les malheureux qui travaillaient au déchargement étaient frappés dans la proportion énorme des deux tiers environ, et donnaient beaucoup de morts.

» Disons-le dès à présent, de ce fait, déjà signalé en d'autres occasions, découlera une conséquence que nous nous bornons à énoncer pour le moment, nous réservant d'y revenir plus loin, à savoir que dans ces cas, qui sont de beaucoup les plus nombreux et les plus graves, les cales des navires sont le foyer principal des accidents; que tant qu'elles restent closes, le danger est faible ou nul, et que c'est quand on les ouvre que ce danger se prononce.

» Je passe aux autres navires dont nous avons eu à nous occuper. Sans être au même degré que l'*Anne-Marie* un objet d'effroi, ils ne laissaient pas que d'inquiéter. Plusieurs étaient déjà en rade au moment des accidents; d'autres, signalés par les nouvelles de mer, devaient arriver d'un moment à l'autre. Comme je l'ai dit, nous en avons eu jusqu'à onze à la fois. Tous venaient de la Havane, comme l'*Anne-Marie*, et comme elle ils avaient eu, pour la plupart, des accidents dans la traversée, quelques-uns même des morts. Ils étaient, en un mot, tant pour le lieu de la provenance que pour les circonstances et le chargement, dans des conditions en tout semblables à celles du navire qui avait fait tant de mal, et ils pouvaient donner lieu aux mêmes craintes.

» Qu'on les suppose reçus comme l'*Anne-Marie* l'avait été, et sans plus de précautions, on est autorisé à penser qu'ils auraient pu donner lieu à des accidents analogues. Rien n'étant prêt à Saint-Nazaire pour répondre à une pareille situation et aux éventualités qui pouvaient en résulter, il fallait à tout prix organiser un service.

» Après en avoir signalé la nécessité dans ma correspondance, je cherche le moyen d'y pourvoir. L'embarras était surtout grand au point de vue matériel. Je songe à faire établir des baraques sur un point isolé du littoral, comme on avait eu à le faire sur une grande échelle, six ans auparavant, à Porquerolles, Toulon et Marseille, etc., à l'occasion de la guerre de Crimée. Je fais faire quelques études en conséquence. Le moyen était lent et répondait mal à l'urgence du moment. Je songe aussi à des tentes; M. le ministre m'en fait sur-le-champ expédier un équipage. Bonnes comme accessoire, ces tentes ne pouvaient convenir pour un service comme celui dont il s'agissait, sous le ciel de la Bretagne et à l'approche de l'automne. Un homme de haute expérience, qui a eu longtemps l'honneur de représenter parmi nous la médecine navale, et qu'on regrette de ne pas voir remplacé à l'Académie, Kéraudren, inspecteur du service de santé de la marine, où il a laissé les plus beaux souvenirs, avait conseillé d'organiser, en pareil cas, un service sur des vaisseaux (1). C'est l'expédient qu'emploient toujours les Anglais. J'en exprime l'idée. Tout aussitôt M. le ministre de l'agriculture et M. le ministre de la marine décident, dans une conférence à laquelle prend part mon savant collègue et ami M. Reynaud, que deux frégates me seront envoyées de Lorient, l'une, l'*Alcibiade*, à l'état de ponton, l'autre, la *Pénélope*, installée en hôpital, et que j'aurai ainsi à ma disposition un *lazaret flottant*, avec tout le personnel nécessaire.

(1) Voy. un excellent travail de Kéraudren sur ce sujet, *Journal de Corvisart*, t. X, p. 397.

» Ce personnel, choisi avec un soin particulier, était composé de deux médecins de la marine, dont un de première classe, connu de l'Académie et l'un de ses lauréats, M. le docteur Gestin aîné, frère de celui qui avait si bien vu et jugé les cas d'Indret; l'autre de deuxième classe, M. Guillemart, et d'un pharmacien, M. Le Dantec.

» Telle fut l'activité déployée par tout le monde, par M. le préfet maritime en particulier, que tout fut prêt en quelques jours, et que dès le 24 août les deux frégates, conduites par un officier habile, M. de Verneix, étaient en rivière. Un petit stationnaire à vapeur, venu quelques jours plus tard, a complété le système, et assuré dans toute la Loire une police efficace. Le ponton était destiné à ce que, en matière sanitaire, on appelle l'*observation*, c'est-à-dire à recevoir les hommes plus ou moins compromis qui viendraient à être débarqués, et qu'on aurait à retenir dans l'isolement pendant un certain temps avant de leur donner la liberté. La frégate, installée en hôpital, était naturellement destinée à recevoir les malades. Ceux qui restaient à Penhouet y furent mis sur-le-champ...

» Ainsi constitué, le service n'a pas eu seulement pour effet de répondre à tous les besoins; il a eu cet autre avantage, non moins grand, de donner sécurité complète à la ville déjà très alarmée, au pays qui aurait pu s'alarmer à son tour, et surtout à l'étranger, toujours plus ou moins enclin, comme on le conçoit, à prendre des précautions, c'est-à-dire à imposer des quarantaines. Et effectivement, à part un moment d'hésitation manifestée par le Portugal et l'Espagne, trop souvent éprouvés l'un et l'autre pour n'être pas sur leurs gardes, le port de Saint-Nazaire a conservé d'un bout à l'autre de l'épidémie, la liberté de ses communications habituelles; résultat considérable au point de vue du commerce, pour qui une quarantaine, quelque courte qu'elle soit, est toujours une grave perturbation et parfois un très grand dommage.

» Il ne restait plus qu'à régler le traitement auquel seraient soumis les navires déjà arrivés et ceux qui se présenteraient successivement....

» La première indication est de retenir ces navires à l'écart, dans l'isolement, et de leur interdire l'entrée du port et du bassin. La seconde, de procéder à leur déchargement, suivant certaines règles et tout un ensemble de précautions qui constituent ce que j'appelle le *déchargement sanitaire*.

» La première de ces indications qui, du reste, est d'usage constant partout où existe un service sanitaire quelque peu sérieux, découlait trop naturellement de ce qui était arrivé à la suite de l'admission si fatale de l'*Anne-Marie*, pour qu'il pût y avoir la moindre hésitation. Il sautait aux yeux que si l'*Anne-Marie* n'avait pas été reçue dans le bassin, on n'aurait pas eu à déplorer les accidents qui ont eu lieu, ou l'on n'en aurait eu que de moindres. On en peut dire autant de la seconde indication. Il n'est personne qui ne sente, en se reportant aux faits que nous avons exposés, que la plupart des décès, si ce n'est tous, auraient pu être évités par un meilleur mode de déchargement.

» En conséquence et sans balancer, je fais défendre par mesure générale, aux navires arrivant de la Havane, l'entrée du bassin; je fais plus, je les exclus de la rade où, comme je l'ai dit, circulent sans cesse de nombreuses embarcations, et je prescris de les retenir dans les eaux de Mindin, c'est-à-dire de l'autre côté de la Loire, où ils ne pouvaient compromettre personne. C'est là, dans cet isolement, que je fais procéder aux opérations réglementaires de la *reconnaissance* et de l'*arraisonnement*.

» Voici maintenant, dans sa formule générale, ce que c'est que le *déchargement sanitaire*, objet de la seconde indication, tel que je l'entends et tel que je l'ai fait pratiquer. Comme première mesure, on doit commencer par faire descendre les passagers, s'il y en a, et en général toutes les personnes qui ne sont pas indispensables au besoin du navire. La raison en est facile à comprendre; c'est afin de les soustraire à l'action du foyer dont on suppose l'existence à bord et qui va être mis à découvert. Ces hommes débarqués étaient mis en observation sur le ponton. A tous je prescrivais un bain, du linge blanc et des effets propres, ensemble de soins que les Italiens ont appelé le *spogglio*, une des mesures les plus rationnelles que l'on puisse employer en pareil cas, et le plus sûr complément de l'observation.

» Ce premier soin pris, les panneaux doivent être enlevés, les écoutilles ouvertes, et il faut chercher, par tous les moyens possibles, à faire pénétrer l'air dans l'intérieur du navire. Généralement, cet intérieur, plein et, comme on dit, *bondé*, se prête mal à l'entrée de l'air. On la facilite en extrayant les premiers plans des marchandises et en les attirant sur le pont. On met ainsi à découvert les parties les plus hautes des parois du navire. Ayez alors une solution de chlorure de chaux assez chargée en chlorure pour avoir une certaine consistance. Après maints tâtonnements pour lesquels j'ai eu la bonne fortune d'avoir l'assistance de M. Dorvault, de passage à Saint-Nazaire, je me suis arrêté à la proportion d'une partie de chlorure pour sept parties d'eau. Projetez cette solution représentant une sorte de lait, contre les points devenus accessibles des parois du navire. Au commencement, j'avais prescrit de se servir, à cet effet, d'une pompe à main ou ardo-pompe, comme celles qu'on emploie à l'arrosage des jardins. J'ai vu, en dernier lieu, qu'un simple balai était suffisant et beaucoup plus commode.

» Tout en adhérant dans une certaine mesure aux murailles du navire, la solution suit leur pente plus ou moins inclinée, et coulant entre ces murailles et la marchandise, elle descend dans la cale. Faites verser en même temps de la solution chlorurée dans les corps de pompe. On voit ce qui arrive : pénétrant jusque dans les profondeurs du navire, la solution ne tarde pas à y former un certain amas; l'archi-pompe en est remplie, ainsi que les espèces de rigoles latérales appelées *anguilliers*, qui, comme deux espèces de caniveaux, sont à droite et à gauche de la quille. De là elle se répand plus ou moins dans le remplissage ordinairement formé de fagots ou menu bois qu'on appelle le *fardage*, et sur lequel reposent les premières couches de marchandises; elle s'y mêle aux eaux qui croupissent toujours en plus ou moins grande quantité dans la sentine et ses dépendances, véritable égout du navire.

» Agitée par le mouvement qu'éprouve toujours plus ou moins, même en rivière, un navire à l'ancre, et qui est très fort dans la Loire, généralement assez mauvaise, cette solution modifie, corrige et désinfecte la cale et tout ce qui s'y trouve. De l'amas qu'elle y forme s'élèvent, surtout si comme c'est ordinaire, il règne une certaine température, des vapeurs chloriques qui, se faisant jour au travers de la marchandise, l'enveloppent, pour ainsi dire, et la pénètrent plus ou moins. La solution avait opéré un *chlorage descendant*; ces vapeurs en s'élevant forment un *chlorage ascendant*, et les marchandises se trouvent ainsi assainies avant d'avoir, en quelque sorte, été touchées, en même temps que l'*inconnue* qui produit la fièvre jaune, les principes délétères que contient le navire, sont détruits. En continuant de la sorte tant que dure le déchargement, c'est-à-dire en ayant soin de mouiller et, si l'on peut ainsi dire, de fouetter de lait chlorique les parois du navire au fur et à mesure que par l'enlèvement des marchandises elles sont mises à découvert, on parvient, sans inconvénient ni danger, à opérer le déchargement.

» Ainsi ont été traités tous les navires venus de la Havane, tous ceux, du moins, dont la situation et les circonstances le commandaient.... »

Il y a eu néanmoins un décès, celui d'un homme qui, trompant la surveillance, s'était tenu continuellement au fond de la cale; atteint de fièvre jaune le 29 août, il a succombé le 5 septembre.

» Les caisses de sucre qui, je le répète, formaient à elles seules la cargaison de tous les navires que nous avons eu à décharger, recevaient au moment où elles étaient extraites, un coup de balai trempé dans la solution chlorurée, et on les en aspergeait. D'après ce que nous savons des marchandises en

général, et le fait particulier rappelé plus haut, de l'immunité dont ont joui tous les hommes qui, *en dehors du navire*, ont manié et transporté les caisses de l'*Anne-Marie*, je suis entièrement convaincu que celles dont il s'agit en ce moment auraient très bien pu être immédiatement livrées au commerce et mises au chemin de fer. Il doit paraître évident, en effet, que si les premières, expédiées sans nulle précaution, n'ont produit aucun accident, les secondes, chlorurées par deux fois dans le navire et hors du navire, n'en auraient pas produit à plus forte raison. Pour plus de sécurité et afin d'écarter jusqu'aux moindres préoccupations, je faisais déposer ces caisses sur des alléges ou gabares découvertes ou simplement bâchées, et elles étaient expédiées à Nantes par la rivière. Cette dernière précaution avait pour but, en prolongeant l'exposition de la marchandise à l'air, de lui donner le temps de s'aérer d'autant mieux....

» Au déchargement tel qu'il vient d'être décrit succédait l'*assainissement*. Pour tous les navires il a consisté dans un nettoyage complet, un grattage à vif, des lavages à l'eau chlorurée, puis en un et quelquefois plusieurs blanchiments au moyen d'un lait de chaux chloruré. Sur deux ou trois, nous y avons joint des fumigations au chlore, suivant le procédé de Guyton de Morveau. Cela fait, on s'appliquait à assécher la cale par les moyens ordinaires, courants d'air, manches à vent, etc.

» Procédant enfin comme pour l'*Anne-Marie*, type de soins comme de difficultés en fait de nettoyage et d'assainissement, on employait des procédés analogues, toutefois en les proportionnant à l'état plus ou moins fâcheux ou satisfaisant de chaque navire....

» D'après ce principe, le danger est beaucoup moins grand dans les parties superficielles et apparentes des cales, que dans l'épaisseur de leurs parois, j'en ai toujours recommandé l'exploration la plus attentive et j'ai prescrit d'y faire pénétrer les désinfectants. J'avais soin, entre autres détails, de faire enlever les *paracloses*, pièces mobiles de tout point comparables aux plaques qui recouvrent les ruisseaux des allées et des portes cochères et qui en font l'office. Toutes les parties de la sentine où croupissent toujours des eaux noires et fétides, exhalant une odeur sulfureuse due à la décomposition des sulfates, étaient lavées, grattées et asséchées, enfin, on s'assurait par des injections faites dans les mailles, si elles étaient libres et propres, et l'on ne cessait d'y faire passer de l'eau que quand elle en sortait claire et sans odeur....

» Il ne saurait échapper à l'Académie qu'entre ces mesures et la quarantaine proprement dite, il y a une différence considérable. Qu'est-ce, en effet, que la quarantaine, telle qu'elle se pratique encore aujourd'hui en beaucoup d'endroits, telle surtout qu'elle se pratiquait autrefois? Un temps plus ou moins long, quelquefois très long, pendant lequel on retarde le déchargement d'un navire, pendant lequel on suspend ses opérations. Il y a à peine quelques années on voyait encore dans une de nos colonies un navire, non pas malade, mais simplement suspect, retenu en rade durant plus de six semaines, avant que l'on prît un parti définitif à son égard.... A la temporisation, qui était le caractère de l'ancienne quarantaine, le déchargement sanitaire substitue une opération immédiate. S'emparant du navire aussitôt son arrivée, il le vide avec des précautions particulières, et il y procède le plus tôt possible, non pas en vue des marchandises reconnues aujourd'hui pour être infiniment moins dangereuses qu'on ne le croyait, mais en vue du navire lui-même, foyer de l'infection et point de départ des accidents. On trouve à cela deux avantages, le premier d'assurer plus complétement la santé publique, le second de gagner un temps précieux, ce temps dont, plus que jamais aujourd'hui, on comprend la valeur, et qu'à tout prix il faut savoir économiser.

» Si je ne m'abuse donc, le système du déchargement appliqué, pour la première fois, de cette façon à Saint-Nazaire, réalise un progrès véritable dans le service sanitaire. Deux mots le résument : *sécurité plus grande et économie de temps....*

» En terminant cette seconde partie, je manquerais à la justice, si je ne disais, en présence de l'Académie, le concours efficace et les services que m'ont rendus, par leurs connaissances spéciales, les deux médecins et le pharmacien de la marine attachés au lazaret flottant. J'avais constitué M. le docteur Gestin, le plus élevé en grade, chef du service. Il m'en rendait compte, jour par jour, dans des rapports écrits. Il en a résumé, plus tard, les points principaux dans un rapport d'ensemble, comme il avait résumé ceux de l'*Anne-Marie*. Il eût été impossible d'apporter à des opérations que les circonstances et les localités rendaient difficiles, plus de zèle que ne l'ont fait MM. Gestin, Guillemord et Le Dantec, et je me plais à rappeler leurs noms, comme je me suis plu à rappeler ceux des médecins civils. »

(*La suite prochainement.*)

II

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 AVRIL 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — *Note sur un nouveau procédé d'inoculation de la péri-pneumonie exsudative et contagieuse des bêtes bovines*, par M. *Ch. Lenglen*. — Il y a une douzaine d'années, un médecin belge, M. le docteur Wilhem (de Hasselt), eut l'idée d'extraire de la sérosité du poumon d'une bête abattue pour cause de péri-pneumonie et d'inoculer cette sérosité à d'autres bêtes bovines saines, dans le but de les rendre réfractaires à la contagion de cette maladie. Le succès a couronné cette tentative, et il est avéré aujourd'hui que ce genre d'inoculation met les animaux qui l'ont subi à l'abri des atteintes de la péri-pneumonie exsudative et contagieuse.

Dans le but de mettre les opérés à l'abri de tout accident consécutif, M. Lenglen propose l'emploi d'un procédé qui consiste à inoculer un premier sujet avec le liquide même de la péri-pneumonie, et les autres animaux avec la sérosité provenant de l'engorgement produit par la première inoculation ou par les inoculations successives. (*Comm.:* MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard.)

PATHOLOGIE. — *De la déviation des règles et de son influence sur l'ovulation*, par M. *A. Puech*. — L'auteur, en terminant son travail, le résume sous forme de conclusions dans les termes suivants : « 1° On dit qu'il y a déviation des règles, hémorrhagie supplémentaire, lorsqu'il se fait à des époques périodiques un écoulement de sang par des parties autres que les voies génitales; 2° toutes les parties du corps peuvent donner naissance à ces hémorrhagies; néanmoins, elles ont des siéges de prédilection parmi lesquels il faut signaler l'estomac (32 fois), les mamelles (25 fois), les poumons (24 fois), la muqueuse nasale (18 fois); 3° toutes les observations bien prises accusent comme antécédents, soit des phénomènes hystériques, soit une sensibilité nerveuse exagérée; 4° les règles font le plus souvent défaut (183 fois), mais (15 fois) au même moment que l'hémorrhagie supplémentaire on a noté un léger suintement de sang; 5° les organes génitaux sont le plus souvent sains; on les a trouvés cependant altérés; dans onze cas, il existait une atrésie, soit congénitale, soit accidentelle; 6° hors ces derniers cas, l'absence des règles n'implique pas la stérilité; à moins de désordres graves dans l'économie, l'ovulation continue à s'effectuer, et la rupture de la vésicule de Graaf coïncide avec l'époque de la déviation; 7° la grossesse est donc possible et a été observée; elle suspend la déviation, sauf à la voir reparaître, soit après les couches, soit à la cessation de l'allaitement; 8° quoique compatible avec la santé et pouvant durer de la puberté jusqu'à l'âge critique, la déviation est un acte patho

logique; c'est même un état grave, puisqu'il a causé plusieurs fois la mort. » (*Comm.:* MM. Milne Edwards, Rayer, Cl. Bernard.)

ANATOMIE PHILOSOPHIQUE. — *Mémoire de M. Foltz sur l'homologie des membres pelviens et thoraciques de l'homme.* — Pour résoudre le problème posé par Vicq d'Azyr, l'auteur établit que le type homologique, bien qu'au fond il reste le même, se révèle à nous sous deux aspects différents, l'un symétrique, l'autre direct. Quand on compare deux membres d'un même côté, on a l'homologie symétrique; quand on compare, à la manière de Vicq d'Azyr, deux membres de côtés opposés ou en diagonale, on a l'homologie directe. L'homologie symétrique est facile à démontrer entre le bassin et l'épaule du même côté, entre la cuisse et le bras, entre la jambe et l'avant-bras; mais il n'en est plus de même entre le pied et la main, car la main devant être placée dans la supination et l'extension pour établir la symétrie, il arrive que le gros orteil est en dedans et que le pouce est en dehors.

Cette difficulté grave, qui a résisté jusqu'ici aux efforts des anatomistes, semble heureusement résolue par la formule suivante :

« Le gros orteil est binaire et homologue des deux derniers poigts; le pouce est binaire et homologue des deux derniers orteils. » (*Comm.:* MM. Serres, Flourens, Milne Edwards.)

THÉRAPEUTIQUE. — *Recherches expérimentales sur l'action physiologique du tartre stibié*, note de M. *G. Pécholier*, présentée par M. *Bernard*. — « 1° Le tartre stibié n'a point toujours, et à tous les moments, exercé une action contro-stimulante sur les animaux auxquels nous l'avons administré. L'action dépressive du sel d'antimoine sur la circulation, la respiration et l'innervation, est bien l'effet le plus saillant, mais non l'effet constant de cette substance.

» 2° Dans une première période, sous l'influence de doses de 1, 2, 3, 5, 10, 20 et 40 centigrammes de tartre stibié, nous avons constaté, durant quinze à vingt minutes, une augmentation d'une dizaine de pulsations et de respirations par minute, et un peu d'excitation nerveuse. Cette période a complétement manqué lorsque, la dose ayant été énorme (1 à 2 grammes), il n'y a eu aucun effort de vomissement.

» 3° Pendant la seconde période, qui n'a jamais manqué et qui a duré en moyenne trois à quatre heures, nous avons observé, d'une manière plus ou moins prononcée suivant la dose employée, le ralentissement du pouls; la diminution du nombre des mouvements respiratoires; l'abaissement de la chaleur animale, surtout dans les organes extérieurs, et un collapsus évident dans les fonctions du système nerveux.

» 4° Pendant une troisième période que nous nommons période de *réaction*, le pouls et la respiration sont d'abord revenus à leur état normal pour s'accélérer ensuite. La chaleur animale s'est ranimée, elle a été même plus élevée qu'avant l'expérience. La sensibilité et la motilité, un moment réveillées, n'ont pas tardé à s'engourdir de nouveau. Cette réaction fébrile, dont les conséquences ont été habituellement mortelles, nous a paru liée à des irritations et à des congestions organiques constatées à l'autopsie. Elle a manqué quand les doses ingérées ont été trop faibles (au-dessous de 5 centigrammes) ou trop fortes (1 gramme). Dans le premier cas, en effet, après une perturbation passagère, tout est rentré dans l'ordre; dans le second cas, la mort est survenue directement par les progrès de la prostration.

» 5° L'affaiblissement de l'innervation s'est manifesté surtout du côté des nerfs sensitifs. La motricité nerveuse et la contractilité musculaire ont été mieux conservées, quoique très amoindries.

» 6° Les autopsies de nos animaux morts empoisonnés ou sacrifiés pendant l'émétisation nous ont fait constater l'action irritante du tartre stibié, soit sur les organes avec lesquels il entre immédiatement en contact, soit sur ceux qu'il atteint après son absorption et lorsqu'il est mélangé au sang. C'est ainsi que nous avons noté l'injection primitive de l'estomac et de l'intestin, et l'injection secondaire, variable dans son existence et son intensité, du foie, des reins, du cerveau et même du poumon. Nous avons pu retrouver l'antimoine dans le foie; nous avons également constaté dans cet organe la présence du sucre normal. Le sang a toujours été diffluent, surtout lorsque de fortes doses avaient été administrées.

» 7° En comparant l'action contro-stimulante de l'ipécacuanha avec celle du tartre stibié, on note entre ces deux médicaments des différences très importantes : l'hyposthénisation due au premier atteint vite son maximum, menace très promptement la vie, mais elle décroît avec une aussi grande rapidité et ne donne pas lieu à cette période réactive si dangereuse, quand on emploie le tartre stibié. L'action de celui-ci, au contraire, est plus lente, plus profonde, plus durable, et devient progressivement et presque nécessairement mortelle, dès qu'un certain point a été dépassé. Nous n'avons trouvé chez les animaux soumis à l'action de l'ipécacuanha ni la diffluence du sang, ni ces irritations organiques nombreuses, et spécialement l'hypérémie pulmonaire, que le tartre stibié a manifestement produites. En revanche, le sel d'antimoine ne détruit pas la fonction glycogénique du foie comme la racine du Brésil, et abolit moins sûrement qu'elle l'activité des nerfs sensitifs. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1863. (Suite.) — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

M. *Auguste Mercier* adresse une note intitulée : NOUVEAUX PROCÉDÉS DE CATHÉTÉRISME PAR DES SONDES INVAGINÉES.

L'auteur rappelle que parfois des valvules du col de la vessie, des hypertrophies de la prostate, et particulièrement sur sa portion susmontanale, offrent, à l'introduction des sondes, des difficultés presque insurmontables, surtout quand ces excroissances ont été creusées, déchirées par des tentatives antérieures de cathétérisme, et qu'il a proposé, pour vaincre ces obstacles, plusieurs procédés, dont un a été déjà décrit par lui sous le nom de *sondes invaginées*. Pour le pratiquer, il prend une grosse sonde d'étain et façonne l'œil unique que cet instrument présente sur sa face concave, de manière que son canal aboutisse à cet orifice par un plan incliné. Il l'introduit alors. Le bec s'engage dans la fausse route et la ferme. Cela fait, il pousse dans son canal une sonde élastique très flexible qui, sortant par l'œil, se dirige en avant et passe entre le bord antérieur du col vésical et l'obstacle, lequel se trouve presque toujours en arrière.

Mais ce procédé ne pouvait servir qu'à l'évacuation de l'urine. Il est d'autres cas où il s'agit d'explorer la vessie ou son col, et où un cathéter métallique, nécessaire à cet effet, ne peut être introduit, bien que certaines sondes élastiques pénètrent avec assez d'aisance. M. Mercier propose de faire, dans ces circonstances, le contraire de ce qui précède, c'est-à-dire de se servir d'une sonde élastique pour conduire celle de métal.

On connaît le cathéter coudé, qu'il préfère à tout autre pour explorer le col de la vessie et la vessie elle-même. Il en a fait faire un en acier de 3 millimètres seulement de diamètre, ayant le bec un peu renflé et bien arrondi, le coude un peu moins anguleux, la tige longue de 65 centimètres, mais formée de deux pièces d'égale longueur à peu près, s'unissant l'une à l'autre par quelques pas de vis, enfin muni d'un pavillon mobile pouvant également se visser à la place de la seconde pièce.

La sonde élastique qui doit frayer la voie à l'instrument précédent peut être droite ou courbe, suivant que l'une ou l'autre forme entre mieux (presque toujours alors les sondes très courbées sont les plus favorables). Il faut qu'elle soit très solide pour ne pas perdre de sa rotondité au niveau des courbures et pour ne pas être percée ou déchirée par la sonde métallique. Il faut, en outre, qu'elle soit parcourue par un canal beaucoup plus large que le calibre de celle-ci, condition importante, comme on le verra.

Un problème, dit l'auteur, qui m'avait d'abord fort embarrassé, fut résolu de la manière la plus simple, et j'oserai dire la plus heureuse : je veux parler de l'ouverture terminale qui doit laisser passer la sonde métallique. Je pris, pour confectionner cette sonde, une bougie convenable, et, avec un instrument bien tranchant, je fis une fente, une sorte de boutonnière d'un centimètre et demi, commençant au sommet de son bec et

s'étendant sur sa face concave. Il én résulte que, au moment de l'introduction, les deux lèvres de cette boutonnière restent en contact parfait, tandis qu'elle s'écarte on ne peut plus facilement pour laisser passer l'instrument de métal. Il est bon d'entourer l'extrémité externe de cette sonde d'un fil qui y forme un bourrelet bien adhérent, afin qu'on puisse la tenir d'une main plus ferme pendant qu'on y pousse le cathéter.

Cette sonde doit être graissée à l'intérieur et à l'extérieur. On l'introduit; on y pousse une injection pour remplir la vessie si elle n'est déjà pleine, puis on y passe le cathéter.

Ici se présente une difficulté, c'est d'empêcher le liquide de sortir pendant ce temps de l'opération. M. Mercier ne s'est servi jusqu'à présent, pour cela, que d'un tampon de ouate serré fortement autour du cathéter au moyen de nombreux tours de fil.

Lors donc que celui-ci est engagé dans la sonde élastique, on pousse le tampon contre l'extrémité de cette sonde, et, de la main gauche, on l'y maintient fortement appliqué, pendant que, de la droite, on pousse le cathéter.

Quand ce dernier a pénétré dans la vessie et franchi l'ouverture terminale de la sonde, on le maintient en place et on retire celui-ci jusqu'à ce que son bec soit descendu au-dessous du col de la vessie. A partir de ce moment, on n'a plus à s'occuper d'empêcher la sortie du liquide. On visse la seconde pièce mécanique sur la première ; on continue de faire glisser sur elle la sonde élastique dont on se débarrasse ; puis on se débarrasse également de la seconde pièce métallique ; on la remplace par le pavillon, et l'on n'a plus, en définitive, dans les organes, qu'un cathéter coudé ordinaire.

Je n'ai encore eu, dit M. Mercier, que deux fois occasion d'employer cet appareil. La première, il ne me réussit pas, parce que, d'une part, la tige métallique était trop courte, et, de l'autre, parce que ma sonde élastique, qui était assez large quand j'expérimentais hors des organes, fut insuffisante quand elle se trouva fortement fléchie et comprimée au niveau de l'obstacle. Je parvins à introduire le cathéter à l'aide du chloroforme. Mais la réflexion et de nouvelles expériences me révélèrent ces causes d'insuccès, et chez mon second malade, ce procédé me réussit si bien, que je n'hésite pas à le proposer.

En tout cas, on pourrait préparer la voie au cathéter en passant auparavant dans la sonde le mandrin élastique d'acier que j'ai décrit sous le nom de *dépresseur*.

SÉANCE DU 21 AVRIL 1863.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans les départements de la Savoie, de l'Orne et de la Charente-Inférieure. — *b.* Divers rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Prévost fils* (d'Hazebrouck), *Martin-Duclaux* (de Villefranche), *Schmitt* (de Sarralbe), et de MM. les médecins des arrondissements de la Haute-Loire. — *c.* Un rapport de M. le docteur *Rébory* sur le service de la médecine cantonale dans les circonscriptions de Digne et de Mezel (Basses-Alpes) pendant l'année 1862. (*Commission des épidémies.*) — *d.* Le rapport de M. le docteur *Lhéritier* sur le service médical des eaux minérales de Plombières pendant les années 1861 et 1862. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : Une lettre concernant la guérison directe et spécifique de la fièvre jaune, par M. le docteur *Herzog* (de Posen). (M. Bouvier, *rapporteur.*)

M. *Michel Lévy* offre en hommage, au nom de M. *Legouest*, un volume intitulé : Manuel du chirurgien de l'armée.

M. *Larrey* présente : 1° au nom de M. le docteur *Jeannel* (de Bordeaux), la deuxième édition de son livre sur la prostitution publique ; 2° au nom de M. *Blatin*, une brochure sur la rage et sur sa prophylaxie ; 3° au nom de M. *Acton*, un ouvrage traduit de l'anglais sur les désordres des organes de la génération à tous les âges de la vie.

M. *Velpeau* dépose sur le bureau une note relative à une amputation du bras chez un enfant de treize mois, pratiquée avec succès par M. le docteur *Binot* (de Villiers) à la suite d'une fracture compliquée de l'humérus gauche par écrasement avec perte de substance. (*Comm.:* M. Velpeau.)

M. *le Président* annonce la perte douloureuse que l'Académie vient de faire dans la personne d'un de ses membres les plus distingués, M. le professeur *Moquin-Tandon*, mort subitement dans la nuit du mardi 14 avril.

Après un juste tribut d'hommages rendu à la mémoire de l'éminent professeur, M. le président dit qu'une députation de l'Académie assistait à ses obsèques. Conformément à la volonté expresse du défunt, aucun discours n'a été prononcé, au nom de l'Académie, sur sa tombe.

Lectures.

Physiologie expérimentale. — M. *Gavarret*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Bouillaud*, *Grisolle* et *Béclard*, lit un *Rapport sur les appareils et expériences cardiographiques* de MM. *Chauveau* et *Marey*.

Après une description de ces appareils, M. le rapporteur résume en ces termes les résultats les plus importants des expériences de MM. Chauveau et Marey :

« 1° Il y a synchronisme absolu d'une part entre les mouvements actifs et passifs des deux ventricules ; d'autre part, entre les mouvements actifs et passifs de la masse ventriculaire et les augmentations et diminutions de pression du cœur contre les parois thoraciques.

» 2° Il y a alternance constante entre les mouvements des oreillettes et ceux des ventricules ; en d'autres termes, les mouvements actifs de l'oreillette s'exécutent tout entiers pendant les mouvements passifs des ventricules, et réciproquement. »

En prenant pour sujets d'études les courbes fournies par un cheval dont le pouls battait 50 fois par minute et chez lequel chaque révolution cardiaque complète était, par conséquent, d'une seconde et deux dixièmes, ces courbes montrent que la révolution cardiaque commence par la systole de l'oreillette. La contraction des parois auriculaires est brusque, dure un dixième de seconde et est immédiatement suivie d'un relâchement complet qui s'exécute en un dixième de seconde. Pendant tout le reste de la révolution cardiaque, c'est-à-dire pendant la seconde qui suit, l'oreillette est passivement distendue par le sang que lui apportent les veines ; puis arrive une deuxième systole auriculaire qui marque le début de la révolution suivante.

La systole du ventricule commence au moment où les oreillettes sont complétement relâchées, deux dixièmes de seconde après le début de la révolution cardiaque. Leur contraction brusque s'effectue en cinq centièmes de seconde et se maintient pendant trente-cinq centièmes de seconde, alors que les oreillettes sont graduellement et passivement dilatées par l'afflux du sang veineux. Puis tout à coup la contraction des parois ventriculaires cesse, et leur relâchement s'opère en quinze centièmes de seconde. Pendant les quarante-cinq centièmes de seconde que dure encore la révolution cardiaque, les ventricules sont passivement dilatés par le sang qui leur arrive à travers l'orifice auriculo-ventriculaire largement ouvert. Cette dilatation passive se prolonge pendant les deux premiers dixièmes de seconde de la révolution suivante, qui correspondent à la contraction et au relâchement des parois des oreillettes.

Donc l'oreillette ne travaille activement que pendant la douzième partie de la révolution cardiaque, tandis que la durée du travail actif du ventricule est quatre fois plus considérable et comprend le tiers de cette révolution.

De la comparaison des données précédentes avec les tracés fournis par le choc de la pointe du cœur contre les parois thoraciques, il résulte indubitablement que ce choc est indépendant de la systole auriculaire, et qu'il faut en chercher la cause dans la contraction brusque du ventricule.

M. le rapporteur cite deux expériences dans lesquelles il a été possible de constater directement la coïncidence du choc de la pointe du cœur et de la contraction des ventricules.

M. Gavarret expose ensuite les expériences à l'aide desquelles on s'est assuré que les mutilations auxquelles il a fallu soumettre les animaux ne troublaient pas le jeu des diverses parties du cœur.

La commission, en terminant, propose : 1° d'adresser des

félicitations à MM. Chauveau et Marey; 2° de renvoyer leur mémoire au comité de publication. (Adopté.)

Hygiène publique. — M. *Mélier* continue la lecture de son *Rapport sur l'épidémie de fièvre jaune observée à Saint-Nazaire au mois d'août* 1861.

Nomination. — M. Faraday est élu membre associé étranger.

III

REVUE DES JOURNAUX.

Tumeur érectile de la paupière. — Guérie par la cautérisation interstitielle, par M. Wordsworth.

Les tumeurs érectiles des paupières offrent souvent aux chirurgiens de grandes difficultés, car l'extirpation, les ligatures sous-cutanée ou multiple, ne sont pas applicables. Marshall-Hall avait employé quelquefois le broiement avec une aiguille à cataracte; plusieurs chirurgiens ont essayé avec des succès divers d'enfoncer dans la tumeur des aiguilles rougies au feu. Ce moyen a réussi entre les mains de M. Wordsworth.

Son malade n'était âgé que de huit mois lorsqu'il fut apporté, en octobre 1862, à *London Ophthalmic Hospital*. Le nævus occupait toute la paupière supérieure gauche, qui ne pouvait être relevée. La peau était elle-même comprise dans la tumeur. Après avoir administré un peu de chloroforme, le chirurgien enfonça un grand nombre de fois dans la tumeur une aiguille chauffée à la lampe à alcool. On se contenta pour tout pansement d'une compresse trempée dans l'eau froide.

Un mois environ après, le nævus était presque guéri; mais quelques vaisseaux ayant échappé à la cautérisation, on fit de nouvelles ponctions: cette fois le succès fut complet.

Parmi les précautions qu'indique M. Woordsworth, la plus importante est celle-ci : l'aiguille ne doit pas être chauffée au rouge blanc, mais seulement au rouge très sombre. Il ne faut pas, en effet, déterminer la formation d'eschares qui seraient suivies d'élimination; il faut seulement déterminer dans la tumeur une inflammation qui amène l'induration et la rétraction des tissus. (*The Lancet*, 14 mars 1863.)

Statistique d'opérations de fistules vésico-vaginales, par M. Baker-Brown.

Parmi les chirurgiens étrangers, M. Baker-Brown est un de ceux qui se sont le plus spécialement occupés du traitement des fistules vésico-vaginales. Chirurgien du *London Surgical Home*, M. Baker-Brown vient de présenter à la Société obstétricale de Londres la statistique intégrale des résultats obtenus à l'hôpital depuis sa fondation, dans le traitement des fistules vésico-vaginales.

55 femmes furent soumises à l'opération, 53 par M. Baker-Brown lui-même. — Il y eut 43 guérisons complètes, 1 amélioration; 4 malades sont encore en traitement, 5 ne furent pas guéries, 2 moururent.

Parmi les 43 guérisons, 24 furent obtenues après une seule opération, 8 après une seconde, 5 après une troisième, et 6 après un plus grand nombre.

Si, comme l'a fait M. Andrade dans sa thèse inaugurale, on compte non par malades, mais par opérations, on ne trouve plus qu'un tiers environ de succès, chiffre assez consolant du reste, lorsqu'il s'agit de fistules vésico-vaginales.

M. Baker-Brown n'emploie plus de *clamp*, et ses succès comme ceux des chirurgiens américains peuvent être attribués à l'usage des fils métalliques, et surtout à la précaution indispensable de ne pas intéresser la muqueuse vésicale, et de faire porter l'avivement sur une largeur suffisante de la muqueuse vaginale, pour aviver des surfaces et non des bords. (*The Lancet*, 28 mars 1863.)

Rapport sur les causes de la mortalité considérable parmi les enfants de la ville de Lille, et les moyens d'y remédier, par M. Chrestien, au nom d'une commission, et **Recherches statistiques sur le mouvement de la population de la ville de Lille pendant l'année 1858**, par le même.

La commission dont M. Chrestien est l'organe, étudie successivement, pour la ville de Lille, pendant la période comprise entre 1852 et 1858, la mortalité générale de la population et la mortalité spéciale des enfants depuis leur naissance jusqu'à cinq ans. Et comme les chiffres ici n'ont qu'une signification relative, elle les rapproche 1° des chiffres de la mortalité générale et de la mortalité des enfants, ainsi que du rapport des naissances aux décès, pour toute la France; 2° des chiffres de la mortalité dans vingt-deux autres villes, qui sont pour la plupart des centres manufacturiers, à savoir, Lyon, Cambrai, Nantes, Maubeuge, Valenciennes, Tourcoing, Douai, Toulouse, Saint-Etienne, Marseille, Amiens, Dunkerque, Armentières, Roubaix, Hazebrouck, Cassel, le Havre, Mulhouse, Bailleul, Rouen, Rennes et Avesnes.

Au point de vue de la mortalité générale, qui était en 1853, pour la France entière, de 1 décès sur 39 habitants dans la population urbaine, de 1 sur 49 dans la population rurale, et de 1 sur 45 dans la population générale, Lille tient le quatorzième rang parmi les vingt-trois villes comparées (avec une mortalité de 1 sur 32,16). Neuf villes offrent une mortalité plus considérable.

Le rapport entre les naissances et les décès, qui est de 1 sur 39 pour la France entière et de 1 sur 35 pour la population urbaine, n'est que de 1 sur 29,14 pour Lille, qui est moins favorisée à cet égard que treize des vingt-trois villes comparées.

Pour le chiffre proportionnel des naissances et des décès de la première année, Lille vient en treizième ligne, avec un rapport de 18,46 décès pour 100 naissances. Le même rapport était, pour la population urbaine de la France, en 1854, de 18,53 pour 100, et, pour la population rurale, de 16 et une fraction pour 100.

De 0 à 5 ans, le rapport des décès aux naissances, à Lille, est de 36,82 pour 100. Ici Lille n'occupe que la dix-huitième place; cinq autres villes subissent des pertes plus considérables encore : ce sont, par rang de mortalité croissante, le Havre, Rouen, Bailleul, Rennes et Mulhouse. Pour la population totale de la France, *moins le département de la Seine*, le rapport des décès de 0 à 5 ans aux naissances est de 1 sur 38, ou de 22,07 pour 100.

La commission signale, comme principales causes de cette grande mortalité, l'exiguité et le défaut d'insolation des logements de la classe ouvrière; l'encombrement chez les logeurs à la semaine; la fréquentation des cabarets; l'allaitement insuffisant des enfants; l'abandon de ceux-ci entre des mains mercenaires par les ouvriers des fabriques; enfin l'abus des médicaments narcotiques, fort employés par les ouvriers sous le nom de *dormants*.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la diphthérite du larynx, croup, par M. A. Millet. Paris, Savy, 1863, in-8.

Traitement du croup ou **Angine laryngée diphthéritique**, par P. Fischer et F. Bricheteau. Paris, A. Delahaye, 1863, in-8.

Mémoire sur le traitement du croup par la cautérisation laryngée, par le docteur Serullaz. Paris, Savy, 1863.

De l'opération du croup et de ses suites chez les très jeunes enfants, par le docteur Delore. Paris, Savy, 1863.

La trachéotomie appliquée au traitement du croup ou pra-

tiquée pour l'extraction des corps étrangers accidentellement introduits dans les voies aériennes est une des opérations qui attire le plus souvent l'attention des médecins. Malgré le grand nombre de trachéotomies faites en France, surtout depuis une vingtaine d'années, on discute encore, non plus heureusement sur son utilité, mais sur les indications qui autorisent à y recourir, et quant à l'opération en elle-même, il n'est pas d'année qui ne lui apporte son contingent de procédés et d'instruments nouveaux.

Cependant, malgré les succès inespérés qu'elle fournit, bon nombre de médecins n'oublient pas que la trachéotomie ne peut être, à proprement parler, considérée comme un mode de traitement de l'angine laryngée diphthéritique; elle pare aux accidents d'asphyxie, permet d'attendre la guérison spontanée ou provoquée des fausses membranes, laisse au médecin le temps d'agir par le traitement médical, mais ne saurait rien faire d'autre. Nous n'oserions faire cette observation, qui peut sembler banale, si nous n'avions été frappé de voir dans presque tous nos services d'enfants malades le traitement médical dirigé contre la diphthérite cesser immédiatement après la trachéotomie.

Le traitement médical, duquel on semble attendre la guérison de la diphthérite, n'inspirerait-il, en réalité, qu'une demi-confiance?

On est réellement tenté de le croire, surtout en voyant la trop longue nomenclature des médicaments employés dans le traitement du croup : médications antiphlogistique, dérivative, altérante, vomitive, antispasmodique; soude, potasse, cuivre, fer, mercure, soufre, antimoine, chlore, brôme, iode, etc., etc., sont employés sans qu'on puisse encore soupçonner leur degré d'utilité. Le traité de M. Millet, le mémoire très complet de MM. Fischer et Bricheteau nous donnent un aperçu de tout ce qui a été tenté jusqu'à présent pour combattre la diphthérite; mais, après l'énumération et l'examen des diverses méthodes, les auteurs ne semblent pouvoir donner la préférence à aucune de ces médications si diverses et souvent contradictoires.

On peut classer sous trois chefs les indications que se sont proposé de remplir les auteurs qui ont préconisé quelque nouveau médicament dans le traitement de la diphthérite. Les uns cherchent à agir sur le sang en le modifiant, de manière à combattre l'empoisonnement diphthéritique et la tendance des muqueuses ou du derme après sa dénudation, à se recouvrir de fausses membranes. Cette indication est la plus vraie de toutes. Mais comment la remplir? Faut-il donner des mercuriaux, faut-il donner des acides ou des alcalins? Voilà où commence le doute le plus absolu.

D'autres cherchent à modifier l'état des muqueuses, par des médicaments qu'ils donnent à l'intérieur, mais auxquels ils supposent une action élective sur les muqueuses du pharynx et de la trachée, et ici commencent les explications romantiques : « Le mercure éliminé a une action directe et spécifique sur les membranes muqueuses; il augmente la sécrétion du mucus, si nécessaire pour favoriser le décollement et l'expulsion des fausses membranes »

Le perchlorure de fer, pour M. Serullaz, administré à l'intérieur, agit spécialement sur les vaisseaux capillaires et desserre leurs parois; il se mêle au sang, et lui rend sa plasticité, modifie la sécrétion de la muqueuse laryngée, la tarit, et s'oppose ainsi à la formation des fausses membranes; mais si elles existent, il les dessèche et commence leur décollement.

D'autres enfin, comme M. Ozanam, mettent dans un vase une fausse membrane, cherchent parmi les réactifs chimiques ceux qui agissent sur elle pour la ramollir ou la fluidifier, puis, regardant sans doute l'économie tout entière comme un verre à réactif, y introduisent en plus ou moins grande quantité du bromure de potassium, par exemple, et guérissent ou croient de bonne foi, sans nul doute, avoir guéri 35 malades sur 42.

Quelle conclusion faut-il tirer de ce fait? C'est que le traitement médical du croup est encore à trouver, et qu'on ne saura au juste à quoi s'en tenir sur la valeur de ces médications si diverses qu'alors qu'on connaîtra la marche naturelle de l'angine laryngée diphthéritique, et qu'on n'attribuera pas à des médicaments des guérisons qui sont survenues, non à cause de leur usage, mais pendant ou malgré leur emploi.

Ce que nous venons de dire empêche que nous puissions, avec MM. Fischer et Bricheteau, considérer comme le résultat du *traitement médical* les chiffres que renferme leur tableau statistique, mais il n'en est pas moins intéressant de savoir que du mois de mars 1854 au 15 avril 1861, il est entré à l'hôpital Sainte-Eugénie 534 enfants atteints de croup. Sur ce nombre, 374 ont été trachéotomisés, 160 n'ont pas été soumis à l'opération, 58 seulement ont guéri. D'où il résulte que sur 534 malades la maladie n'a été ou ne s'est arrêtée que 58 fois, c'est 10,8 pour 100 de succès, 90 pour 100 d'insuccès du soi-disant traitement médical. On peut dire après cela que ce traitement est encore à trouver.

Le traitement local, c'est-à-dire l'application de topiques divers sur les parties envahies par la diphthérite n'a pas plus que le traitement général, l'avantage de réunir toutes les opinions. Il y a quelques années l'importance qu'on lui attribuait était si grande, que M. Trousseau après la trachéotomie pratiquait l'écouvillonnement et la cautérisation de la trachée. Plus tard, l'auteur lui-même regardait cette pratique comme inutile, peut-être bien comme nuisible.

M. Millet n'accepte qu'avec réserve la cautérisation, MM. Fischer et Bricheteau repoussent absolument l'emploi des caustiques, tels que le nitrate d'argent ou l'acide chlorhydrique. A la suite de la cautérisation par ce dernier agent on a observé, disent-ils, des eschares de l'arrière-gorge, des gangrènes. Elle peut faire pis encore : « en attaquant sur un point la manifestation diphthéritique, ne la provoque-t-on pas à se reproduire sur un autre, de sorte que la maladie qui pouvait n'être pas mortelle, le deviendrait en changeant de siége? La cautérisation de l'arrière-gorge ne propage-t-elle pas les fausses membranes dans le larynx? »

Telle n'est pas l'opinion de M. Serullaz. Ayant à traiter un enfant de quatre ans, il eut recours à la cautérisation laryngée par le perchlorure de fer, mais il répéta ces cautérisations à de courts intervalles; de six heures du soir à minuit et demi, neuf cautérisations furent faites et une dixième fut pratiquée le lendemain à six heures du matin. Une amélioration tellement rapide se manifesta, que cinq jours après, l'enfant sortait guérie de l'hôpital.

M. Serullaz attribue en grande partie ce succès à l'action spéciale du perchlorure, qui, « en raison de sa causticité, détruit la spécificité du liquide laryngien avant de le tarir, racornit les fausses membranes, facilite leur expulsion, diminue la sensibilité du larynx, les spasmes de la glotte et combat ainsi les éléments principaux de la maladie, c'est-à-dire l'élément inflammatoire, l'élément diphthéritique et l'élément nerveux. »

Que faire donc au lit d'un enfant atteint de croup? devant toutes ces divergences, faut-il s'abstenir? Nous ne le pensons pas. La diphthérite est le plus souvent une affection générale, et si nous ne possédons pas encore de médication spécifique, nous avons cependant à soutenir les forces de l'enfant, à agir suivant la nature de la constitution du malade. Mais, la diphthérite a des manifestations locales qui tuent par obstacle mécanique au passage de l'air dans les voies aériennes; il faut donc chercher à détruire localement les fausses membranes et à prévenir leur retour. Pour les détruire on peut avoir recours à des substances chimiques qui agissent sur elles comme le chlorate de soude, les bromures, dont l'emploi à l'intérieur nous paraît au contraire fort peu rationnel; mais il faudra surtout, par l'application de topiques non escharotiques modifier localement, comme on le ferait pour le tégument externe intéressé par une plaie, l'état de la muqueuse laryngo-pharyngienne.

Lorsque le traitement local ou général est, comme cela arrive trop souvent, resté infructueux, la trachéotomie devient la seule ressource pour empêcher l'asphyxie. Ici encore les résultats sont incertains. Nous n'avons jusqu'à présent qu'une seule statistique utile, celle de l'hôpital Sainte-Eugénie; elle nous montre que sur 534 enfants atteints de croup, il a fallu en trachéotomiser 396, si nous consultons le tableau des opérations lequel diffère un peu de la statistique du résultat fourni par le traitement médical. Sur ce nombre, 67 seulement guérirent. Donc comme 58 guérirent sans la trachéotomie, il en résulte que, sur 534 enfants atteints de croup, on ne put en sauver qu'environ 125, c'est-à-dire 23,4 sur 100, ou un peu moins de 1 sur 4.

A l'hôpital des Enfants malades les succès fournis par la trachéotomie ont été plus nombreux, 264 sur 1006 opérations ou 26,2 pour 100; mais cette statistique perd presque toute son utilité, en l'absence du nombre des malades atteints de croup et non opérés. On se décide en effet beaucoup plus facilement rue de Sèvres que rue de Charenton à recourir de bonne heure à la trachéotomie, et en revanche on s'en abstient plus facilement, quand la maladie est assez avancée pour que l'on ait peu à compter sur la guérison. C'est un moyen peur avoir une bonne statistique, mais en l'absence du nombre des cas non opérés, elle perd presque toute son importance.

Les résultats fournis par la trachéotomie sont notablement influencés par l'âge du malade, à tel point que plusieurs auteurs avaient cru devoir conseiller l'abstention lorsque les petits malades avaient moins de deux ans. Plusieurs faits que nous avons cités dans la Gazette hebdomadaire de l'année dernière, montrent que cette règle ne doit pas être suivie. Des communications faites à cette époque ont fourni plusieurs exemples de succès dans un âge peu avancé : M. Scoutetten à six semaines, M. Trousseau, M. Barthez à treize mois.

C'est sur ce point que M. Delore attire de nouveau l'attention en signalant un accident qu'il croit fréquent à cette époque de la vie. M. Delore a dû laisser la canule en place pendant plusieurs mois, et des accès de suffocation se manifestaient peu de temps après son enlèvement. Il croit que l'asphyxie était due à l'aplatissement du conduit aérien, trop peu résistant chez le très jeune enfant. Les faits de trachéotomie cités par MM. Barthez, Dumentpallier et Laborde, chez des opérés de moins de deux ans, paraissent à M. Delore pouvoir confirmer son explication. En effet, chez la plupart de ces petits malades l'extraction de la canule s'exécuta fort tardivement; chez deux d'entre eux on dut même recommencer pour ainsi dire l'opération, dans le but de replacer la canule et d'arrêter les progrès rapides de l'asphyxie.

La trachéotomie reste donc encore à tous les âges de la vie, la ressource principale dans les cas de laryngite diphthéritique, ressource précieuse sans doute, mais que l'on doit chercher à rendre de moins en moins nécessaire.

S'ils ne nous en donnent pas encore les moyens, les livres de MM. Millet, Fischer et Bricheteau nous permettent du moins de juger exactement l'état de la thérapeutique, et sous ce rapport ils méritent d'attirer l'attention. L. L.

V

VARIÉTÉS.

Réunion générale des Sociétés savantes de France. — Comme nous l'avons annoncé, les séances générales des Sociétés savantes ont eu lieu à la Sorbonne les 8, 9, 10 et 11 avril. Un grand nombre de communications y ont été faites dans les diverses sections d'*histoire*, d'*archéologie* et des *sciences*. Dans la section des sciences, réunie sous la présidence de M. Leverrier, la médecine, dans ses différentes branches, a été représentée avec honneur par MM. Dareste (de Lyon), Martins (de Montpellier), Lereboullet (de Strasbourg), Lecoq (de Clermont-Ferrand), Blondlot (de Nancy), Ollier (de Lyon), Oré (de Bordeaux), Filhol (de Toulouse), Morel (de Rouen), et Bourgade (de Clermont-Ferrand). « Tous ceux qui assistaient aux séances du 9 et du 10 avril, dit le secrétaire de la section des sciences, M. J. Blanchard, dans son compte rendu, garderont le souvenir d'avoir entendu MM. Lamy et M. Ollier; M. Lamy exposant les caractères du thallium, frappant les yeux par les réactions et les combinaisons de ce nouveau métal; M. Ollier montrant de quelle façon, guidé par les résultats d'expériences physiologiques, il avait réussi à reconstituer une partie du visage à des individus qui semblaient devoir être à jamais affreusement défigurés, ont soulevé les applaudissements de l'assemblée entière. »

A la séance de distribution des prix et récompenses, après un discours de M. le ministre de l'instruction publique, où la simplicité de la forme couvrait une grande élévation de pensée, le rapport sur les travaux scientifiques présentés au comité en 1862 a été lu par M. Milne Edwards, et accueilli avec la vive sympathie que mérite bien une si heureuse aptitude à comprendre toutes les formes du progrès scientifique. Nous détachons de ce rapport la partie qui concerne l'anatomie comparée et la physiologie :

« L'anatomie comparée et la physiologie animale sont cultivées aussi avec succès par plusieurs membres des Sociétés savantes dont les délégués sont réunis dans cette enceinte. Ainsi M. Lavocat, de l'Académie de Toulouse, a repris l'étude systématique de la composition vertébrale de la tête, sujet ardu, qui, après avoir été traité par Gœthe, Duméril, Geoffroy Saint-Hilaire, Oken, M. Owen et plusieurs autres naturalistes éminents, laisse encore beaucoup à désirer. Les recherches de M. Lavocat sont loin d'avoir fait disparaître toutes les obscurités qui entourent cette question, et je ne puis adopter toutes ses vues; mais son travail offre de l'intérêt. Il en est de même des mémoires publiés récemment par cet anatomiste sur la détermination systématique des muscles de divers mammifères comparés à ceux de l'homme. Enfin, la section scientifique a tenu également compte des observations faites précédemment par M. Lavocat en collaboration avec M. Joly (de Toulouse), et elle a pensé qu'il convient de récompenser l'ensemble de ses travaux par l'octroi d'une médaille d'argent.

» A l'éloge de l'École vétérinaire de Toulouse, où M. Lavocat professe l'anatomie, nous citerons aussi une série d'expériences sur le développement des helminthes chez le mouton faites par M. Baillet.

» L'École vétérinaire de Lyon s'est fait également remarquer par les travaux physiologiques accomplis dans ses laboratoires par M. Chauveau, et nous rappellerons que les recherches sur le mécanisme de la circulation, qui sont dues à cet expérimentateur et à son collaborateur M. Marey, ont été couronnées par l'Académie des sciences l'année dernière.

» Ce prix académique n'est pas le seul qui ait été remporté en 1862 par les savants dont les travaux font l'objet de ce rapport. Les recherches expérimentales de M. Dareste sur les causes de la monstruosité chez les animaux vertébrés supérieurs, qui ont été publiées en partie dans les Mémoires de la Société de Lille, ont obtenu la même distinction, et les observations intéressantes de M. Lereboullet (de Strasbourg) sur le développement anormal des poissons ont remporté un prix du même ordre décerné par la section scientifique de l'Institut de France.

» Pendant la courte période dont je rends compte aujourd'hui, le comité a reçu communication de plusieurs autres travaux du même genre que je ne saurais passer sous silence, malgré l'étendue trop considérable peut-être que prend ce rapport. De ce nombre sont un mémoire de M. Hollard (de Poitiers) sur le placenta des rongeurs; deux notes de M. Bazin (de Bordeaux) sur certains points de l'anatomie du système nerveux; des expériences de M. Oré sur les fonctions de la veine-porte; de nouvelles observations de M. Blondlot sur les fistules gastriques; de M. Lespès sur l'organisation des fourmis neutres; et de M. Fabre (d'Avignon) sur le rôle du tissu adipeux des insectes dans la production de l'acide urique; enfin des remarques de M. Martins sur l'ostéologie comparée du coude et du genou.

» La médecine est un art dont les progrès sont en grande partie dépendants de ceux de la physiologie, et qui a sans cesse besoin des lumières fournies par les sciences physiques et chimiques. Il en est de même de l'agriculture, qui trouve des auxiliaires puissants dans ces dernières sciences, et le comité, tout en restant étranger aux questions de pratique, ne doit pas se montrer indifférent aux services que la théorie peut rendre à ces branches si utiles des connaissances humaines. C'est de la sorte que nous avons été conduits à donner une médaille d'or à l'un des jeunes chirurgiens les plus distingués de la ville de Lyon, M. Ollier, et à un agronome de Caen, M. Isidore Pierre.

» Depuis plusieurs années M. Ollier, prenant pour point de départ les travaux célèbres de M. Flourens sur le rôle du périoste dans la production du tissu osseux, s'occupe de recherches nouvelles sur les propriétés physiologiques de cette membrane. Il a transplanté, pour ainsi dire, des lambeaux de périoste d'une région du corps dans une autre région, et même d'un animal sur un autre, sans arrêter le mouvement vital dans ces fragments, et en leur conservant leur aptitude à produire de la sub-

stance osseuse ; de sorte qu'il a pu déterminer la formation de portions de ce tissu dans des points de l'organisme qui en étaient dépourvus. Appliquant ensuite à l'art de la chirurgie reproductrice ces données fournies par la science du physiologiste, M. Ollier a perfectionné considérablement certaines opérations; par exemple, il a pu construire une charpente solide pour un nez artificiel, mais vivant, qu'il fabriquait de toutes pièces pour réparer la mutilation résultant de la perte de cette partie de la face chez un de ses malades. Or un pareil résultat est certes un des triomphes de l'art chirurgical. »

RAPPORT DE M. TOURANGIN SUR DEUX PÉTITIONS RELATIVES A L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

Les pétitions n^{os} 16, 19 et 60 ont le même objet; elles sont adressées au sénat par les sieurs Linas et Mayer, médecins à Paris, et le sieur Manuel, médecin à Gap (Hautes-Alpes). Les pétitionnaires demandent la révision de la loi du 19 ventôse an XI sur l'exercice de la médecine.

Messieurs les sénateurs, l'art de guérir a toujours été en honneur, et a tenu une grande place dans les sociétés civilisées. La France, sous l'ancien régime, comptait dix-huit Facultés de médecine, dont plusieurs jouissaient d'une grande renommée. La révolution, qui détruisait tout, n'épargna pas plus les institutions savantes que les institutions politiques. Un décret du 16 août 1792 supprima à la fois les universités, les Facultés et toutes les corporations savantes.

L'enseignement de la médecine disparut donc, et l'anarchie la plus complète régna dans l'art de guérir. Un tel état de choses ne pouvait pas subsister sous le règne réparateur de Napoléon I^{er}. La loi du 19 ventôse an XI fut présentée au corps législatif.

Le célèbre Fourcroy, dans l'exposé des motifs, fit un tableau frappant de l'anarchie qui avait succédé à l'ancienne organisation; il signala le charlatanisme et l'empirisme, stimulés par la cupidité, prenant toutes les formes pour abuser de la crédulité des populations. « Il est pressant, disait-il, pour détruire tous ces maux à la fois, d'organiser un mode uniforme et régulier d'enseignement pour ceux qui se destinent à soigner les malades. »

La loi de l'an XI reconstitua l'enseignement de la médecine et en réglementa l'exercice. Cette loi fut un bienfait; mais elle se ressentit des circonstances dans lesquelles elle avait été faite. On sentit plus tard le besoin de mettre l'enseignement et l'exercice de la médecine en harmonie avec les progrès de la science et l'état de la société.

Déjà, sous Napoléon I^{er}, sur un rapport de Dupuytren, on reconnut les vices de la constitution du corps médical, et la nécessité de la réformer. Plus tard, en 1825 et 1826, des projets de lois furent présentés à la chambre des pairs sur cet objet important, et donnèrent lieu à des débats remarquables. En 1838, un projet, concerté avec une commission considérable par le nombre et les lumières de ses membres, allait être présenté aux chambres, lorsqu'un changement d'administration fit ajourner cette grave question; mais elle resta l'objet de la préoccupation du corps médical et de l'opinion publique. Une manifestation éclatante vint, en 1845, attirer l'attention la plus sérieuse du gouvernement. Le congrès médical, composé des médecins les plus distingués de Paris et de la France entière, jeta la plus vive lumière sur l'état de la médecine en France, et sur la nécessité d'une prompte réforme de la loi du 29 ventôse an XI.

En 1847, un projet de loi fut présenté à la chambre des pairs. Une discussion approfondie fit introduire quelques améliorations dans ce projet, qui fut porté à la chambre des députés le 3 janvier 1848.

Dans l'exposé des motifs, le ministre, après avoir rappelé toutes les phases que la question avait parcourues, ajoutait : « C'est aujourd'hui sous les auspices de la délibération conforme de tous les corps médicaux, de toutes les Facultés, du congrès, d'un nombre infini de Sociétés médicales et savantes, de la haute commission des études médicales, et, ce qui vaut mieux, de la chambre des pairs, que nous vous proposons le jugement du procès qui divisait, il y a vingt-cinq ans, Cuvier, Chaptal et les deux chambres. »

Les événements de février 1848 n'ont pas permis que ce projet fût converti en loi. Ainsi la loi du 19 ventôse an XI, qui date de soixante ans, est encore debout avec ses imperfections. Aujourd'hui les demandes de révision de cette loi se renouvellent et se multiplient. Les auteurs des pétitions qui vous sont soumises attaquent principalement les dispositions pénales de la loi de l'an XI, qu'ils regardent comme insuffisantes pour mettre un frein au charlatanisme, à l'empirisme et aux abus de toute nature qui envahissent l'art de guérir.

La loi de l'an XI qualifie *délit* l'exercice illégal de la médecine, et l'article 35 de cette loi punit ce délit d'une amende au profit des hospices, sans en fixer ni le *minimum* ni le *maximum*. Le juge restait ainsi libre de déterminer la quotité de l'amende, en raison des faits et des circonstances; mais la cour de cassation a décidé, par de nombreux arrêts, qu'en l'absence de fixation, par la loi, d'un *minimum* et d'un *maximum* de l'amende, les tribunaux ne pouvaient appliquer que la plus faible des peines pécuniaires, c'est-à-dire l'amende de simple police, dont le *maximum* est de 15 francs.

D'après cette jurisprudence, qui rencontre encore des résistances, un fait qualifié délit par la loi de l'an XI est poursuivi et puni comme une simple contravention; les tribunaux correctionnels sont saisis d'affaires qui n'entraînent qu'une peine de simple police; et les tribunaux de police peuvent connaître d'un fait qui est qualifié délit par une loi. Il y a là quelque chose d'anormal et qui prouve que la loi de l'an XI a vieilli.

Sans examiner si une peine de simple police est suffisante pour réprimer l'exercice illégal de la médecine, il est impossible de ne pas reconnaître que la loi de l'an XI, quant à ses dispositions pénales, a besoin d'être mise en harmonie avec notre législation criminelle. Elle a d'ailleurs besoin d'être révisée dans son ensemble.

Il sera digne du gouvernement de l'Empereur de résoudre des questions depuis si longtemps controversées, et nous croyons pouvoir dire que les ministres compétents accepteront cette mission utile et délicate.

Votre première commission a l'honneur de vous proposer de renvoyer les pétitions des sieurs Linas, Mayer et Manuel à M. le ministre de la justice, M. le ministre de l'instruction publique et M. le ministre du commerce.

(Le triple renvoi est ordonné.) (*Moniteur.*)

— M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, commencera le second semestre de son cours de médecine au Collége de France vendredi prochain, 24, à une heure, et le continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

— A la suite du concours pour les quatre places de chefs de clinique de la Faculté ont été nommés MM. Peter, Lancereaux, Blachez et Proust. MM. Bonfils, Baudot, Ball et Menjaud ont été désignés comme chefs de clinique *adjoints*.

— Les épreuves de la première série du concours de l'agrégation en chirurgie et accouchement sont terminées.

Sont admis à subir les épreuves suivantes : Pour la chirurgie, MM. Després, Guyon, Labbé, Lefort, Panas, Parmentier et Tillaux.

Pour les accouchements : MM. Guéniot, Joulin et Salmon.

— Le banquet annuel de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 27 avril, à l'issue de la séance ordinaire, dans les salons de la maison Philippe. Les membres correspondants nationaux ou étrangers présents à Paris, qui désireraient prendre part à cette fête, sont priés de vouloir bien en informer M. Legrand du Saulle, commissaire.

— Par arrêté du 13 avril 1863, M. Cruveilhier, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire par M. Lorain, agrégé près ladite Faculté.

— Le concours pour quatre places de chef de clinique médicale, qui vient d'être terminé, a présenté une particularité tout à fait insolite. Jeudi dernier, les premières épreuves étaient terminées, et le public attendait avec anxiété le résultat du vote éliminatoire, lorsque M. le doyen, après avoir pris l'avis du jury, est venu déclarer qu'en raison du mérite des candidats, il ne serait procédé à aucune élimination.

— M. le docteur Grégoire Lachèse, directeur honoraire de l'École de médecine d'Angers, est mort à Angers le 8 avril dernier, dans sa quatre-vingt-dixième année.

VI

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1862. 2e série, t. III, paru en avril 1863. In-8 de 664 pages. Paris, Victor Masson et fils. 7 fr.

LETTRES CRITIQUES SUR LA PRÉTENDUE ACTION DISSOLVANTE ET FLUIDIFIANTE DES EAUX DE VICHY, par le docteur *Casimir Daumas*. Brochure in-8 de 40 pages. Paris, Victor Masson et fils.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

·Pour l'Étranger.
Lo port en sus suivant
les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires,
et par l'envoi d'un bon
de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du
1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 1er MAI 1863. N° 18.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Décoloration de l'urine par la teinture d'iode et par la teinture de brome. — Causes probables de la décoloration. — Expériences sur les matières extractives de l'urine. — II. **Travaux originaux**. Séméiologie : Mémoire sur une lésion conjonctivale non encore décrite coïncidant avec l'héméralopie. — Physiologie pathologique : Expériences sur le nouveau réactif de MM. Trousseau et Dumontpallier. — III. **Correspondance**. Sur la décoloration de la teinture d'iode par l'acide urique. — IV. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — V. **Bibliographie**. Fonctions et désordres des organes de la génération chez l'enfant, le jeune homme, l'adulte et le vieillard, sous le rapport physiologique, social et moral. — Des rétentions d'urine, ou pathologie spéciale des organes urinaires au point de vue de la rétention.— VI. **Variétés**. Alexander Trallianus de medicina. — VII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — Réceptions au grade de docteur. — VIII. **Feuilleton**. Lettres historiques sur la médecine chez les Indous.

I

Paris, 30 avril 1863.

DÉCOLORATION DE L'URINE PAR LA TEINTURE D'IODE ET PAR LA *teinture de brome*. — CAUSES PROBABLES DE LA DÉCOLORATION. — EXPÉRIENCES SUR LES *matières extractives de l'urine*.

L'intéressante question mise à l'ordre du jour par MM. Trousseau et Dumontpallier commence à s'éclaircir. On a le regret (car on regrette toujours d'avoir à contredire des confrères distingués et à faire évanouir l'espoir d'un progrès), on a le regret de dire que toutes les expériences publiées depuis la première note des inventeurs, et portant à la fois sur des urines glycosiques et sur des urines normales — celles que M. Corvisart a rapportées dans l'UNION MÉDICALE (numéro du 9 avril), et qu'il rappelle dans le présent numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE (voy. p. 289); celles de M. Farge (*Gazette hebdomadaire*, n° 17); celles de M. Coulier (voy. plus loin, p. 288); celles de M. Petit (*Union médicale*, 28 avril); celles enfin dont nous avons publié les résultats dans les deux derniers numéros, — s'accordent à démontrer que les urines normales, non-seulement peuvent décolorer la teinture d'iode, comme l'avaient vu déjà MM. Dumontpallier et Trousseau, mais la décolorent parfois aussi et même plus rapidement que les urines glycosiques. Ces jours derniers encore, nous avons constaté que 10 grammes d'une urine très riche en urate d'ammoniaque, et ne réduisant aucunement l'oxyde de cuivre, ne commençaient à se colorer, et encore très légèrement, qu'à la dixième goutte de teinture d'iode. Si l'on ajoutait alors 5 nouvelles gouttes de teinture, on obtenait la même nuance jaunâtre qu'avec 2 gouttes dans 10 grammes d'eau distillée. Une demi-heure après, la nuance avait sensiblement pâli.

Nous avions cru voir, dans le résultat de quelques-unes de nos expériences (*Gaz. heb.*, n° 17, expérience n° 10 et *post-scriptum*), l'indice d'une action *colorante*, et non pas décolo-

FEUILLETON.

Lettres historiques sur la médecine chez les Indous.

Voir t. IX, n° 18, t. X, nos 8, 12, 13 et 15.

Fin de la quatrième lettre.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Etude générale de la littérature médicale de l'Inde.

II

PÉRIODE SANSCRITE. — TABLEAU GÉNÉRAL DE LA LITTÉRATURE SANSCRITE. — SUÇRUTA ET CHARAKA, — L'AYURVÉDA ET SES SUBDIVISIONS.

En traitant plus haut (lettre deuxième) du développement de la médecine, nous avons appliqué la désignation de *brahmanique* à la période consécutive à l'époque védique. Notre but, en adoptant cette expression, était de bien faire comprendre que nous restions complétement en dehors de l'esprit bouddhique, qui eût sa vie et sa littérature à part. M. Weber nomme cette seconde période, considérée au point de vue de l'histoire littéraire, période *sanscrite*. Cette expression, dont l'opportunité a été contestée, a pour but de faire ressortir l'importance de la langue, qui est devenue le *sanscrit*, c'est-à-dire le langage *parfait*, langage désormais réservé aux érudits et aux savants, par opposition aux dialectes *pracrits*, ou dérivés, qui étaient d'un usage journalier dans la masse du peuple; mais en dehors du caractère tiré de la langue, il en est un autre auquel nous avons déjà fait allusion, et qui contribue considérablement à déterminer la physionomie de cette seconde période. C'est une sorte de division du travail d'où la littérature sanscrite tire ce cachet d'universalité qui manque à la littérature védique, et qui tient à ce que chaque genre y est cultivé pour lui-même, comme cela s'était déjà présenté auparavant dans quelques upanishads et dans quelques brahmanas. Pendant l'ère védique, il y avait *le livre;* pendant l'ère

rante, de la glycose sur l'urine mise en présence de la teinture d'iode. Pour nous mieux assurer du fait, nous avons procédé de la manière suivante :

Nous avons pris deux nouveaux échantillons (du matin) des urines glycosiques qui nous avaient servi dans nos premières recherches, l'une recueillie par M. Vigla, l'autre venant du service de M. Trousseau, et nous nous sommes assurés qu'elles étaient encore fortement chargées de sucre. Dans 10 grammes de chaque échantillon, nous avons versé goutte à goutte de la teinture jusqu'à ce que s'établît une coloration persistante. — L'échantillon n° 1 (Vigla) s'est un peu coloré à la cinquième goutte; mais l'intensité de cette coloration n'a plus varié jusqu'à la quarantième goutte. A la cinquante-deuxième, l'expérience durant depuis un quart d'heure, teinte sucre d'orge qui subsiste. A ce moment de l'expérience, le pouvoir décolorant de l'urine étant épuisé, si ce pouvoir réside en totalité ou en partie dans la glycose, il suffira d'ajouter un peu de cette substance dans l'urine pour affaiblir la coloration. On verse donc dans la liqueur une forte goutte de *sirop de froment* bien transparent et presque incolore; la coloration augmente très sensiblement. — Dans l'échantillon n° 2 (Trousseau), la décoloration a été complète et instantanée jusqu'à la trente-quatrième goutte. Pour obtenir une coloration persistante, il a fallu pousser jusqu'à 53 gouttes. Une forte goutte de sirop de glycose versée alors dans la liqueur la colore au même degré que la précédente.

Nous avons répété l'expérience avec du sucre de diabète que nous avait remis M. Vulpian. Le résultat a été le même.

Une demi-heure plus tard, les échantillons s'étaient, il est vrai, *légèrement* décolorés, mais en prenant une teinte rougeâtre.

Toutes les expériences concourent également à démontrer que le pouvoir décolorant de l'urine réside dans les substances salines qu'elle contient, plus particulièrement dans l'acide urique et les urates. On lira sur ce point les remarques de M. Corvisart (p. 289). De nouveaux essais nous ont donné les mêmes résultats quant à la supériorité du pouvoir décolorant de l'urate de soude et de l'urate de potasse sur celui de l'acide urique. Pour ce qui concerne l'action du sulfate de potasse, nous ne l'avions aucunement mesurée comparativement à celle de l'acide urique; c'est tout à fait arbitrairement et parce que nous attendions peu d'effet de la première substance que nous en avions fait dissoudre le double de la seconde dans une même quantité d'eau. En réalité, le sulfate de potasse est un décolorant de l'urine beaucoup moins énergique que l'acide urique et les urates. Nous venons de nous en assurer encore une fois, par deux expériences qui ont consisté à verser des gouttes de teinture dans deux éprouvettes contenant, pour 10 grammes d'eau, l'une 25 milligrammes de sulfate de potasse, l'autre 25 milligrammes d'urate de soude. Le pouvoir décolorant du premier sel est inférieur de plus de moitié au pouvoir décolorant du second.

M. Corvisart attribue, du reste, à l'urate de soude une énergie d'action que nous n'avons pu reconnaître en répétant sa propre expérience. Suivant lui, 40 grammes d'une solution contenant pour 1000 grammes d'eau 1 gramme d'urate de soude, décoloreraient 320 grammes de teinture d'iode. Nous avons préparé une solution d'urate de soude dans la proportion indiquée, soit 10 centigrammes d'urate de soude pour 100 grammes d'eau. Aux termes de l'expérience de notre confrère, 4 grammes seulement de notre solution devraient décomposer 32 grammes de teinture; nous avons mis en contact avec ces 32 grammes la solution tout entière, soit 100 grammes : le mélange s'est coloré fortement. Le lendemain matin, il s'était un peu décoloré, mais une partie de l'iode s'était naturellement précipitée. Suivant une de nos expériences, 35 milligrammes d'urate de soude dans 10 grammes d'eau distillée ayant décoloré 15 gouttes de teinture d'iode pesant 45 grammes, comme nous nous en sommes assurés, 1 gramme d'urate ne peut décolorer que 13 grammes environ de teinture.

Mais les substances salines contenues dans l'urine sont-elles les seuls agents de la décoloration? Un chimiste des plus expérimentés, M. Lefort, veut bien appeler, à ce point de vue, notre attention et nos recherches sur les *matières extractives* du liquide urinaire, et sur la *créatine* et la *créatinine* qu'on y rencontre souvent.

N'ayant pas de créatine ni de créatinine à notre disposition, nous avons opéré sur l'extrait de viande et de légumes qui forme les tablettes nutrimentives de Cadet; 7gr,50 de cet extrait ont été dissous dans 40 grammes d'eau distillée, et 2 grammes de cette solution ont été versés dans 10 grammes d'eau également distillée. La liqueur était peu colorée. Nous y versons une goutte de teinture; la liqueur prend une teinte grisâtre; à la seconde goutte, coloration plus foncée et un peu violette; à la troisième, couleur brun marron. Il était évident que l'iode attaquait la matière organique, mais *en colorant le*

---

brahmanique, il y a *les livres*. Nous allons, comme nous l'avons fait pour la première période, parcourir rapidement l'ensemble de ces richesses, dont une si grande partie est aujourd'hui connue de l'Europe.

En tête de la littérature sanscrite, nous rencontrons les Épopées, dont deux surtout sont célèbres : le Râmâyana et le Mahâbhârata, que M. le baron Guerrier de Dumast a ingénieusement nommés la Râmaïde et la Bhâratide ; poëmes gigantesques, dont le dernier a une étendue qui dépasse de beaucoup cent mille vers, et dont le second a été entièrement traduit en plusieurs langues de l'Europe, et notamment en français. Vient ensuite la poésie dramatique, riche d'œuvres fort intéressantes, dont un grand nombre sont traduites, et dont une même, *le Petit char d'argile*, de Kalidasa, a paru sur la scène française sous le nom du *Chariot d'enfant*. Nous mentionnerons aussi les fables, dont une grande quantité nous étaient arrivées par les peuples arabes et persans, avant la connaissance du sanscrit : l'Hitopadésa, ou Instruction utile, en est un recueil assez considérable, qui a été traduit en français par M. Lancereau, dans la Bibliothèque elzévirienne. Terminons ce qui a trait aux œuvres poétiques en citant la littérature érotique dont quelques représentants, comme la gracieuse composition intitulée le *Nuage messager*, ont été l'objet de travaux nombreux.

Quand je dis que nous laissons là les œuvres poétiques, il ne faut comprendre ces paroles que pour ce qui regarde le fond et non la forme des œuvres, car la grande majorité des livres sanscrits sont en vers; les livres relatifs aux sciences, à la grammaire, les lexiques, etc., comme les autres : cela tient à des questions que nous ne pouvons aborder ici.

Mentionnons d'abord les œuvres philosophiques extrêmement intéressantes, et où nous retrouvons, sous des formes diverses, des systèmes analogues à ceux des écoles modernes et à ceux de l'antiquité classique. La philosophie médicale de l'Inde, à laquelle nous consacrerons un chapitre spécial, n'était pas sans relations avec les théories philosophiques de l'époque. Dans notre premier travail (thèse couronnée, 1858, 2e tirage,

mélange, et non en décolorant la teinture d'iode, comme font les sels de l'urine.

Pour ce qui concerne la matière extractive, nous avons opéré sur 300 grammes d'une urine normale qui, par un hasard tout spécial, était très peu riche en sels, à ce point qu'elle n'a pu nous fournir la réaction si belle de l'acide urique en murexide par l'action de l'acide azotique et de l'ammoniaque. L'urine est d'un sujet bien portant; elle est limpide, légèrement acide; sa densité est de 1,018 à la température de + 16 degrés.

1° La chaleur et l'acide acétique sont sans action; donc pas d'albumine.

2° Le ferro-cyanure de potassium n'indique pas non plus la présence de la caséine ni de la globuline.

3° La matière filtrée, évaporée à siccité au bain-marie, est reprise par l'alcool à 83 degrés. Cet extrait alcoolique est ensuite essayé.

A. L'acide nitrique fumant, versé goutte à goutte, n'indique pas la présence de la bile.

B. Une autre partie de l'extrait alcoolique avec SO^3 et sucre n'indique pas non plus la présence des acides de la bile.

C. Avec la liqueur de Fehling, pas de trace de glycose.

D. Réduit par l'évaporation à un petit volume, l'extrait alcoolique avec AzO^5 pur ne décèle pas la présence de l'acide hippurique.

E. De l'extrait alcoolique concentré, mélangé à un soluté sirupeux de chlorure de zinc, donne un précipité indiquant la présence de la créatine.

F. L'extrait, avec l'oxyde de zinc, ne décèle pas la présence de l'acide lactique.

Les substances insolubles dans l'alcool ont été reprises par l'eau distillée et essayées de la même manière; les réactions sont les mêmes que pour l'extrait alcoolique.

Nous avions donc, d'une part, un résidu insoluble à l'alcool, à l'eau, à l'acide chlorhydrique, renfermant quelques sels insolubles et de la matière extractive; d'autre part, un soluté alcoolique renfermant l'extractif à l'état soluble. Nous opérons successivement sur la matière insoluble et sur la matière soluble :

1° 20 centigrammes de matières insolubles sont mêlés à 13 grammes 50 centigrammes d'eau distillée, et l'on verse de la teinture d'iode dans le mélange, en agitant chaque fois. Les trois premières gouttes sont décolorées; la coloration commence à la quatrième goutte, et augmente avec la cinquième et la sixième. Vingt-cinq minutes après, la teinte n'avait pas changé; au bout d'une demi-heure, peut-être y avait-il un peu de décoloration, mais la liqueur devient plus foncée par l'addition de deux gouttes.

2° Même expérience avec les matières solubles (données en grande quantité par l'extrait alcoolique); même résultat absolument que pour les matières solubles.

En somme une urine peu chargée de sels, ne contenant ni bile, ni matières grasses, ni matières protéiques (albumine, fibrine, caséine, globuline), ni glycose, mais des matières extractives, les unes solubles (*la plus grande partie*), les autres insolubles, n'a manifesté qu'un très faible pouvoir décolorant qui s'explique aisément par la petite quantité de sels qu'ont pu et dû retenir les extraits. Ce fait seul que toute la matière extractive fournie par 300 grammes d'urine n'a décoloré que quelques gouttes d'urine, témoigne de la nullité ou de la faiblesse du rôle joué par ces matières dans le fait de la décoloration, puisque 10 grammes d'urine normale, qui contiennent si peu de matières extractives, décolorent souvent une plus grande quantité de teinture.

Nos expériences ne se sont pas arrêtées là. Nous nous sommes demandé si d'autres corps métalloïdes que l'iode, parmi ceux qui s'en rapprochent le plus par les caractères chimiques, n'auraient pas également la propriété d'être décolorés par l'urine. Pour nous en assurer, nous avons préparé avec le *brome* une teinture alcoolique contenant 6 grammes de métalloïde pour 38 grammes d'alcool. C'est une proportion double de la proportion d'iode dans la teinture du codex; la liqueur pourtant est loin d'être aussi colorée que la teinture iodée. Nous l'avons essayée successivement sur des urines diabétiques (les mêmes échantillons qui précèdent), sur des urines normales, sur l'*urate de soude*, le *sulfate de potasse*, l'*urine artificielle* qui nous avait servi dans nos précédentes expériences et sur la *glycose*. Les urines etaient rendues depuis quelques heures seulement.

1° 10 grammes de l'échantillon n° 2 (Trousseau) décolorent instantanément 10 gouttes de la teinture; la même quantité de l'échantillon n° 1 (Vigla) se teint *légèrement*. 10 nouvelles gouttes sont encore décolorées par l'échantillon n° 1 en huit ou dix secondes; elles colorent un peu plus l'échantillon n° 1. On constate au bout d'une minute que celui-ci a la même colo-

---

in-8, pages 24-25), nous avions cru devoir dire que, contrairement à Hippocrate, Suçruta ne pouvait point appuyer ses théories sur celles de grandes écoles philosophiques qui, comme cela se passait en Grèce, contrôlaient les faits et apportaient leur contingent de découvertes, de là résultait à nos yeux, pour Hippocrate, le mérite d'avoir fait franchir à la médecine le seuil de l'autel, échappant ainsi, en partie, aux pratiques superstitieuses. Cette proposition, vraie dans un sens, est exagérée dans un autre. Nous essayerons ailleurs d'exposer notre opinion complète avec plus de détails.

Après les ouvrages relatifs à la philosophie, nous citerons les travaux grammaticaux, aussi nombreux que profonds, et dont les plus importants ont été édités dans ces derniers temps en Europe; les ouvrages relatifs aux mathématiques; ceux relatifs à l'astronomie, dont l'étude dans l'Inde remonte à une si haute antiquité, et qui était, au dire de Strabon, l'occupation journalière des Brahmanes; ceux relatifs à la métrique, à la magie, etc.

Le droit fut aussi, chez les Indous, l'objet des constantes préoccupations de leurs savants, et le célèbre Code de Manou, qu'ils suivent encore aujourd'hui, est devenu familier, pour ainsi dire, à tous ceux qui en Europe s'occupent de questions de droit ou de questions orientales.

En dehors de tout ce que nous venons d'énumérer, les Indous réunissaient sous le nom commun d'upavedas (c'est-à-dire veda inférieur, sous-véda, ὑπο-veda) les ouvrages correspondant à quatre branches des connaissances de l'époque : l'art de la guerre, la musique, les arts plastiques, et enfin la médecine.

La médecine, considérée dans son ensemble, portait le nom de Ayurvéda, que nous pourrions fort bien traduire par *Véda de la santé*, c'est-à-dire science de ce qui a rapport à la durée de la vie, comme nous l'avons déjà dit. Ce mot n'est donc pas le titre de tel ou tel ouvrage, pas plus que notre terme générique de *science médicale*. Mais comme à l'époque où nous nous reportons, les diverses parties de la science avaient encore reçu

ration qu'une solution de 5 gouttes dans de l'eau distillée, et que l'autre échantillon est à peu près décoloré. On ajoute d'abord 5 gouttes, dans chaque tube, puis 30 autres gouttes en trois fois dans l'espace de quatre minutes; les deux liqueurs, à chaque nouvelle addition, ne tardent pas à reprendre la même teinte qu'avant les 35 dernières gouttes. 20 nouvelles gouttes amènent dans les deux liqueurs une coloration assez foncée, qui s'est affaiblie au bout de dix minutes. Enfin, après 10 nouvelles gouttes, la coloration de ces deux liqueurs est à peu près celle d'une solution de 11 gouttes de teinture dans 10 grammes d'eau.

2° Avec l'urine normale (très pâle et d'une faible densité), expérimentée dans les mêmes conditions, la décoloration est beaucoup moins forte. 20 gouttes de teinture colorent comme 10 gouttes dans l'eau distillée. On ajoute, en deux fois, 20 nouvelles gouttes; la coloration augmente d'abord, puis s'affaiblit assez rapidement et revient sensiblement à celle de la liqueur échantillon à 10 gouttes.

3° On dissout 25 milligrammes d'*urate de soude* dans 10 grammes d'eau distillée. La liqueur décolore successivement 16 gouttes de teinture de brome versées deux par deux. Au-dessus de cette dose jusqu'à la vingt-deuxième, la coloration augmente graduellement; on ajoute alors 1 centigramme d'urate de soude; la décoloration est complète au bout d'une minute.

4° Avec le *sulfate de potasse*, la coloration a commencé à la sixième goutte; à la vingtième, la coloration était assez prononcée. On ajoute 1 centigramme de sulfate; légère décoloration. Il a fallu ajouter successivement 12 centigrammes pour amener une décoloration à peu près complète.

5° Dans 10 grammes de l'*urine artificielle*, qui avait perdu, par dépôt, une partie de ses sels, 112 gouttes de teinture de brome ont donné la même coloration que 3 ou 4 gouttes dans la même quantité d'eau distillée.

6° Enfin, la présence de la glycose n'a pas eu, dans deux expériences successives, plus d'influence sur la teinture de brome que sur la teinture d'iode.

Nous nous bornons à constater ces résultats, dont la signification par rapport à la question en litige ressort d'ailleurs d'elle-même.

A. Dechambre et Delpech, pharmacien de 1re classe.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Sémiologie.

Mémoire sur une lésion conjonctivale non encore décrite, coïncidant avec l'héméralopie, par le docteur Bitot, professeur d'anatomie à l'École de médecine, chirurgien honoraire des hospices de Bordeaux.

Dans un remarquable rapport fait à l'Académie le 15 juillet 1862, à propos d'un travail de M. le docteur Despons, sur le traitement de l'héméralopie, M. le professeur Gosselin a signalé la blépharite muqueuse ou conjonctivite catarrhale légère, comme liée à la cécité nocturne. Le trouble visuel serait subordonné à l'irritation palpébrale, et l'on comprendrait mieux ainsi le caractère épidémique de la maladie, sa persistance dans les mêmes régiments, et sa récidive chez les mêmes hommes.

La présente note a pour objet de signaler aussi la coïncidence de l'héméralopie avec une lésion de la conjonctive; mais cette lésion n'occupe pas les paupières, elle se forme sur le globe de l'œil, et elle consiste, non en une inflammation, mais en un assemblage de points d'un blanc éclatant, produisant comme une tache nacrée ou argentée, à côté de la cornée transparente.

Cette coïncidence n'a été ni décrite, ni même indiquée par les auteurs.

Je crois nécessaire d'ajouter ce trait à l'histoire encore incomplète et fort obscure de l'héméralopie.

C'est à l'hospice des Enfants assistés de Bordeaux, sur vingt-neuf sujets, que j'ai fait mes observations.

L'héméralopie avait à peine attiré l'attention de mes prédécesseurs. En 1859, quatre jeunes garçons me furent présentés comme perdant la vue le soir, et je commençai à étudier cette cécité avec un grand soin, soit pour en découvrir les causes, soit pour apprécier les modifications que les membranes ou les humeurs de l'œil pouvaient avoir subies.

D'abord, je l'avoue, je considérai comme étrangers à la maladie ces petits points nacrés qu'offraient les yeux des héméralopes; mais la constance de ce phénomène me parut fort remarquable, et devint pour moi le signe pathognomonique de la cécité nocturne, car aucun de ces héméralopes n'en était exempt.

Après les quatre premiers sujets qui m'avaient si vivement intéressé, mais qui depuis avaient quitté l'hospice, des faits semblables me furent fournis par vingt-cinq autres individus.

J'en ai étudié l'état morbide, et j'en ai recueilli l'histoire avec exactitude.

---

individuellement assez peu de développement pour permettre de traiter de tout en un seul livre, il y avait des *Compendiums* qui portaient avec quelque raison le titre de *Ayurvéda*, puisqu'on y résumait toutes les connaissances utiles à l'art de guérir. Cela n'empêchait pas la création d'œuvres partielles, relatives à la matière médicale, aux maladies des femmes, etc.

Avant d'indiquer en quoi consistaient les diverses parties de la science médicale dans l'Inde, nous devons dire quelques mots de ses principaux représentants, dans les œuvres desquels nous puiserons les renseignements qui vont suivre. Les documents sanscrits, arabes et autres, nous ont transmis les noms et quelquefois les livres d'un assez grand nombre de médecins indous, mais au-dessus de tous ces noms, deux surtout apparaissent entourés du respect profond et de la vive admiration des Indiens et même des Arabes : ce sont ceux de Charaka et de Suçruta. Il nous est resté sous le nom du dernier un livre considérable, un ayurvéda dont le texte sanscrit a été imprimé à Calcutta en 1835, et dont un médecin allemand, le docteur Hessler, a donné une traduction latine, trop souvent obscure, ce qui tient sans doute à ce qu'il n'avait pas, pour éclairer le texte, des commentaires plus modernes suffisamment explicites.

Quant à Charaka, que quelques orientalistes regardent comme plus ancien que Suçruta, ses ouvrages n'ont pas encore été imprimés, et nous ne les connaissons que par des manuscrits plus ou moins complets, et l'étude qu'en ont faite les auteurs qui se sont occupés de la médecine dans l'Inde antique : Royle, Wilson, Wise, Webb, etc. Nous n'avons vu nulle part, sous son nom, l'indication d'un manuscrit aussi étendu que le livre de Suçruta; mais il peut très bien en exister qui ne soient pas arrivés à notre connaissance. Les noms de Charaka et Suçruta furent assez célèbres chez les Arabes pour que vers le VIIIe siècle ils traduisissent tout ou partie de leurs œuvres; c'est donc surtout d'après ces deux auteurs que nous allons tracer le cadre des connaissances médicales chez les Indous.

Avec les auteurs j'ai reconnu deux degrés dans l'héméralopie.

Tantôt la perte de la vue est entière, tantôt elle n'est pas telle, que les sujets ne puissent encore distinguer quelques objets confusément. De là, deux sortes d'héméralopie : l'héméralopie complète et l'héméralopie incomplète. Ce dernier degré a été plus fréquent chez les garçons, le premier chez les filles.

Voici, du reste, les principaux détails des faits que néanmoins je crois devoir rendre aussi concis que possible.

1° Observations recueillies sur les garçons.

Obs. I. — Sébastien Véral, âgé de seize ans, enfant trouvé, d'un tempérament lymphatique sanguin, d'une constitution assez forte, ordinairement bien portant, élevé à la campagne, est admis dans l'atelier des tailleurs, le 26 juillet 1859. Il a été atteint d'une héméralopie incomplète, depuis le mois de novembre 1860 jusqu'à celui d'octobre 1861.

A partir du coucher du soleil, il distinguait à peine les objets environnants; ils lui paraissaient enveloppés comme d'un brouillard, et il lui était impossible de travailler. L'examen des yeux permit de constater l'état suivant : sur les deux globes, en dehors de la cornée, des points ou granulations d'une couleur blanche sont agglomérées et forment une tache argentée, nacrée, de forme triangulaire, ayant son sommet vers l'angle externe, sa base en dedans, et parallèle à la cornée, dont elle n'est distante que de 1 millimètre; elle mesure 8 millimètres dans le sens horizontal, et 5 dans le sens vertical. Au côté interne de la cornée de l'œil gauche, on ne trouve aucune tache, tandis qu'à droite on en aperçoit quelques minces parcelles; ce malade présentait, outre les taches, un arc sénile bien prononcé. Dans le courant du mois d'octobre, la cécité et les taches disparurent ensemble graduellement.

Obs. II. — Casimir Boulgin, âgé de quatorze ans; tempérament sanguin, tailleur, entré le 31 mars 1856, est atteint d'une héméralopie incomplète, qui remonte au mois de novembre 1860. Dès le moment où cet enfant s'est plaint de sa vue, j'ai constaté à l'œil droit, en dehors de la cornée, une tache d'aspect analogue à celle de l'observation précédente, offrant la forme d'un triangle équilatéral, de 5 millimètres de côté, situé sur l'hémisphère inférieur immédiatement au-dessous de l'équateur; en dedans de la cornée, on remarque quelques grains nacrés séparés; à l'œil gauche, en dehors de la cornée, une tache allongée dans le sens vertical, concentrique et contiguë à cette membrane; elle mesure 8 millimètres de haut en bas, et 4 en travers; elle est partagée en deux parties égales par l'équateur. Le bord contigu à la cornée est sensiblement plus épais que le reste de la plaque; arc sénile manifeste surtout à gauche. La vue revient peu à peu à l'état normal dans le courant du mois de novembre 1861, et dans le même temps, les taches s'effacent de jour en jour; il n'en restait plus de trace quand l'affection visuelle, qui avait duré un an, eut complétement cessé.

Obs. III. — Ferdinand Toureau, âgé de quatorze ans, lymphatique sanguin, constitution moyenne, tailleur. Héméralope incomplet du mois de mars au mois de novembre 1861; à l'œil droit, en dehors de la cornée, tache argentée, triangulaire, un peu plus étendue en travers que du haut en bas, mesurant à peu près 4 millimètres dans le premier sens et 3 dans le second; en dedans de la cornée, quelques grains nacrés. L'œil gauche présente des particularités semblables à celles de l'œil droit. Guérison graduelle de la cécité et des taches.

Obs. IV. — Constant Lamon, âgé de quinze ans, tempérament lymphatique sanguin, bien constitué, employé comme épileur depuis deux ans au traitement de la teigne, atteint d'héméralopie incomplète pendant les mois de février et mars 1861. Sur les deux yeux, en dehors de la cornée, tache triangulaire de 5 millimètres en travers sur 3 en hauteur; aucune trace de tache en dedans de la cornée; arc sénile léger aux deux yeux. Le malade ne peut plus travailler dès le coucher du soleil. La cécité et les taches disparaissent peu à peu, vers la fin du mois de mars 1861. Chez ce sujet, l'état morbide n'a duré que deux mois.

Obs. V. — Emeric Grillot, âgé de seize ans, tempérament lymphatique, forte constitution, cordonnier; entré pour une fracture de la cuisse, le 4 avril 1860, devient héméralope incomplet au mois de janvier 1861. Tache argentée, triangulaire, en dehors de chaque cornée, rien au côté interne; semi-arc senile supérieur. Solution graduelle de la cécité et des taches en novembre 1861, c'est-à-dire au bout de onze mois.

Obs. VI. — Eugène Dupuy, âgé de seize ans, lymphatique sanguin, tailleur; entré le 3 mars 1860; héméralopie incomplète depuis le mois de novembre 1860 jusqu'au mois de décembre 1861. A l'œil droit, tache argentée, linéaire, de 3 millimètres en dehors de la cornée qu'elle n'atteint pas tout à fait; en dedans, quelques grains très fins. A l'œil gauche, tache triangulaire de 3 millimètres en dehors de la cornée qu'elle ne touche pas; en dedans, quelques grains épars. Le malade m'a fait remarquer qu'il voyait mieux de l'œil droit que de l'œil gauche. Disparition des taches et de la cécité au bout de treize mois.

Obs. VII. — Mathurin Guisoin, âgé de seize ans, lymphatique sanguin, bonne constitution; entré le 29 décembre 1858; tailleur. Héméralope incomplet pendant onze mois, de novembre 1860 à octobre 1861; tache triangulaire en dehors de chaque cornée; disparition graduelle de la cécité et des taches.

Obs. VIII. — Jules Jubileau, âgé de quatorze ans, scrofuleux; entré le 30 août 1855. Héméralope incomplet pendant les mois de décembre 1860, janvier et février 1861; taches caractéristiques légères, pendant le même temps; disparition simultanée et successive de la cécité et des taches.

Obs. IX. — Marc Chardillot, âgé de quatorze ans, bonne constitution; entré le 7 mars 1857; tailleur. Héméralope incomplet pendant les étés de 1860 et 1861; taches caractéristiques qui finissent graduellement comme la cécité.

Obs. X. — Nicolas Bichon, âgé de treize ans; indigent; bonne constitution; entré le 17 juin 1854; occupé à éplucher des légumes. Héméralope incomplet pendant deux mois, mars et avril 1861; taches caractéristiques légères de même durée.

Obs. XI. — Antoine Course, indigent; âgé de douze ans; faible constitution; occupé à éplucher des légumes; entré le 23 avril 1856. Héméralope incomplet, pendant les mois de mars et avril; taches légères en dehors de la cornée.

Obs. XII. — Alexis Thomas, enfant trouvé, âgé de onze ans; lympha-

---

L'ayurvéda complet, cette sorte d'encyclopédie, comprenait ce que nous entendons aujourd'hui par sciences médicales et sciences accessoires; on y comptait diverses parties d'inégale importance, et dont quatre, les trois dernières surtout, pourraient être appelées fondamentales, parce qu'elles sont, à vrai dire, la base de l'édifice, et qu'à la rigueur elles suffiraient pour le constituer tout entier. Voici quelles étaient ces diverses subdivisions.

Les parties principales étaient d'abord :

La sûtrasthâna, de sûtra, *précepte*, sthana, *section*, qui correspond à nos livres de pathologie générale, en ce sens qu'on y traite un peu de tout, en donnant les principes de chaque science, sans entrer, pour aucune, dans de grands développements. Les œuvres des deux maîtres cités plus haut renferment chacun une sûtrasthana; celle de Suçruta comprend quarante-six chapitres. La sûtrasthâna de Charaka qui n'est, comme nous verrons, que la seconde partie de son livre *De semeiotice et therapiâ universe tractat*, d'après Dietz (*op. cit.*, p. 129). Cette partie de l'ayurvéda pourrait à la rigueur être mise à part, comme de nos jours les ouvrages traitant exclusivement de la pathologie générale, quoique les deux espèces d'ouvrages ne soient pas conçus sur le même plan; aussi existe-t-il des manuscrits contenant seulement la sûtrasthâna.

2° La nidânasthâna, de Nidâna, *cause première;* ce mot signifie proprement étiologie, mais la nidânasthâna comprend en même temps des questions de symptomatologie et de pathologie proprement dite, c'est donc, somme toute, un traité de pathologie spéciale. Cette seconde partie est dans l'ouvrage de Suçruta, en concordance avec la quatrième partie qui traite de la thérapeutique, et comme en suivant cette concordance on épuise la nidâna avant d'avoir atteint la fin de la thérapeutique, on en a conclu, et M. Hessler le premier, que la nidâna, telle que la donne l'édition de Suçruta, est incomplète. Nous sommes de cet avis; néanmoins nous ferons observer qu'un

tique sanguin, habituellement bien portaot; occupé à éplucher des légumes; entré le 23 juin 1857. Héméralope incomplet pendant le mois d'avril 1861 ; taches caractéristiques légères.

Dans les trois observations qui suivent, la guérison a été rapide pour les taches comme pour la cécité.

Obs. XIII. — Léonard Boisset, orphelin âgé de dix ans; lymphatique, bien portant ; occupé à éplucher des légumes ; entré le 28 juillet 1858. Héméralope incomplet pendant le mois d'avril 1861 ; taches caractéristiques légères.

Obs. XIV. — Jean Charles, enfant abandonné, âgé de dix ans ; lymphatique sanguin, bien portant; occupé à éplucher des légumes; entré le 27 mars 1857. Héméralope incomplet du mois de novembre 1860 au mois de mars 1861; taches caractéristiques et légères.

Obs. XV. — Arthur Lalande, enfant trouvé, âgé de neuf ans; lymphatique sanguin, bien portant; occupé à éplucher des légumes; entré le 27 février 1858. Héméralope incomplet pendant quinze jours, en février 1861 ; petites taches caractéristiques.

2° Observations recueillies chez les filles.

Obs. I. — Mathilde Marty, enfant trouvée, âgée de quinze ans; tempérament sanguin, bonne constitution ; réglé; couturière; admise comme indigente le 16 avril 1860. Héméralope complète pendant un an.

A partir du coucher du soleil elle ne distingue plus aucun objet ; elle est incapable de se conduire. Point de taches en dedans des cornées, mais en dehors elles sont si grandes, qu'elles occupent toute la partie apparente de la conjonctive bulbaire. Elles atteignent la cornée ; leur couleur est plus franchement argentée du côté de la coroée ou de leur base, que vers leur sommet qui atteint la commissure palpébrale. Ces taches sont constituées par des lignes légèrement ondulées, parallèles, qui leur donnent l'aspect d'une surface ridée.

La cécité nocturne a duré onze mois; elle a disparu au commencement de novembre 1861, d'une manière lente, et j'ai pu constater aussi l'effacement progressif des taches. Il n'en existait plus la moindre trace quand le rétablissement de la vue a été complet.

Obs. II. — Sophie Baréges, enfant trouvée, âgée de dix ans; tempérament lymphatique sanguin, constitution faible; occupée à la couture ; entrée le 2 mars 1860; hémiplégique depuis deux ans environ, à la suite d'une attaque de convulsions. Héméralope presque complète du mois de mars au mois d'octobre 1861.

A partir du coucher du soleil, la malade distingue encore les objets mais d'une manière très obscure.

A l'œil droit, en dehors de la cornée, tache triangulaire, large ; en dedans, quelques traces.

A l'œil gauche, tache arrondie et grande comme une lentille ; rien en dedans de la cornée.

L'état normal est revenu graduellement en octobre 1861, les taches ont disparu graduellement aussi.

Obs. III. — Ursule Renoise, enfant trouvée, âgée de quinze ans; tempérament sanguin, constitution forte; réglée; couturière; entrée le 14 mai 1853. Héméralope complète. Il ne m'a pas été possible de déterminer la date du début de la cécité ; cette enfant ne jouissait que d'une intelligence fort obtuse. Les taches sont très larges en dehors de la cornée; en dedans, il n'existe que quelques grains épars.

Obs. IV. — Martienne Gipude, enfant trouvée, âgée de dix-sept ans ; tempérament lymphatique sanguin, bonne constitution ; réglée; couturière; entrée le 3 août 1858. Héméralope incomplète du mois de décembre 1860 au mois de novembre 1861. Après le coucher du soleil elle peut encore se conduire, mais avec difficulté; il lui est impossible de distinguer les objets d'un petit volume. A l'œil droit, en dehors de la cornée, tache ovalaire de 3 millimètres en travers sur 2 de haut en bas, à 2 millimètres de la cornée, au-dessous de l'équateur.

A l'œil gauche, en dehors de la cornée, tache triangulaire; en dedans de la cornée, sur les deux yeux, taches linéaires verticales, parfaitement séparées. Guérison graduelle en novembre 1861.

Obs V. — Louise Graniède, enfant trouvée, âgée de treize ans; tempérament lymphatique sanguin, d'une bonne santé ; non réglée; couturière; entrée le 7 octobre 1856, a perdu la vue pendant trois mois en 1860, elle l'a perdue de nouveau incomplétement en 1861, du mois de mars au mois de novembre. Chez cette enfant, le symptôme est peu apparent; elle n'offre que des taches linéaires, en dehors de chaque cornée ; rien en dedans. Guérison graduelle dans le courant de novembre 1861.

Obs. VI. — Eulalie Joldisse, enfant trouvée, âgée de dix-sept ans ; tempérament lymphatique sanguin; couturière; entrée le 14 septembre 1853. Héméralope complète pendant six mois, du commencement de mai à la fin d'octobre 1861 ; tache triangulaire très allongée, en dehors de chaque cornée ; rien en dedans. Guérison graduelle.

Obs. VII. — Cénorine Dolepé, enfant trouvée, âgée de dix-sept ans ; tempérament lymphatique sanguin, bonne constitution ; réglée; couturière; entrée le 26 novembre 1855. Héméralope incomplète pendant les mois d'août et septembre 1861; tache légère en dehors de chaque cornée. Guérison graduelle.

Obs. VIII. — Florence Gipare, enfant trouvée, âgée de dix-huit ans ; réglée ; scrofuleuse ; entrée le 12 août 1857 ; atteinte d'héméralopie très légère pendant le mois de mai 1861 ; quelques grains argentés en dehors de la cornée, à droite seulement. Guérison graduelle.

Dans les deux observations suivantes, la guérison a été rapide pour la cécité et pour les taches.

Obs. IX. — Cunégonde Padote, enfant trouvée, âgée de dix-huit ans ; réglée; tempérament lymphatique; entrée le 11 octobre 1859. Héméralope pendant tout le mois d'avril 1861 ; a présenté de petites taches oblongues en dehors des cornées.

Obs. X. — Aubierge, enfant trouvée, âgée de dix-neuf ans ; réglée ; tempérament lymphatique, ordinairement bien portante; entrée le 12 août 1860. Héméralope incomplète pendant les mois d'août, septembre et octobre 1861; taches caractéristiques de petites dimensions, mais toujours très apparentes.

Telles sont les observations qui servent de base à ce travail. Je vais en résumer les points les plus essentiels.

Vingt-neuf individus ont été atteints d'héméralopie en 1859,

---

manuscrit de Suçruta, accompagné de commentaires (n° 4 de la collection Baylor, *Bibl. Est India house*), ne contient dans sa nidâna que seize chapitres qui correspondent exactement à ceux du Suçruta de Calcutta. Mais cette question est plus intéressante aux yeux des orientalistes qu'aux yeux des médecins, et nous n'insisterons pas davantage.

3° La çarirasthâna, de çarira, *corps*, traite de l'anatomie, de la physiologie et de l'embryologie. Dans l'ayurvéda de Suçruta, la çarirasthâna ne comprend que dix chapitres; elle manque dans un certain nombre de manuscrits, et l'un d'eux notamment, intitulé *Charaka-sanhitâ*, que Dietz qualifie de *opus Charakæ integrum*, ne contient aucune partie relative spécialement aux sciences anatomo-physiologiques. Néanmoins, nous savons par Suçruta, que les Indous étudiaient l'anatomie par la dissection des cadavres, et nous devons en conclure que cette science était, chez eux, assez avancée pour faire partie, dès les temps anciens, de l'enseignement classique.

4° La chikitsitasthâna ou chikitsasthana, de chikitsâ, *pratique de la médecine* (chikitsaka, *médecin*), est la thérapeutique, c'est-à-dire la science des moyens de guérison, en comprenant sous ce titre, non-seulement les remèdes, mais aussi les opérations manuelles, chirurgicales, les pansements, etc. C'est dans cette section que se trouvent exposées les connaissances chirurgicales des Indous, connaissances que, avec une hardiesse et une habileté étonnantes, ils avaient poussées si loin. La chikitsâ de Suçruta ne comprend pas moins de quarante chapitres. Un manuscrit étendu de cent quatre-vingt-six feuilles (cat. Lond., Cod. 113. *Bibl. Est India house*), contient la chikitsasthâna de Charaka.

En dehors de ces quatre parties fondamentales, l'ayurvéda en contenait d'autres dont nous dirons quelques mots.

C'est ainsi 1° que nous trouvons, dans Dietz (*op. cit.*), l'indication d'un manuscrit de Charaka, qui commence par une partie intitulée *Indriyasthâna*, laquelle traite, après des invocations aux divinités, des difficultés de l'art et de la dignité de la médecine.

1860 et 1861 à l'hospice des Enfants trouvés de Bordeaux, sur une population moyenne de quatre cents personnes.

Sur ce chiffre de vingt-neuf, il y a eu dix-neuf individus du sexe masculin, et dix du sexe féminin.

L'héméralopie s'est montrée entre neuf et dix-sept ans chez les garçons, entre dix et dix-neuf ans chez les filles. Les enfants les plus faibles en ont été à l'abri; elle a été plus commune chez ceux qui paraissaient le mieux constitués.

Je l'ai remarquée chez les jeunes sujets occupés dans les ateliers de tailleurs ou de cordonniers, dans l'ouvroir des couturières, ou encore parmi les enfants occupés à éplucher des légumes.

La lésion conjonctivale, étudiée d'une manière plus spéciale, a offert les caractères suivants :

Elle a toujours son siége sur la partie de l'œil apparente ou exposée pendant la veille au contact de l'air. Elle est généralement placée en dehors de la cornée. Je ne l'ai jamais constatée ni au-dessus ni au-dessous de cette membrane. Correspondant habituellement par son centre à l'équateur de l'œil, elle se trouve quelquefois au-dessous, plus rarement au-dessus de ce cercle. On la distingue très bien, lorsque, placé en face du malade, on lui recommande de diriger l'œil en dedans.

Cette tache est de couleur nacrée, argentée. On dirait un agrégat de petits points ou de minces et courts linéaments, dont on pourrait comparer l'ensemble à une plaque d'écume blanche à demi figée. Cette couleur varie peu; seulement elle est plus ou moins vive, selon les sujets et selon l'époque où la tache est observée. Quand elle doit disparaître, sa blancheur commence à devenir moins éclatante.

La *forme* de cette tache diffère non-seulement selon les sujets, mais encore aux deux yeux d'un même individu. En général, elle est triangulaire, à sommet externe; la base, voisine de la cornée, est un peu concave. Dans quelques cas, elle était circulaire ou ovalaire; dans d'autres, simplement linéaire. Le plus souvent, les particules qui la composent sont agglomérées de façon à constituer une surface ponctuée, chagrinée; d'autres fois ces particules se disposent en séries ou lignes flexueuses, parallèles, qui donnent à la tache l'aspect d'une surface ondulée ou ridée. Ces diverses formes peuvent être modifiées par une pression exercée sur les paupières, à l'aide d'un ou de deux doigts. Ces changements de forme tiennent à ce que les parties qui constituent les taches ne paraissent pas liées entre elles, mais simplement juxtaposées, et alors susceptibles d'un certain déplacement. Il m'est arrivé bien des fois de réduire une tache à une simple ligne ou en un faisceau vertical ou horizontal, puis de la reformer immédiatement, en aplatissant ce faisceau par un mouvement en sens inverse imprimé aux paupières.

La tache héméralopique est d'autant plus étendue que la cécité nocturne est plus complète. Elle était très large chez deux de nos malades qui ne distinguaient absolument aucun objet après le coucher du soleil. Elle n'a jamais été aussi grande chez les personnes qui, le soir, pouvaient encore voir les objets, quoique d'une manière confuse. Au commencement de la maladie, les taches existent à peine ; elles ne sont représentées que par quelques points nacrés dont le siége premier est toujours en dehors de la cornée. Ces points se multiplient et prennent de l'extension au fur et à mesure que la cécité augmente. Dans une revue générale des yeux des enfants à l'hospice, faite en 1861, je trouvai trois sujets chez lesquels on n'avait encore soupçonné aucune altération de la vue, mais ils offraient un commencement de tache. Je ne balançai pas à les déclarer menacés d'héméralopie, et effectivement les progrès du mal ne tardèrent pas à confirmer ce diagnostic.

Il est donc possible de saisir l'affection à sa naissance, avant même que le malade se soit rendu compte de l'état de ses yeux.

La *marche* des taches héméralopiques est en rapport avec celles du trouble visuel, dont elles sont une manifestation extérieure.

S'agrandissant pendant les progrès de la cécité, se multipliant même par l'envahissement de la portion intra-cornéale de la conjonctive, ces taches décroissent dès que la vue se fortifie, et ce décroissement est rapide ou lent, selon que la guérison s'opère assez vite ou qu'elle n'a lieu que par degrés insensibles; c'est ce que j'ai constaté sur plusieurs sujets. Il ne reste plus le moindre vestige de ces productions accidentelles aussitôt que la vue a repris son état normal. La durée des taches est donc l'expression exacte de celle de la maladie qu'elles accompagnent, et, de même qu'elles permettent de découvrir le mal à sa naissance, de le suivre dans son développement, de même elles peuvent avertir du moment où la décroissance commence et de celui où la guérison est définitive.

Avant d'arriver à cette affirmation, je me suis demandé et j'ai recherché si les taches que j'ai décrites n'étaient pas une simple coïncidence; si, au lieu de constituer un caractère pathognomonique de l'affection, elles n'étaient pas un phénomène accidentel de lymphatisme, de scrofulisme. Le contrôle était des plus faciles et des plus concluants à l'hospice des Enfants assistés, puisque la plus grande partie de la population de cette maison présente les traces irrécusables de cette diathèse. Or, circonstance curieuse, la constitution des héméralopes était relativement très bonne. Ils jouissaient d'une excellente santé; deux seulement avaient été atteints d'affection scrofuleuse. D'autre part, et j'insiste sur ce fait, parmi les nombreux sujets lymphatiques, rachitiques ou scrofuleux de l'hospice, aucun n'a offert quoi que ce soit d'analogue aux taches héméralopiques, et je ne sache pas d'ailleurs que personne ait jamais remarqué cette altération de la membrane muqueuse sur les yeux des scrofuleux.

2° Le livre de Suçruta, en outre des quatre parties indiquées plus haut, contient la Kalpasthâna, où la science des poisons et des antidotes est étudiée en huit chapitres, et enfin, l'Uttaratantra, ou dernier traité (uttara, *dernier;* tantra, *traité*); c'est une sorte de manuel des spécialités, comme les maladies des sens, celles causées par les mauvais esprits, etc.

Quelque brèves que soient les analyses de manuscrits que nous avons pu étudier, nous aurions très aisément, dans ce court aperçu de la littérature médicale sanscrite, fait intervenir bien d'autres noms que ceux de Charaka et de Suçruta. Si nous ne l'avons pas fait, c'est que nous ne croyons guère à la personnalité des auteurs médicaux indous; nous pensons, au contraire, que, tout en paraissant ne nous être occupé que de deux personnages, nous avons parlé des œuvres de nombreux auteurs, et sans doute d'auteurs appartenant à des générations bien différentes. C'est ainsi, par exemple, que dans l'Ayurvéda de Suçruta, on trouve (*Sutrâsthana*, c. I) que l'exposition de l'Ayurvéda comprendra 120 chapitres. Ces mots font partie d'un distique isolé, lequel est suivi de la phrase suivante en prose : « Ces 120 chapitres sont contenus dans cinq sections : Sutrasth...., etc. Dans l'Uttarantra, dernier traité, nous développerons les questions, suffisamment importantes, qui n'auront pas été expliquées. » Cette dernière phrase est certainement d'une rédaction postérieure, et a été ajoutée à l'époque où le sixième traité fut adjoint aux cinq autres. A cette question s'en rattachent d'autres, plus compliquées, dont la discussion ne peut trouver place ici.

Après avoir ainsi parcouru superficiellement l'ensemble de la littérature médicale indoue, nous allons, étudiant de plus près le livre de Suçruta, essayer de saisir assez bien la direction des idées scientifiques de l'ouvrage, pour en faire ressortir le tableau du système médical théorique dans lequel il est écrit; après quoi nous ferons le même travail pour la philosophie médicale que nous étudierons en elle-même d'abord, puis comparativement avec les grands systèmes philosophiques

Enfin j'ai eu soin d'examiner en 1862, les yeux des héméralopes de l'année précédente qui n'avaient pas encore quitté l'hospice, et j'affirme que la tache nacrée n'a pas plus récidivé que la cécité nocturne elle-même.

Quelle est la texture des granulations héméralopiques?

Appartiennent-elles à toute l'épaisseur de la membrane muqueuse ou lui seraient-elles superposées?

J'ai constaté que des parcelles de ces petites productions peuvent s'enlever, soit spontanément, soit par le frottement d'un corps solide. Chez presque tous les malades, quand l'examen a été assez attentif et assez prolongé, lorsque les paupières ont été pressées en divers sens, j'ai remarqué quelques légers fragments nacrés, soit sur le bord libre des paupières, soit sur la cornée. Le bord de l'ongle, promené à plusieurs reprises sur les plaques, en enlève aussi quelques particules. Cependant, ni le grattage ni le mouvement naturel ou provoqué des paupières, quelque réitérés qu'ils soient, ne peuvent les faire disparaître. Elles sont donc inhérentes au tissu sur lequel elles sont étalées; elles sont composées de couches qui ne sont pas d'une autre nature que l'épithélium. L'examen microscopique a dissipé toute espèce de doute sur ce point. Les taches héméralopiques sont une altération non encore décrite, une production squameuse spéciale de l'épithélium conjonctival.

Je ferai remarquer encore qu'autour de la tache, principalement en dehors jusqu'à la commissure palpébrale, la conjonctive bulbaire ne présente pas les caractères de l'état normal. Elle a perdu de son humidité, de sa mollesse, de son éclat; elle est terne, comme parcheminée, se laisse difficilement plisser; une pression exercée au moyen des paupières établit de la façon la plus nette la démarcation de la partie altérée et de la partie saine.

La lésion que je viens de décrire m'a paru mériter l'attention que je lui ai donnée. L'héméralopie, en effet, est considérée comme une maladie purement vitale ou nerveuse. L'examen des yeux n'a jamais fait découvrir une altération appréciable dans les milieux ni sur les membranes de ces organes. L'ophthalmoscope lui-même, qui permet aux personnes exercées de lire dans les profondeurs de l'œil, ne fournit aucun signe particulier. L'hypérémie de la papille a été notée, il est vrai, mais exceptionnellement; on est autorisé à considérer ce phénomène comme dépendant d'une tout autre circonstance que de la cécité. L'apparition d'un symptôme extérieur, d'un signe facile à constater, était d'un intérêt assez grand. La connaissance d'un caractère aussi tranché, s'il était retrouvé par d'autres praticiens, aurait une incontestable utilité relativement au diagnostic de la cécité nocturne, alors qu'on est obligé de s'en rapporter au récit et à l'affirmation des malades. La tache argentée rendrait le contrôle aussi facile que sûr, et le mal, plus vite reconnu, pourrait être plus tôt soumis aux agents propres à le combattre.

Physiologie pathologique.

Expériences sur le nouveau réactif de MM. Trousseau et Dumontpallier, par M. Coulier, professeur de chimie au Val-de-Grâce.

Des expériences nombreuses m'ont démontré :

1° Que le sucre de fécule ne décolore pas la teinture d'iode ;

2° Que l'urine normale au contraire la décolore ;

3° Que la quantité de teinture d'iode décolorée par l'urine normale varie notablement.

Ces faits ayant déjà été prouvés par d'autres expérimentateurs, je ne m'y arrête pas.

Les nouvelles expériences que j'ai faites et qui sont relatées plus loin démontrent :

Qu'une urine de diabétique renfermant 28 grammes de sucre par litre, n'a pas décoloré plus de teinture d'iode qu'une urine normale, et que même il se rencontre des urines normales qui décolorent une quantité d'iode bien plus grande que celle qui est décolorée par l'urine diabétique susmentionnée.

Je conclus de là que, même en admettant (ce qui me paraît douteux au moins pour la totalité des cas) que l'urine sucrée décolore l'iode par le fait qu'elle contient du sucre, on ne saurait actuellement doser ce corps à l'aide de cette réaction, ni même reconnaître sa présence, puisque le problème renferme deux inconnues pour une seule équation.

Toutefois, le fait de la décoloration de l'iode par l'urine normale, qui résulte des expériences en question, est un fait acquis, et dont la cause mérite d'être recherchée. Cette cause paraît être, en partie au moins, l'action de l'acide urique signalée par M. Corvisart.

Expériences. — Les expériences ont porté sur trois urines acides.

1. Urines de M. M.... :

M. M... présente tous les symptômes de la glycosurie. La maladie avait été diagnostiquée par M. Godelier avant que l'analyse eût constaté la présence du sucre. Ce malade rendait, il environ six mois, à l'époque de la première analyse, 50 grammes de sucre par litre. La présence du sucre a été constatée :

1° Par la liqueur de Barreswill;

2° Par la rotation du plan de polarisation dans le saccharimètre de Soleil;

3° Par la fermentation.

Sous l'influence de la médication, le sucre a totalement dis-

---

de l'Inde, et notamment la philosophie rationaliste de l'école sânkhya.

Bibliographie :

Max Müller, *A History of Ancient Sanskrit Literature*, 1 vol. in-8. Londres.

Alb. Weber, *Academische Vorlesungen*, etc., *op. cit.*

Ainslie, *Materia indica, or some account of those Articles which are employed by the Hindoos*, etc., *and a copious List of Oriental Books immediately connected with General Science*, etc., 2 vol. in-8. Londres, 1826.

Royle, *An Essay on the Antiquity of Hindoo Medicine*, etc. Londres, 1837.

Dietz, *op. cit.*

Wise, *op. cit.*

Dr G. Liétard,

Membre de la Société asiatique, médecin aux eaux de Plombières.

Un concours pour la place de chef des cliniques de la Faculté de médecine de Strasbourg sera ouvert dans cette ville le 1er juin 1863.

Les épreuves pour ce concours sont les mêmes que celles qui sont exigées pour les chefs de clinique de la Faculté de Paris. La durée des fonctions est de six ans. Les avantages suivants lui sont accordés : 1° logement à l'hôpital civil, avec chauffage et éclairage ; 2° traitement annuel de 1400 francs. Le registre d'inscriptions sera clos irrévocablement le 1er mai.

— Un concours pour deux places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Strasbourg, l'une dans la section d'anatomie et de physiologie, l'autre dans la section des sciences physiques, s'est ouvert le 13 avril.

Le jury est composé de MM. Ehrmann, doyen, *président* ; Küss, Caillot, Fée, Rameaux, Coze, *professeurs* ; Bœckel, *agrégé*.

Les candidats sont : MM. Beaunis, Monoyer, Ritter et Schlagdenhauffen.

paru. Puis, le malade ayant repris son régime habituel, le sucre a reparu dans les urines.

Ces alternatives se sont reproduites une fois encore. Actuellement l'urine renferme 28 grammes de sucre par litre.

II. Urines de M. X...

Ces urines déposent un sédiment composé de *beaucoup d'acide urique* et d'un peu d'oxalate de chaux.

Elles sont riches en urée, et ne renferment pas trace de sucre.

III. Urines de M. C...

M. C... est âgé de trente-neuf ans. Tempérament lymphatique. Santé excellente. Les urines ne laissent rien déposer, et paraissent tout à fait normales. Elles ne renferment pas de sucre.

1[re] EXPÉRIENCE. — 20 centimètres cubes de chaque urine ont été déposés dans trois verres et additionnés d'un même volume d'eau amidonnée.

On a versé dans chaque verre, à l'aide d'une burette, de la teinture d'iode mélangée d'eau et d'iodure de potassium.

Pour obtenir la coloration bleue de l'iodure d'amidon, il a fallu employer les quantités de liqueur iodée suivantes :

1° Urine sucrée de M. M..., 0,7 centimètre cube ;

2° Urine de M. X..., 0,7 centimètre cube ;

3° Urine de M. C..., 1,2 centimètre cube.

Après dix minutes la couleur bleue avait disparu. Il a suffi de 0,1 centimètre de liqueur versé dans chaque verre pour la faire reparaître avec une égale intensité.

Après vingt minutes, nouvelle décoloration. On verse dans chaque verre 0,5 centimètre cube de liqueur, ce qui donne naissance à une teinte bleue très intense. Après douze heures, les trois verres contenaient des liqueurs également incolores.

2[e] EXPÉRIENCE. — Dans la crainte que l'emploi de l'eau amidonnée (qui, pour découvrir l'iode libre, est de beaucoup supérieure à l'appréciation de la teinte sucre d'orge, surtout dans un liquide jaune comme l'urine) n'ait troublé la marche de l'expérience, j'ai déposé dans des verres 50 centimètres cubes de l'urine sucrée de M. M..., et 50 centimètres cubes de l'urine non sucrée de M. C...

De la teinture d'iode du laboratoire est versée directement à l'aide d'une burette graduée, jusqu'à la production de la teinte dite de sucre d'orge. Les quantités suivantes de teinture d'iode ont été employées pour obtenir une même coloration.

Urine sucrée de M. M..., 0,2 centimètre cube.

Urine normale de M. C..., 0,6 centimètre cube.

Après dix minutes, décoloration dans les deux verres. On ajoute dans chacun d'eux deux gouttes de teinture. La teinte apparaît de nouveau, pour disparaître encore, mais bien plus lentement, *dans l'urine sucrée* que dans l'urine normale.

Je dois ajouter que, pour l'appréciation des teintes, j'ai toujours pris l'avis de personnes étrangères à l'expérience.

III

CORRESPONDANCE.

Sur la décoloration de la teinture d'iode par l'acide urique.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Mon cher confrère,

Puisque la décoloration de la teinture d'iode par les urines glycosiques est à l'ordre du jour, que vous en avez poursuivi l'étude avec M. Pasteur dans votre numéro du 17, et que nos confrères ont rappelé l'objection que j'ai faite dans l'UNION du 9 avril, au nom de l'acide urique, j'ajouterai ici quelques mots, si vous le permettez.

Pour se convaincre du pouvoir décolorant de l'acide urique, il suffira à vos lecteurs de faire dissoudre 1 gramme d'acide urique dans 2 kilogrammes d'eau; s'ils prennent 40 grammes seulement de cette solution, non-seulement quelques gouttes de teinture d'iode s'y décoloreront instantanément, non-seulement quelques grammes, mais jusqu'à 60 grammes !

L'acide urique entre, comme on sait, pour un poids *si considérable* dans l'urate de soude qu'on a douté que cette base contribuât à former avec lui un vrai sel (1). Quoi qu'il en soit dans cette combinaison (?), l'acide urique, loin d'avoir perdu son pouvoir décolorant, l'exalte au contraire.

Qu'on prenne, en effet, 1 gramme d'urate de soude, qu'on le dissolve dans 1 kilogramme d'eau, ce n'est plus 60 grammes de teinture d'iode, c'est 320 grammes (!) qui se décoloreront instantanément dans 40 grammes de la solution.

L'urate de chaux, l'urate de magnésie, que j'ai expérimentés, agissent tout de même.

Les urines non diabétiques décolorent la teinture d'iode par le fait de la présence de ces sels; chez elles, l'acide urique, libre ou non, en s'oxydant, détermine la transformation de l'iode en acide iodhydrique incolore à l'aide de l'hydrogène de l'eau (2). Mais les urines glycosiques renferment aussi cet acide urique et ces urates; souvent même l'acide urique y devient très abondant, comme l'a constaté M. Davaine.

J'ajouterai qu'il n'est pas rare de voir des diabétiques atteints de gravelle; j'en ai actuellement, chez un de mes malades, un exemple sous les yeux. Voilà pourquoi j'ai cru devoir publier ma petite note il y a trois semaines sur ce sujet.

Je n'ai qu'un mot à ajouter, mon cher confrère, c'est pour vous remercier pour les colonnes que vous m'ouvrez si souvent et dont j'abuse; mais les chimistes, dans leurs ouvrages, avaient oublié de signaler l'acide urique parmi les innombrables corps qui, au sein de l'eau, déterminent l'acidification et la décoloration de l'iode; c'est pour cette fois mon excuse.

Recevez, etc. L. CORVISART.

Paris, le 22 avril 1863.

P. S. Le sujet que j'ai soulevé au commencement de ce mois paraît bien élucidé dans le sens que j'ai indiqué : c'est l'acide urique libre ou à l'état salin qui, dans les urines, a le pouvoir décolorant le plus actif. En effet, le sulfate de potasse, qui décolore aussi, doit être deux fois plus abondant, suivant vos expériences, que l'acide urique pour exercer un pouvoir décolorant égal (3). Vous trouvez l'urate de potasse, moi l'urate de soude plus décolorant, c'est une misère. Somme toute, nos expériences sont absolument concordantes au fond et se complètent l'une l'autre (4).

Elles puisent un nouvel élément de certitude dans les résultats cliniques de M. le professeur Farge, qui conclut par ces mots : « Le maximum de puissance décolorante appartient aux urines fébriles *ou uriques*. »

La glycose et les urines diabétiques doivent donc conserver leurs vieux réactifs. Que la clinique et les malades gardent aussi de longues années l'éminent professeur, le hardi thérapeutiste, avec lequel on ne se trouve en dissidence qu'à corps défendant.

Mais je veux faire contre tous et les académies même une protestation : comment ne se sert-on pas journellement et partout (les malades eux-mêmes) du polarimètre de ce pauvre Robiquet? Un instrument si net, si précis, si maniable et... qui ne coûte que 80 francs. Dire qu'on lui a objecté de ne point mesurer des millièmes comme l'appareil de Biot!

Il s'agit bien de millièmes pour découvrir et guérir un diabétique (5)!

(1) Voy. la discussion dans : Robin et Verdeil, *Chimie anatomique*.

(2) L'urée, on le conçoit, n'exerce aucun pouvoir pareil; elle est déjà oxydée.

(3) Pour décolorer 6 gouttes de teinture d'iode, d'après les expériences de M. Dechambre, il a fallu 10 grammes d'eau contenant 0gr,025 d'acide urique et 10 grammes d'eau contenant 0gr,050 de sulfate de potasse.

(4) Ce sont les urates de potasse et d'ammoniaque qu'a étudiés M. Dechambre. C'est l'urate de chaux et l'urate de magnésie que j'avais sous la main. Tous ces urates décolorent énergiquement la teinture d'iode.

(5) C'est aux physiciens et aux riches qu'a rendu service M. Soleil en réalisant l'appareil de Biot. Cet appareil coûte 280 francs. C'est aux médecins que M. Duboscq a rendu service en construisant celui de feu Robiquet.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 AVRIL 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

M. *le Président* entretient l'Académie de la perte douloureuse qu'elle a faite depuis sa dernière séance dans la personne de M. *Moquin-Tandon*, enlevé par une mort soudaine, et que rien ne pouvait faire prévoir quelques heures auparavant.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. — *Examen du rôle attribué au gaz oxygène atmosphérique dans la destruction des matières animales et végétales après la mort*, par M. *L. Pasteur*. — L'observation la plus vulgaire a montré de tout temps que les matières animales et végétales, exposées après la mort au contact de l'air, ou enfouies sous la terre, disparaissent à la suite de transfortions diverses.

La fermentation, la putréfaction et la combustion lente sont les trois phénomènes naturels qui concourent à l'accomplissement de ce grand fait de destruction de la matière organisée, condition nécessaire de la perpétuité de la vie à la surface du globe.

Après la relation d'un certain nombre d'expériences relatives au sujet, M. Pasteur ajoute : Si l'on étudie la combustion lente des matières organiques mortes sous l'influence seule de l'oxygène de l'air atmosphérique, on trouve que cette combustion n'est pas douteuse, et qu'elle varie d'intensité et de manière d'être suivant la nature des substances organiques.

Mais, ce qui est digne de remarque, la combustion lente des matières organiques après la mort, quoique réelle, est à peine sensible lorsque l'air est privé des germes des organismes inférieurs. Elle devient rapide, considérable, sans comparaison avec ce qu'elle est dans le premier cas, si les matières organiques peuvent se couvrir de mucédinées, de mucors, de bactéries, de monades. Ces petits êtres sont des agents de combustion dont l'énergie, variable avec leur nature spécifique, est quelquefois extraordinaire, témoin l'exemple saisissant de la combustion de l'alcool, de l'acide acétique, du sucre, par les mycodermes que j'ai fait connaître il y a une année à l'Académie.

Les principes immédiats des corps vivants seraient, en quelque sorte, indestructibles si l'on supprimait de l'ensemble des êtres que Dieu a créés les plus petits, les plus inutiles en apparence. Et la vie deviendrait impossible, parce que le retour à l'atmosphère et au règne minéral de tout ce qui a cessé de vivre serait tout à coup suspendu.

Cependant, si je m'étais borné aux expériences précédentes, une objection sérieuse aurait pu m'être présentée. Dans les essais dont je viens d'entretenir l'Académie, j'ai opéré constamment sur des matières organiques non-seulement mortes, mais qui avaient été en outre préalablement portées à la température de l'ébullition. Or, il n'est pas douteux que les matières organiques sont profondément modifiées par une température de 100 degrés. Il fallait donc étudier, s'il était possible, la combustion lente des matières organiques naturelles, non chauffées préalablement, telles, en un mot, que la vie les constitue.

Par un procédé expérimental assez simple, j'ai réussi à exposer au contact de l'air, privé de ses germes, des liquides frais, putrescibles à un très haut degré, je veux parler du sang et de l'urine.

M. Pasteur dépose sur le bureau des ballons renfermant de l'air pur et du sang veineux (ou artériel) recueilli sur un chien en bonne santé le 3 mars dernier. Ces ballons ont été exposés depuis le 3 mars dans une étuve constamment chauffée à 30 degrés. Le sang n'a éprouvé aucun genre de putréfaction. Son odeur est celle du sang frais.

Mais, poursuit l'auteur, ce que je veux surtout faire observer présentement, c'est le peu d'activité de la combustion lente, de l'oxydation directe des principes du sang. Si l'on analyse l'air des ballons après une exposition d'un mois à six semaines à l'étuve, on ne constate encore qu'une absorption de 2 à 3 pour 100 de gaz oxygène, qui est remplacé par un volume égal de gaz acide carbonique.

M. Pasteur dépose également sur le bureau de l'Académie des ballons pareils aux précédents, mais renfermant de l'urine fraîche, naturelle, telle qu'elle existe dans la vessie. Elle est intacte. Sa coloration s'est un peu avivée, et quelques cristaux lenticulaires, probablement d'acide urique, se sont déposés. L'oxydation directe des matériaux de l'urine est également insensible.

Dans les circonstances dont il s'agit, où le sang exposé au contact de l'air pur ne se putréfie pas du tout, les *cristaux du sang* se forment avec une remarquable facilité. Dès les premiers jours de son exposition à l'étuve, plus lentement à la température ordinaire, le sérum se colore peu à peu en brun foncé. Au fur et à mesure que cet effet se produit, les globules du sang disparaissent, et le sérum et le caillot se remplissent de cristaux aiguillés très nets, teints en brun ou en rouge. Au bout de quelques semaines, il ne reste pas un seul globule sanguin ni dans le sérum ni dans le caillot. Chaque goutte de sérum renferme par milliers ces cristaux, et la plus petite parcelle de caillot écrasée sous la lame de verre offre de la fibrine incolore, très élastique, associée à des amas de cristaux en nombre incalculable, sans que l'on puisse nulle part découvrir la moindre trace des globules du sang.

Il sera superflu sans doute de faire remarquer, dit M. Pasteur, en terminant, que les expériences dont je viens d'entretenir l'Académie au sujet du sang et de l'urine portent un dernier coup à la doctrine des générations spontanées, aussi bien qu'à la théorie moderne des ferments.

ÉLECTRO-PHYSIOLOGIE. — *Sur le pouvoir électromoteur secondaire des nerfs, et son application à l'électro-physiologie*, par M. *Ch. Matteucci*. — L'auteur rappelle que dans deux communications précédentes, du 11 février et du 16 septembre 1861, il a montré que tout corps solide de structure capillaire, imbibé d'un liquide conducteur quelconque, étant traversé par un courant électrique, devient un électromoteur secondaire, comme un fil de platine qui est plongé avec ses extrémités dans des liquides communiquant avec les électrodes de la pile. Des tiges végétales, des morceaux de membranes, des cordons imbibés, des filaments nerveux, acquièrent tous plus ou moins cette propriété, et ne diffèrent du fil métallique que pour être doués de la propriété de produire le courant secondaire dans tous leurs points, tandis que, pour les corps métalliques, cette propriété est bornée aux points en contact avec les liquides.

D'après des expériences nouvelles mentionnées dans ce mémoire, on peut présumer que c'est principalement dans la partie axiale du nerf que la polarité secondaire se développe ; en ouvrant le circuit, cette polarité doit circuler, comme il arrive dans le fil de platine couvert d'une couche humide de l'intérieur à la couche qui enveloppe la partie axiale du nerf, et excite ainsi le nerf qu'elle parcourt suivant sa ramification.

MÉDECINE. — M. *Vernois* adresse, à l'occasion d'une communication de M. *Deroy* sur la non-absorption des médicaments durant la période algide du choléra, des recherches historiques sur l'époque à laquelle ce fait a été signalé pour la première fois, et sur la part qu'il a eue lui-même à sa constatation. (*Renvoi à la commission du prix Bréant.*)

PALÉONTOLOGIE HUMAINE. — *Mâchoire humaine découverte à Abbeville dans un terrain non remanié*, note de M. *Boucher de Perthes*, présentée par M. *de Quatrefages*. — Dans cette communication, M. Boucher de Perthes annonce la découverte qu'il a faite, le 28 mars dernier, d'un fragment de *mâchoire humaine*, de quatre *dents* et de plusieurs *haches en silex*, taillées de main d'homme, dans un lit de sable noir, argilo-ferrugineux, de la

sablière de Moulin-Guignon, près d'Abbeville. Cette veine de sable argileux varie de 30 à 60 centimètres d'épaisseur; située à 5 mètres au-dessous du sol, elle repose immédiatement sur le banc de craie, et constitue la couche la plus profonde du *diluvium*.

— M. *de Quatrefages* met sous les yeux de l'Académie la *mâchoire fossile* trouvée par M. de Perthes, et rend compte du voyage qu'il a fait à Abbeville pour visiter le lieu de la découverte. Il y a rencontré M. Falconer, l'éminent paléontologiste anglais, dont le témoignage, d'accord avec le sien, vient confirmer de tous points l'opinion de M. Boucher de Perthes et l'authenticité de sa découverte.

La mâchoire d'Abbeville, dit M. de Quatrefages, est dans un état remarquable de conservation. Elle ne paraît pas avoir été roulée. L'extrémité de l'apophyse coronoïde elle-même est intacte.

L'angle formé par la branche horizontale et la branche ascendante est extrêmement ouvert; la quatrième molaire, qui seule est encore en place, est légèrement inclinée en avant.

Sont-ce là des caractères de races?

L'ouverture de l'angle est un de ces traits que l'âge et peut-être d'autres circonstances, en dehors même des traits individuels, font considérablement varier. Parmi les pièces de la galerie du Muséum, j'ai trouvé que, sur une tête d'Esquimau, il était peut-être plus grand que dans la mâchoire d'Abbeville, tandis que dans une autre tête de même race il était presque droit. J'ai d'ailleurs trouvé dans diverses races d'autres exemples d'angle aussi obtus et des variations analogues. Une nouvelle étude et des mesures exactes prises sur plusieurs individus d'âge et de races différents sont encore ici nécessaires.

Quant à l'inclinaison de la molaire, elle est accidentelle, comme on peut s'en convaincre par la direction verticale des autres trous alvéolaires; et tout permet de croire que la mâchoire fossile d'Abbeville appartient à un homme de race orthognathe.

Je me crois donc, par cet exemple, de plus en plus autorisé à répéter que le nègre et le blanc représentent les modifications extrêmes du type primitif, lequel était placé quelque part entre les deux.

M. Falconer a été vivement frappé de la particularité suivante. Le bord de l'angle de la mâchoire et la portion postérieure du bord inférieur de la branche horizontale, au lieu d'être verticaux, se recourbent légèrement en dedans. La face interne de l'os présente ainsi au-dessous de la ligne oblique une sorte de canal ou mieux de large gouttière s'étendant jusque dans le voisinage du menton, et sensiblement plus prononcée qu'elle ne l'était dans une mâchoire moderne, mise par un dentiste à notre disposition.

J'ai recherché à ce point de vue les faits que pouvait m'offrir la galerie d'anthropologie. J'ai trouvé des traces très marquées d'inversion en dedans de l'angle de la mâchoire chez un Bengalais, un Javanais, un Bellovaque; des indices seulement chez un Lapon, une jeune négresse et une momie égyptienne; en revanche, une momie égyptienne âgée et un Néo-Calédonien m'ont montré ce trait très prononcé, et chez un Malais de Batavia il est aussi caractérisé que dans notre fossile, ou bien peu s'en faut. Ainsi diverses races humaines présentent presque tous les degrés de ce caractère; mais en même temps le caractère inverse se présente chez la majorité des individus de toutes les races. De nouvelles comparaisons sont nécessaires, sans doute, pour apprécier la valeur et la signification de ces traits.

Le même savant appela mon attention d'une manière spéciale sur la forme du condyle. On peut en dire de même des particularités suivantes : le bord inférieur interne de la tête du condyle est assez peu accusé; la tête est, en outre, peut-être plus arrondie et plus large en dehors que d'ordinaire; et l'échancrure sigmoïde présente une grande ouverture.

Grâce à M. Lartet, j'ai pu comparer déjà cette mâchoire à une portion médiane du même os recueillie par lui dans les déblais de la grotte d'Aurignac, et au corps du même os découvert par M. de Vibraye dans la grotte d'Arcy. M. Pruner-Bey voulut bien se joindre à M. Lartet dans l'examen comparatif que nous fîmes de ces précieux restes. Sur tous les points nous nous trouvâmes être du même avis.

La mâchoire d'Abbeville nous a paru à tous les trois être celle d'un individu très probablement âgé et en tout cas de petite taille, ou approchant tout au plus de la taille moyenne.

J'ajouterai que dans cette mâchoire absolument rien ne vient à l'appui des idées soutenues par quelques esprits aventureux, et qui feraient descendre l'homme du singe par voie de modifications successives. Cette mâchoire est plutôt faible que forte; tout en elle rappelle l'homme, et elle n'a rien de la *physionomie féroce*, qu'on me permette l'expression, qu'offre parfois la même partie du squelette dans les races actuelles.

En résumé, il est facile de constater entre les mâchoires inférieures d'individus et de races de nos jours, des différences autant et plus marquées qu'aucune de celles qui distinguent la mâchoire d'Abbeville de plusieurs des mâchoires faisant partie des collections du Muséum. En d'autres termes, ces différences, sur tous les points, rentrent dans les *limites de variation* actuelles.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre des affaires étrangères communique une lettre de M. *Delaporte*, consul de France à Bagdad, sur une maladie éruptive très répandue dans le pays et dont il a été atteint lui-même. (*Commission des épidémies.*)

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports sur le service médical des eaux minérales de Charbonnières (Rhône), par M. le docteur *Finaz*; d'Euzet et de Saint-Jean-de-Ceyrargues (Gard), par M. le docteur *Auphan*; de Fonsanche (Gard), par M. le docteur *Zaleski*; du département des Landes, par MM. les inspecteurs. (*Commission des eaux minérales.*)

3° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Lafosse*, professeur à l'école vétérinaire de Toulouse, qui sollicite le titre de membre correspondant. — *b*. Un mémoire de M. le docteur *Émile Mahier* sur la topographie médicale de l'arrondissement de Château-Gontier (Mayenne). (*Comm.*: MM. Chatin, Guérard, Vernois.)

M. *Depaul* dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur *Putégnat* (de Lunéville), deux observations d'opérations césariennes pratiquées pour des tumeurs fibreuses intra-pelviennes.

M. *Larrey* présente une note de M. *Lecomte*, agrégé au Val-de-Grâce, sur l'exploration des blessures par armes à feu dans les os et dans les articulations, et un stylet très mince destiné à déceler la présence des balles.

M. *Beau* avait demandé la parole pour répondre au rapport de M. Gavarret sur les expériences cardiographiques de MM. Chauveau et Marey, mais, sur les observations du bureau et pour ne pas interrompre la lecture de M. Mêlier, M. Beau a consenti à ajourner sa réponse.

M. le docteur *Auerbach* (de Berlin) soumet à l'examen de l'Académie une série d'instruments et d'appareils destinés au traitement des maladies de l'utérus et du vagin. (*Comm.*: MM. Piorry, Huguier, Depaul.)

Lectures.

OPHTHALMOLOGIE. — M. le docteur *Bitot* (de Bordeaux) lit un travail relatif à une *lésion conjonctivale non encore décrite, coïncidant avec l'héméralopie*. (Voy. aux *Travaux originaux*, p. 284.) (*Comm.*: MM. Larrey, Roger, Gosselin.)

CHIRURGIE. — M. *Trélat*, chirurgien des hôpitaux, lit une *Note sur un cas de polype fibreux du larynx extirpé par la bouche.*

Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, entrée, le 28 février 1863, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Hillairet. Cette femme, au mois de novembre 1862, avait eu un chancre vulvaire, et plus tard une céphalée intense et continue, de l'alopécie et un mal de gorge violent accompagné de tuméfaction ganglionnaire et de dysphagie. Vers la fin de décembre, voix rauque et enrouée, dysphagie croissante, dyspnée, toux fréquente et quinteuse, accès de suffocation, sensation d'un corps étranger au fond de la gorge.

Plaques muqueuses dans la bouche, tuméfaction œdémateuse de l'arrière-gorge et des replis aryténo-épiglottiques, asphyxie imminente. Sinapismes, potion stibiée, insufflation de poudre d'alun.

Ces accidents se dissipent; mais l'enrouement, un certain degré de dyspnée et de dysphagie, les quintes de toux persistent. *Examen au laryngoscope* : L'épiglotte et les replis ary-épiglottiques sont rouges, légèrement tuméfiés, sans ulcérations; la partie moyenne du repli gauche est occupée par une tumeur polypeuse parfaitement arrondie, du volume d'une petite aveline. La muqueuse qui la recouvre est lisse et unie ; son point d'implantation précis correspond à la face interne du repli aryténo-épiglottique gauche. La tumeur paraît sessile; elle est néanmoins mobile sous l'influence des mouvements respiratoires, et elle obture en partie l'ouverture supérieure du larynx, qu'elle déborde. En renversant la tête de la malade et en déprimant avec force la base de la langue, les mouvements de régurgitation amenaient le polype assez haut pour qu'on pût apercevoir directement, mais pendant un temps très court, son sommet dans la profondeur de la gorge.

M. Trélat, persuadé qu'il serait possible d'enlever ce polype par la bouche, fit construire un serre-nœud droit, à peine gros comme une petite plume à écrire, long de 17 centimètres et armé d'une anse de fil de fer. Le 26 mars dernier, il pratiqua l'opération de la manière suivante :

La malade, placée en pleine lumière et la base de la langue fortement abaissée, des titillations furent faites sur la luette, de manière à provoquer des efforts de régurgitation qui devaient faire monter le polype. Celui-ci fut saisi vivement à l'aide d'une longue pince à verrou et à griffes. Le pharynx étant débarrassé des mucosités qui l'obstruaient et qui, interceptant le passage de l'air, produisaient une imminence d'asphyxie, M. Trélat engagea l'anse du serre nœud sur la pince fermée et fit descendre cette anse jusque vers le pédicule du polype, qu'il attira légèrement en haut et à droite (de la malade), tandis qu'il portait le serre-nœud à gauche. Dès qu'il eut atteint la surface du repli aryténo-épiglottique, il ferma brusquement l'anse métallique, et il fit tourner rapidement la vis. Au bout de vingt-cinq tours, la section du polype était complète.

On put alors constater avec le laryngoscope que le conduit aérien était libre, l'ouverture glottique largement béante, et qu'une plaie longue de 7 à 8 millimètres et large de 3 millimètres environ correspondait à l'implantation de la tumeur.

Le 29 mars, le repli ary-épiglottique est gonflé, saillant et rouge; la petite plaie a une couleur grisâtre : application de poudre d'alun tous les deux jours. Le gonflement diminue, puis disparaît; la plaie se cicatrise; la respiration devient facile; la dysphagie et les accès de toux disparaissent, et aujourd'hui 28 avril la voix est claire et l'état général très satisfaisant.

M. Trélat met sous les yeux de l'Académie le polype extirpé, corps fibreux, régulièrement sphérique, gros comme une petite cerise et recouvert par la muqueuse, qui seule constituait son pédicule.

M. Trélat discute ensuite la valeur du procédé opératoire auquel il a eu recours dans cette circonstance, ainsi que les indications de son emploi. Il pense que, lorsqu'un polype siége au-dessus de la glotte, qu'il offre un certain volume et qu'il est pédiculé, on doit avoir recours à l'extirpation par la bouche. Il est des cas sans doute, ajoute-t-il, où l'urgence des accidents et l'intolérance des malades mettront le chirurgien dans la nécessité d'agir incontinent, de parer avant tout aux menaces d'asphyxie, et alors c'est la laryngotomie qui devra être faite; mais, en général, quand on aura pu se rendre un compte exact de la lésion et accoutumer l'opéré aux manœuvres qu'il devra supporter, l'opération par les voies naturelles paraît indiquée.

Est-ce à dire que tout polype siégeant dans la glotte ou au-dessous d'elle entraînera forcément une opération sanglante? Nullement. Bruns a pu deux fois déjà enlever par la bouche des polypes intra-glottiques, et M. Fauvel traite en ce moment un malade qui est presque complétement débarrassé de polypes multiples affectant le même siége. Mais pourtant il ne faut s'abandonner à aucune illusion et prévoir que, lorsque le polype prendra naissance dans la glotte ou au-dessous d'elle, on sera le plus souvent contraint d'avoir recours à la laryngotomie. Chez quelques malades, la sensibilité du larynx est telle qu'on ne peut porter aucun instrument dans la glotte; chez d'autres, la position et l'insertion du polype nécessitent des instruments particuliers qui ne remplissent l'indication qu'après des tâtonnements inévitables. (*Comm.:* MM. Trousseau, Malgaigne, Laugier.)

Hygiène publique. — M. *Mélier* achève la lecture de son rapport sur l'épidémie de fièvre jaune observée à Saint-Nazaire au mois d'août 1861.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 1er MAI 1863.

Discussion sur les suites de la trachéotomie et du séjour prolongé de la canule dans la trachée.

Suite de la discussion sur le vertige et son traitement.

Société de chirurgie.

Séances des 8 et 15 avril 1863.

BLESSURES MULTIPLES A LA TÊTE. — SPINA BIFIDA. — RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTÉES.

M. *Larrey* a présenté à la Société un soldat actuellement guéri de nombreuses et graves blessures, dont les principales avaient été faites à la tête par des coups de hachette. Outre plusieurs plaies superficielles, ce soldat avait à la tête sept plaies largement ouvertes avec dénudation, fracture ou ablation partielle des os du crâne. Une des plus importantes siégeait à la région frontale droite; elle avait 9 centimètres de hauteur et avait intéressé toute l'épaisseur du crâne, dont une large portion était détachée complétement et laissait voir la dure-mère soulevée par les pulsations du cerveau. Un autre coup de hachette avait emporté presque toute la joue droite et sectionné l'os malaire; un autre encore avait enlevé, au-dessus de l'arcade sus-orbitaire gauche, une portion étendue de la table externe de l'os. Le blessé avait été jeté ensuite sans connaissance dans l'eau d'une mare. Revenu à lui, après avoir perdu beaucoup de sang, il fit 2 kilomètres à pied pour rejoindre le chemin de fer de Vera-Cruz, où il reçut les soins de M. Fuzier.

L'extraction des pièces osseuses détachées, l'emploi des bandelettes adhésives, et d'un appareil contentif imbibé d'eau fraîche, à l'exclusion des sutures, l'application de la glace sur la tête et les soins préventifs de la réaction inflammatoire suffirent à en modérer le développement et à favoriser la cicatrisation.

M. *Marjolin* approuve entièrement M. Fuzier d'avoir employé les bandelettes agglutinatives et d'avoir rejeté les sutures. Celles-ci amènent souvent des accidents de plusieurs sortes, et entre autres ceux de l'étranglement : aussi M. Marjolin n'hé-

site-t-il pas à les proscrire dans le traitement des plaies de tête.

M. *Larrey*, sans vouloir comme M. Marjolin qu'on abandonne ce mode de réunion, croit que l'usage des sutures devrait être plus restreint qu'il n'est d'ordinaire. Il rappelle à ce sujet qu'un ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce, Gama, a longuement exposé les avantages des bandelettes agglutinatives dans son *Traité des plaies de tête et de l'encéphale*.

M. *Chassaignac* panse depuis longtemps les plaies de tête avec des cuirasses faites au moyen des bandelettes, et ce traitement, qui est une dépendance du pansement par occlusion, lui a toujours donné d'excellents résultats. A son avis, un grand avantage de l'occlusion est d'éviter la suppuration abondante dans ces plaies, et qui est d'autant plus dangereuse que la contusion du cerveau qui accompagne les blessures de la tête n'entraîne de suppuration qu'autant qu'il en existe à l'extérieur.

M. *Legouest*, revenant sur le pansement préconisé par Gama, et qu'il se félicite lui-même d'avoir adopté, fait remarquer que Gama faisait un véritable pansement par occlusion, qu'il ne levait jamais à moins d'indications particulières.

M. *Giraldès* voudrait qu'on spécifiât plus exactement les indications de tel ou tel mode de réunion. Les plaies à bords réguliers produites par des instruments tranchants pourront toujours avec avantage être réunies par la suture, et surtout par la suture métallique, tandis que les plaies contuses ne doivent être réunies d'aucune façon.

— L'enfant atteint de *spina bifida*, que M. *Giraldès* se proposait de traiter par les ponctions successives et la compression, étant mort de diphthérite, on a pu voir sur la pièce anatomique présentée à la Société que les nerfs de la queue de cheval étaient étalés sur les parois de la tumeur, disposition peu favorable aux injections iodées qui étaient rejetées, du reste, par M. Giraldès.

— M. *Forget* a donné lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Rizzoli, intitulé : De l'ablation complète intra-buccale et sous-périostique de la machoire inférieure.

Dans l'exposé historique de la question, M. Rizzoli revendique pour la chirurgie italienne, et plus particulièrement pour l'école bolonaise, dans laquelle il est professeur, une part considérable dans la découverte et la vulgarisation de la doctrine ostéogénique, ainsi que dans l'application de cette doctrine à la chirurgie au moyen des résections sous-périostées. Il va plus loin, il dépouille M. Sédillot du mérite d'avoir conçu et pratiqué l'*évidement des os*, et attribue cette innovation au professeur Baroni.

Dans la partie clinique du mémoire, sont rapportées quatre observations de M. Rizzoli. Les trois premières sont des exemples d'ablation, par la bouche, de la moitié du maxillaire inférieur affectée de nécrose. La quatrième est relative à l'ablation, sans aucune incision des parties molles de la face, de la totalité de l'os maxillaire inférieur atteint de nécrose phosphorée.

Malheureusement, pour la justesse du titre de ce mémoire, l'opération de M. Rizzoli n'a pas été une résection sous-périostée. M le rapporteur, et avec lui M. Trélat, ont insisté sur ce point, et ont regretté cette persistance que mettent tant de chirurgiens à confondre avec des résections sous-périostées de simples extirpations de séquestre.

Dans la nécrose phosphorée, a dit M. *Trélat*, le périoste est séparé de l'os; il en est éloigné par l'os nouveau; il n'y a donc pas à le détacher, à le décoller, et la manœuvre par laquelle on enlève l'os entouré d'un tel périoste ne saurait s'appeler une résection et encore moins une résection sous-périostée. M. Trélat fait aussi observer en passant que, dans les nécroses phosphorées, les sections avec la scie sont inutiles et même dangereuses. Il est arrivé à cette conviction par l'étude des nombreuses observations consignées dans sa thèse de concours.

M. *Huguier* s'élève aussi contre la prétention de donner comme des opérations nouvelles les plus simples ablations de séquestres. Quant aux résections sous-périostées, il attend encore les beaux résultats qu'elles avaient promis. Enfin, il cite comme l'exemple d'un insuccès de la nouvelle méthode une résection qu'il a vu faire à M. Verneuil.

M. *Verneuil* a donné lui-même quelques détails sur cette opération. Il s'agissait d'une fracture comminutive compliquée de plaie et d'issue des fragments. M. Verneuil a fait la résection des extrémités fracturées, en ménageant autant qu'il put le périoste des fragments. Il espérait par ce moyen diminuer la gravité immédiate de l'accident et ne comptait pas sur une régénération osseuse des parties enlevées. Le malade a éprouvé des accidents, il est vrai, mais il n'a pas succombé, et il a aujourd'hui une fracture de l'humérus non consolidée, contre laquelle la chirurgie peut encore quelque chose. Dans un autre cas, M. Verneuil a reséqué les deux extrémités fracturées du tibia, en conservant un pont périostique en arrière. L'opéré a guéri et marche avec un peu de raccourcissement.

M. *Broca* proteste contre l'habitude qui semble prise de considérer comme une doctrine toute nouvelle celle de l'ostéogénie périostale. Depuis les expériences de Duhamel et de Troja, il n'y a sur ce point rien de nouveau dans la science, ou du moins il n'y a qu'un fait nouveau dû aux recherches de M. Ollier, qui a démontré que le périoste transplanté conserve sa propriété ostéogénique. Les résections de fragments ont été faites par tout le monde et de tout temps. On sait qu'elles réussissent surtout dans les membres à deux os. Charmeille a parfaitement vu la différence que présentent à cet égard les membres à deux os et ceux à un seul os. Le même auteur a vu que la régénération osseuse avait lieu de la même façon avec ou sans le périoste. Tous les tissus environnant la portion d'os enlevée, la moelle elle-même, sont susceptibles de reproduire l'os en l'absence du périoste. Quand on sait combien les opérations qui portent sur les os entraînent facilement la formation du pus, on peut juger de ce qu'il faut craindre pour les résections sous-périostées, le périoste qui suppure ne pouvant pas produire de tissu osseux. C'est Blandin qui, en 1812, eut le premier l'idée de conserver le périoste en reséquant une partie de la clavicule, et le même chirurgien enleva l'année suivante l'extrémité inférieure du cubitus sans respecter le périoste, ce qui n'empêcha pas plus tard de constater la présence d'un noyau osseux au milieu du tissu fibreux remplaçant l'os enlevé.

— M. *Demarquay*, en réponse à M. Broca qui, à dessein, avait négligé de citer les expériences de M. Flourens, a donné lecture d'une note dans laquelle il cherche à démontrer que c'est bien réellement des travaux du secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, que vient l'idée des opérations sous-périostées. M. Flourens n'a, il est vrai, fait que confirmer par ses expériences les résultats obtenus par celles de Duhamel, relativement à la production du cal; mais il y a ajouté un fait nouveau, il a enlevé des portions d'os et a démontré que l'os enlevé se reproduisait.

C'est Blandin qui a fait, ainsi que l'a dit M. Broca, les premières résections sous-périostées; il en a fait trois, auxquelles il ne fut nullement conduit par le hasard; mais il les entreprit après les avoir méditées et en se préoccupant vivement du rôle que le périoste était appelé à jouer dans ces opérations.

M. Demarquay a fait lui-même cinq opérations dans lesquelles il a utilisé la propriété ostéogénique du périoste. Quand même, dit-il, les expériences de M. Flourens n'auraient suscité que la belle opération de palatoplastie de M. Langenbeck, dont j'ai vu deux beaux résultats, l'un en Angleterre et l'autre en Hollande, elles auraient une grande importance chirurgicale.

En terminant, M. Demarquay indique quels sont les os qui, à l'état sain, permettent le mieux le décollement du périoste, ce sont : la voûte crânienne, l'orbite, la région antérieure de

la face et l'os malaire, la voûte palatine, l'os maxillaire supérieur, excepté au niveau des insertions musculaires, la partie inférieure et supérieure des clavicules. Quant au périoste des os des membres, il est tellement confondu avec les insertions musculaires nombreuses et l'os lui-même, que l'on ne peut rien enlever.

Quand l'os est malade, qu'il est atteint d'ostéite, de carie ou de nécrose, le périoste épaissi se décolle aisément, même dans les points où il est habituellement le plus adhérent.

Pour ce qui est de la reproduction plus ou moins complète d'une articulation reséquée, il ne faut pas l'espérer, et l'on doit refuser toute créance aux observations de régénération articulaire qui nous sont venues de l'étranger.

M. *Verneuil* persiste à déclarer avec M. Broca que, de nos jours, M. Ollier est le seul expérimentateur qui ait ajouté quelque chose à ce que l'on savait sur les fonctions du périoste dès la fin du siècle dernier.

M. Demarquay n'a opposé à M. Flourens que Duhamel; il a oublié Troja et une foule de chirurgiens italiens ou allemands aux expériences desquels M. Flourens n'a rien ajouté. « Les chirurgiens français, s'ils avaient su lire, n'auraient pas eu besoin, ajoute M. Verneuil, d'attendre que M. Flourens ait jugé à propos d'inventer la garance, le périoste et autres choses aussi neuves. »

Langenbeck reconnaît lui-même qu'il s'est inspiré des travaux de M. Ollier quand il a fait ses premiers essais de chirurgie ostéoplastique. Enfin, pour ce qui concerne les résections articulaires sous-périostées exécutées par les chirurgiens italiens, ces travaux sont très sérieux et très dignes de foi, et les critiques de M. Sédillot auraient peut-être été moins sévères s'il n'avait pas été le père de l'*évidement des os*.

M. *Giraldès* rapporte un exemple de résection sous-périostée, suivie d'un très beau succès, chez un enfant de six ans, auquel il avait enlevé 10 centimètres d'humérus en décollant le périoste, qui n'était encore le siége d'aucun travail d'ossification.

M. *Jarjavay* n'a vu aucune reproduction osseuse dans un cas où il avait enlevé, en laissant le périoste, le premier métatarsien atteint d'ostéite suppurée.

Dr P. Chatillon.

V

BIBLIOGRAPHIE.

Fonctions et désordres des organes de la génération chez l'enfant, le jeune homme, l'adulte et le vieillard, sous le rapport physiologique, social et moral, par le docteur W. Acton; in-8. Paris, 1863. Victor Masson et Fils.

Notre première impression en prenant le livre de M. Acton, et en lisant seulement le titre que porte sa couverture, a été, nous devons le dire, un sentiment de méfiance. La librairie (nous ne voudrions pas dire la littérature médicale) française renferme, en effet, quelques ouvrages ressemblant en apparence à celui du docteur Acton; mais ces livres, loin d'être destinés aux médecins, ne servent que d'appât pour appeler des clients dans le cabinet de l'auteur. Lus avidement par les hypochondriaques, dont ils augmentent encore les craintes, ils ont aussi pour les libertins de toutes les conditions un attrait irrésistible; l'auteur les orne de superbes planches coloriées représentant les organes génitaux des deux sexes, et par le motif, nous devrions dire cette fois sous le prétexte, que la science purifie tout ce qu'elle touche, on voit s'étaler à la vitrine des librairies peu scientifiques de tous les quartiers de Paris des livres que n'achètent pas les médecins, mais qui atteignent en peu de temps un chiffre colossal mais peu respectable d'éditions.

Tel n'est pas, nous devons le dire, le livre de M. Acton, beaucoup plus scientifique que ceux auxquels nous venons de faire allusion; il est destiné aux médecins, et s'il vient à tomber entre les mains de gens du monde, il pourra leur apprendre les moyens d'éviter les maladies, mais il ne cherche pas à leur donner les moyens de les reconnaître, et surtout de les aggraver par un traitement irrationnel.

L'auteur a puisé largement dans la littérature médicale française, et cette connaissance de notre langue s'explique facilement par cette phrase de sa préface : « J'ai fait en France une grande partie de mes études médicales, et j'ai contracté envers mes anciens maîtres une dette de reconnaissance que je serais heureux d'acquitter en faisant à mon tour profiter la jeunesse française du résultat de mes longues études sur un sujet qui est, pour le bien-être de l'humanité, d'un intérêt capital. »

L'ouvrage de M. Acton est arrivé en Angleterre à la troisième édition, c'est sur celle-là qu'a été faite la traduction française; le nom du traducteur n'est pas indiqué, mais la préface et la signature qu'elle porte nous indiquent assez qu'il n'est autre que l'auteur, et nous devons le féliciter hautement de la manière élégante dont il écrit dans notre langue.

Des rétentions d'urine ou pathologie spéciale des organes urinaires au point de vue de la rétention, par le docteur Charles Hairion; in-8. Paris, 1863. Adrien Delahaye.

Il est peu de maladies des voies urinaires chez l'homme qui ne s'accompagnent d'un degré plus ou moins marqué de difficulté dans l'émission de l'urine. « La rétention d'urine, dit l'auteur à la première phrase de sa préface, constitue une des complications les plus fréquentes et les plus graves de la chirurgie des voies urinaires, une de celles qui réclament le plus impérieusement une décision prompte et sûre; nous voulons, en élevant cette situation au rang d'entité morbide, présenter la marche à suivre dans les différents cas qui peuvent la produire. »

On ne saurait accuser M. Hairion d'avoir rétréci le cadre qu'il s'était proposé de remplir, nous craignons plutôt qu'il ne l'ait fort élargi, et qu'il n'ait été, malgré lui, forcé à écrire presque un traité de pathologie des organes génito-urinaires. La cause en est dans la signification donnée au mot rétention. L'auteur définit « la rétention d'urine, l'accumulation physiologique ou morbide de ce liquide dans la vessie »; aussi ne laisse-t-il en dehors de son sujet que les rétentions dans les uretères et les reins, qui sont, dit-il, plutôt du ressort de la pathologie interne.

Fidèle à son point de départ, et passant en revue toutes les circonstances qui se rattachent à la rétention physiologique et pathologique de l'urine dans la vessie, toutes celles qui concernent les phénomènes normaux ou morbides de l'émission du liquide urinaire, M. Hairion parcourt dans presque toute son étendue le vaste champ d'une pathologie spéciale, aujourd'hui si étendue, grâce à des travaux plus importants souvent pour leur auteur que pour la science. Forcé d'être bref, ne pouvant suivre l'auteur dans l'examen de sujets si divers, nous nous bornerons à faire connaître sommairement le plan qu'il a adopté.

Après une description rapide de l'anatomie des organes urinaires, vient un aperçu des diverses théories de la miction normale. Le deuxième chapitre traite de la rétention et de l'expulsion morbides de l'urine, envisagées sous le rapport de leurs causes efficientes (lésions physiques et vitales de la vessie et de l'urèthre), des causes prédisposantes et occasionnelles (lésions des systèmes nerveux, circulatoire, lymphatique, digestif, etc.; influence des agents physiques, tels que calorique, électricité, etc.; influence des agents chimiques, aliments, poisons et médicaments).

L'étude des symptômes, de la marche, de la durée et de la terminaison de la rétention d'urine est le sujet du troisième

chapitre. Plusieurs pages sont consacrées à l'examen des diverses doctrines qui se sont succédé en quelques années pour démontrer l'existence de l'urémie et pour expliquer son mode de production.

Après la description des lésions anatomo-pathologiques qui peuvent avoir amené la rétention, l'auteur aborde le diagnostic, et nous avons à peine besoin de dire qu'ici comme pour le traitement se trouvent mentionnées presque toutes les affections uréthrales et vésicales. Aussi, faisant abstraction du titre que porte le livre de M. Hairion, nous pouvons dire qu'il forme comme le résumé des recherches modernes sur la pathologie des organes génito-urinaires, en exceptant toutefois ce qui concerne les affections syphilitiques et calculeuses. Nous ne ferons à l'auteur qu'un seul reproche, c'est de ne pas avoir suivi dans son exposition une marche régulière, et d'avoir trop souvent mêlé le traitement à la description des symptômes ou aux recherches diagnostiques, et nous ne croyons pouvoir mieux caractériser son livre qu'en le regardant comme une thèse de concours trop étendue sur les causes et le traitement des rétentions d'urine.

LÉON LE FORT.

VI

VARIÉTÉS.

ALEXANDER TRALLIANUS DE MEDICINA, in-fol. sur vélin. — x^e siècle. De l'abbaye de Saint-Aubin. Deux colonnes, 142 feuillets, titres et initiales à l'encre rouge.

M. le professeur Farge (d'Angers) a publié sur ce manuscrit la note suivante :

Les manuscrits d'Alexandre de Tralles ne sont pas très rares, bien que le catalogue d'Hœnel n'en mentionne que quatre en Europe, celui de la bibliothèque d'Angers compris. Haller, d'après Montfaucon et ses propres recherches, en a reconsé un bien plus grand nombre ; mais l'antiquité certaine du Codex d'Angers lui donne une importance toute particulière, au point de vue historique et philologique. Écrit au xe siècle, il offre un anneau de plus dans cette chaîne non interrompue de travaux, qui rattache, par les traductions latines d'auteurs grecs (comme l'ont si bien fait remarquer MM. Littré et Daremberg), la médecine grecque à la médecine arabe. La période du ve au xe siècle, nommée à bon droit par M. Littré (1) « Période de la médecine monastique », ne pouvait manquer d'être représentée dans la riche abbaye de Saint-Aubin, où notre Alexandre a dû servir de manuel pour la pratique et l'enseignement de la science médicale. Calqué plus encore que traduit sur le grec, dont il a conservé presque toute l'onomatographie, il peut non-seulement servir à rétablir des textes, mais encore à combler des lacunes ; car sa collation nous a révélé de nombreux passages qui manquent totalement dans les éditions classiques imprimées. Enfin il contient un traité entier qui n'a jamais été publié, et dont l'existence a été à peine soupçonnée jusqu'ici par quelques érudits. On ne s'étonnera donc pas qu'un tel volume soit ici l'objet d'une note un peu plus étendue que ne le comporte le cadre ordinaire d'un catalogue.

Les douze livres d'Alexandre n'en forment que trois dans le Codex d'Angers. Le premier comprend les matières des livres I, II, III, IV et VI de l'édition d'Henri Estienne, savoir : les maladies de la tête, celles des yeux, des oreilles, de la gorge, et la pleurésie. Tous ces traités sont complets, avec quelques inversions dans les chapitres, quelques recettes de moins, et un plus grand nombre en plus. Parmi les nombreux *anecdota* que nous avons relevés, nous en citerons un seul qui présente un trait de mœurs, et qui a été omis dans la traduction de Gonthier d'Andernach. Le chapitre VIII, *Ad capillos nigros*, correspondant au chapitre III d'Henri Estienne, *Quomodo capilli nigrescunt*, au lieu de commencer *ex abrupto* par la recette des noix de galle, débute par cet aveu : *Cogimur sæpius ab anneis, ut nigros faciamus capillos, et maxime a potentibus et regibus, interdum etiam aut flavos aut albos. Necesse est ergo ut ex his aliqua dicamus*... Suivent des considérations hygiéniques sur les préparations qui resserrent, enrhument, causent l'épilepsie, etc.

Le deuxième livre correspond aux livres V, VII, VIII, IX, X et XI de l'édition des ARTIS MEDICÆ PRINCIPES d'Henri Estienne, et comprend les maladies de la poitrine, les pertes de sang et de pus, toutes les maladies de l'estomac, le choléra, les maladies du bas-ventre et de tous les organes qu'il contient, les hydropisies et les affections des voies urinaires, le chapitre des coliques et celui de la goutte. Ces traités sont aussi complets et présentent peu d'inversions.

Enfin le troisième livre est réservé tout entier au douzième de l'édition ordinaire d'Alexandre, au livre *Des fièvres*. D'après la table placée au commencement, il devait s'étendre jusqu'au chapitre VI de la traduction de Gonthier d'Andernach, c'est-à-dire jusqu'au traité de la fièvre tierce exclusivement ; mais le manuscrit d'Angers s'arrête au milieu du chapitre III, à l'alinéa qui a pour titre : *De his qui de pessimis humoribus in stomacho mordicationem patiuntur*, et correspond à celui de Gonthier intitulé : *Eorum qui ob humorum putredinem*, etc.

A partir de cet endroit, il existe une demi-page blanche et cinq feuillets coupés, qui devaient sans doute contenir le reste des matières indiquées dans la table.

Après cette interruption se rencontre le livre *Des urines et du pouls*, Alexander, *De pulsibus et urinis*, comprenant 6 pages de texte à deux colonnes, mêmes caractères que les traités précédents.

Un livre *Des urines et du pouls*, composé par Alexandre de Tralles, est une chose tellement nouvelle (1) qu'il ne suffirait pas des assertions répétées aux *incipit* et *explicit* du manuscrit d'Angers, pour justifier l'attribution. Nous sommes donc obligé de recourir aux autorités historiques et à l'étude même du texte. Ce *Traité des urines* a été soupçonné par Haller, qui ajoute, à la fin de son article sur Alexandre : *Alexandri De urinis librum citat Actuarius* (*Bibliot. de médecine prat.*, t. I, p. 306). Nous trouvons, en effet, au livre d'Actuarius, *De differentiis urinarum*, chapitre II, l'indication suivante : *Galenus... urinarum considerationem humanis corporibus utilem esse : quod reliquum est neglexit. Quin et Magnus Alexander et Theophilus, ac alii quidam, qui in hanc rem diligentius quam alii incubuisse videntur, hanc tractationem imperfectam reliquerunt*, etc. Bien que le traité de Magnus sur les urines soit connu de tout le monde, la phrase *Magnus Alexander* et *Theophilus* pourrait prêter à quelque amphibologie ; mais le texte grec d'Actuarius porte Μάγνος καὶ Αλεξανδηρ.

Une indication plus précise nous a été donnée par l'un des savants éditeurs d'Oribase, M. Bussemaker. Jean, évêque de Prisdriane, en Bulgarie, a écrit, à une époque encore un peu incertaine, un recueil sur les urines, συγγραφὴ περὶ ουρων συλλεγεῖσα, tiré d'un grand nombre de médecins, qu'il cite dans leur ordre chronologique. Nous y trouvons notre auteur en toutes lettres, logiquement intercalé entre Paul d'Égine et Théophile : Παύλου τοῦ Αἰγινήτου, Αλεξάνδρου Τραλλιανοῦ Θεουφίλου, etc. (2).

Alexandre de Tralles est donc bien reconnu par ses successeurs comme auteur d'un *Traité des urines*. Celui que nous possédons ne peut lui être étranger ; car non-seulement il fait allusion dans les premières pages au *Traité des fièvres*, qui vient de finir, et dont il est, pour ainsi dire, le complément pronostique et sémiologique ; mais encore les divisions mêmes du traité, par classes ou espèces de maladies, sont le calque des divisions ou des titres donnés par Alexandre dans son ouvrage principal.

Le livre nouveau *De urinis et pulsibus* est uniquement consacré à la sémiotique et au pronostic des principales maladies traitées dans le grand ouvrage des Fièvres surtout. Malgré quelques obscurités et des mots altérés, dont quelques-uns nous paraissent intraduisibles, il mérite d'être publié en entier. Les signes tirés des urines et du pouls n'y sont point groupés d'une façon absolue et comparés uniquement entre eux ; ils sont rapportés à chaque maladie en particulier, comme l'indique suffisamment la table des principaux chapitres, par laquelle nous terminons cette note : *De acutis febribus*, — *De causon et sinocho*, — *De planetis febribus et erraticis*, — *De quartanis*, — *De tertianariis*, — *De cotidianis febribus*, — *De pleureticis*, — *De peripleumonicis*, — *De senancis*, — *De spasmo et tetano*, — *Coxexie et ciliacis* (*pro cœliacis?*), avec ces subdivisions : *Nephriticorum* (*pulsus et urina*), *Hydropicorum*, *bictericorum*, *Ypalicorum*, *Spleneticorum*, *Arthuriatorum*, *Siaticorum*, *Renum ulceratio*, *Scabea in vesica*. (Extrait du *Catalogue des manuscrits de la Bibliothèque d'Angers*, par M. Albert Lemarchand.)

EMILE FARGE, d.-m.

— L'Institut des provinces de France, réuni à Paris au mois de mars dernier, et le Congrès de Saint-Étienne dans l'automne de 1862, ont désigné la ville de Chambéry pour être le siége de la 30e session du Congrès scientifique de France, qui s'ouvrira le 10 août 1863.

Les questions de l'*ordre médical* qui seront étudiées dans cette réunion sont les suivantes :

I. CRÉTINISME. — Quelle utilité attribuer aux hospices destinés à

(1) *Archives des missions scientifiques*.

(1) Il n'est indiqué par aucun des Arabes ou des arabistes qui ont tant écrit sur ce sujet. (Voy. *Lilium medicinæ*, de Bernard de Gordon.)

(2) *Revue de philologie*, vol. Ier, n° 5, p. 423.

recueillir les crétins? — Considérations théoriques déduites de la nature même de cette infirmité. — Considérations expérimentales tirées des essais tentés en ce genre à Abendberg, à Aoste, etc.

II. Cimetières. — La loi relative à l'emplacement des cimetières a-t-elle une base scientifique? L'expérience a-t-elle démontré une influence réelle des cimetières sur les quartiers ou habitations voisines, en fait d'épidémies, d'endémies, etc.?

III. Marais. — Les marais qui se rencontrent encore dans les départements de la Savoie et de la Haute-Savoie sont-ils le point de départ d'influences pathogéniques? — Quels sont ceux dont il importe davantage de provoquer le dessèchement? — Quels sont les autres moyens propres à neutraliser leurs mauvais effets?

IV. Enseignement médical. — Y a-t il avantage pour la science médicale en France, à ce que les centres d'instruction y soient multipliés dans la proportion des ressources cliniques, matérielles et personnelles de l'empire? — Dans le cas affirmatif, convient-il que ces centres confèrent le doctorat? — Ou vaut-il mieux qu'ils soient bornés à donner l'enseignement sans collation de grades? — Et cet enseignement doit-il être complet ou partiel?

V. Hydrologie générale. — Quelle est l'influence de l'organisation actuelle de l'inspection médicale des eaux minérales sur la prospérité matérielle des stations, sur le niveau professionnel près de ces stations, sur les progrès de l'hdrclogie?

VI. Hydrologie spéciale. — L'attitude chimique et physique des eaux sulfureuses de Challes, de Marlioz et de celles de même catégorie, paraît-elle indiquer l'opportunité de leur application sous la forme introduite par le docteur Sales-Girons, soit la pulvérisation?

VII. — Dans quelle mesure les eaux d'Evian sont-elles lithotriptiques? — Comparaison à ce point de vue avec les eaux plus minéralisées de Vichy, Valz, etc.

VIII. — Quel est le vrai rôle des helminthes en pathologie? Sont-ils cause, effet, ou l'un et l'autre? Leur élimination peut-elle, en règle générale, être abandonnée à la nature ou importe-t-il de la provoquer?

IX. Tarif judiciaire. — Le décret qui assimile aux experts le témoin médecin a-t-il pourvu suffisamment à la rémunération convenable de ce genre de travail, spécialement en égard aux pays montueux et aux communications difficiles?

Par décret du 25 avril, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : au grade d'officier, M. Fropo, médecin-major de première classe ; au grade de chevalier, MM. Guillemot et Henry, vétérinaires en deuxième.

— M. le ministre de la guerre a décidé que, conformément aux dispositions des art. 17 et 23 du décret du 23 mars 1852, l'inspection médicale aurait lieu, en 1863, en Algérie et à Rome. Les localités auxquelles cette inspection doit s'étendre ont été divisées en sept arrondissements, composés et répartis ainsi qu'il suit :

1er *arrondissement*. — M. Vaillant, président du conseil de santé des armées : le 6e corps d'armée (11e, 12e, 13e et 14e divisions).

2e *arrondissement*. — M. Michel Lévy, médecin-inspecteur, directeur de l'école du Val-de-Grâce : le 3e corps d'armée, moins la 5e division militaire (6e et 7e divisions ; l'école du service de santé militaire de Strasbourg).

3e *arrondissement*. — M. Maillot, membre du conseil de santé : le 4e corps d'armée, moins la 17e division (8e, 9e, 10e, 20e et 22e divisions) et la 5e division militaire.

4e *arrondissement*. — M. le baron Larrey, membre du conseil de santé : le 1er corps d'armée (1re et 2e divisions ; l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires).

5e *arrondissement*. — M. Hutin, membre du conseil de santé : le 5e corps d'armée (15e, 16e, 18e, 19e et 21e divisions).

6e *arrondissement*. — M. Ceccaldi, médecin-inspecteur : la Corse, l'Italie et l'Algérie (17e division militaire, corps d'occupation à Rome ; divisions d'Alger, d'Oran et de Constantine).

7e *arrondissement*. — M. Sédillot, médecin-inspecteur, directeur de l'école du service de santé militaire de Strasbourg : le 2e corps d'armée (3e et 4e divisions).

— Le classement des chefs de clinique *adjoints* près la Faculté de médecine de Paris a été fait de la manière suivante : MM. Bonfils, Ball, Baudet et Menjaud.

— Nous avons encore à enregistrer aujourd'hui deux nouvelles pertes que vient de faire le corps médical : M. le docteur Hérouard (de Paris) et M. Étienne Pujos (de Bordeaux).

— Par décret du 22 avril, M. Vinson, médecin de l'île de la Réunion, médecin du roi Radama II, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Dans sa séance du 23 avril, le Corps législatif a adopté un projet de loi par lequel le département de la Seine est autorisé à affecter à la création d'asiles d'aliénés la somme de 10 millions, qui pourra même être élevée à 15 millions, si les besoins l'exigent.

— M. le docteur Willich, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Lille, vient de mourir à l'âge de quarante-neuf ans.

— La Société des sciences et arts de Lille met au concours les questions suivantes :

Pour 1863 : Déterminer, d'après l'état actuel de la science, les influences chimiques et mécaniques qu'exercent sur le torrent circulatoire les gaz absorbés par les muqueuses intestinales et pulmonaires;

Rechercher les affections et les effets produits sur l'économie animale par le passage des principales substances gazeuses dans le système sanguin.

Pour 1864 : De l'influence des découvertes les plus modernes dans les sciences physiques et chimiques sur les progrès de la chirurgie.

Clôture du concours, le 15 octobre.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Rapport sur les hôpitaux civils de la ville de Londres au point de vue de la comparaison de ces établissements avec les hôpitaux de la ville de Paris, par MM. *Blondel* et *L. Ser*. Paris, 1862. In-4 de 238 pages. Publié par l'administration générale de l'assistance publique à Paris.

Les eaux salées chaudes de Bourbonne-les-Bains, par le docteur *Bougard*. In-12. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Tableau sommaire des appareils et expériences cardiographiques de MM. Chauveau et Marey; ces appareils et ces expériences ont pour but d'obtenir la représentation autographique et simultanée des différents mouvements du cœur, etc. Grand in-plano. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr.

Traité médical pratique des maladies des yeux, contenant l'exposition des affections des organes de la vue et les formules médicinales applicables à leur traitement, par le docteur *Émile Martin*. In-18 jésus de 312 pages, avec 17 figures dans le texte et 10 dessins coloriés sur deux planches, représentant les principales altérations appréciables à l'ophthalmoscope. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.

La médecine nouvelle, basée sur des principes de physique et de chimie transcendantales, et sur des expériences capitales qui font voir mécaniquement l'origine ou principe de la vie, par *Louis Lucas*. Tome II. In-18 de 232 pages. Paris, F. Savy. 4 fr.

Le t. Ier a paru en 1862.

Traité pratique des accouchements, des maladies des femmes et des enfants, par le docteur *G.-A. Delattre*. In-8 de 1245 pages et 27 planches contenant 407 figures. Paris, F. Savy. 16 fr.

Traité de la diphthérite ou laryngo-croup, par le docteur *Aug. Millet* (de Tours). Grand in-8 de IV-244 pages. Paris, F. Savy. 5 fr.

Ouvrage couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Thèses.

Thèses subies du 7 au 31 janvier.

26. Doutet de Monvel, P., né à Orléans (Loiret). [*Observations cliniques sur diverses formes de la dothiénentérie.*]

27. Caillaud, Aimé-L., né à Limoges (Haute-Vienne). [*Des accidents syphilitiques consécutifs à la vaccination, considérés au point de vue médico-légal.*]

28. Cédont, Jules, né à Tonnay-Charente (Charente-Inférieure). [*Remarques sur la fièvre jaune observée : 1° à la Martinique, dans les hôpitaux (1853 et 1855); 2° à la Havane, sur le brick le Mercure, en 1861.*]

29. Chapotel, Léopold-P., né à Chaource (Aube). [*Des hémorrhagies utérines pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement.*]

30. Astié, Louis-Charles, né à Réalmont (Tarn). [*Considérations sur la pathogénie des fièvres intermittentes, et leur traitement par les succédanés du sulfate de quinine.*]

31. Deleau, Léon, né à Paris. [*De l'emploi des douches d'air et du cathétérisme de la trompe d'Eustache dans le traitement des maladies de l'oreille.*]

32. Sollès, Edmond, né à Bordeaux (Gironde). [*Des soins à donner aux asphyxiés par submersion, et en particulier de l'électropuncture du cœur et du diaphragme.*]

33. Cras, Charles, né à Lambézellec (Finistère). [*Remarques sur la colique sèche.*]

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 8 MAI 1863. — N° 19.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris. — Travaux originaux.** Épidémiologie : Relation de la fièvre jaune survenue à Saint-Nazaire en 1861. — Chirurgie : Résection temporaire du maxillaire inférieur; extirpation d'un cancer du plancher de la bouche et de la langue. — II. **Correspondance.** Sur l'historique du laryngoscope. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Variétés.**

I

TRAVAUX ORIGINAUX.

Épidémiologie.

RELATION DE LA FIÈVRE JAUNE SURVENUE A SAINT-NAZAIRE EN 1861, par M. MÉLIER, membre de l'Académie impériale de médecine.

(Suite. — Voir les numéros 16 et 17.)

TROISIÈME PARTIE.

Le rapporteur établit : 1° que la maladie de Saint-Nazaire était bien la fièvre jaune, comme le démontrent les observations particulières déposées sur le bureau ; 2° qu'elle n'est pas née de circonstances locales inhérentes à Saint-Nazaire, mais a été importée. *Puis il continue :*

« Ainsi fixés sur ces deux premiers points également importants l'un et l'autre, la nature du mal et son origine exotique, nous attachons le plus grand intérêt à bien faire ressortir la manière dont l'importation s'est faite, et par quoi elle a été opérée. En pareil cas, on a accusé tour à tour ou à la fois les marchandises, les hommes, leurs effets, plus rarement le navire.

» En ce qui concerne les marchandises, nous avons déjà fait remarquer qu'elles n'avaient donné lieu par elles-mêmes à aucun accident ; nous avons dit que les hommes, soit du chemin de fer, soit des magasins, qui, *en dehors du navire*, avaient reçu et manié ces marchandises, étaient restés exempts de toute atteinte ; et sans prétendre qu'il en serait toujours ainsi, et que, dans aucun cas, les marchandises ne sauraient être à craindre, nous avons signalé ce fait comme une preuve de plus à ajouter à toutes celles, en si grand nombre, qui tendent à établir que si les marchandises tant redoutées en général ne sont pas absolument sans danger, elles en présentent certainement beaucoup moins que l'on ne croit.

» Nous avons vu, d'un autre côté, que les hommes de l'équipage ayant quitté le navire à son arrivée, et s'étant dispersés, il n'y a eu de malades ni parmi eux ni autour d'eux.

» D'après cela, et surtout d'après les circonstances du déchargement, telles que nous les avons exposées, il est évident que le foyer du mal était dans le navire même, et que la cale en était le siége.

» Tant que cette cale est restée fermée, les accidents se sont restreints aux cas de la traversée, et l'on a eu ce fait, dont j'ai noté la singularité, plus apparente que réelle, d'un équipage qui se maintient sain à bord du navire le plus fortement infecté qui, les premiers accidents passés, se puisse voir. C'est quand les panneaux sont enlevés et les écoutilles ouvertes pour opérer le déchargement que les accidents apparaissent, et que le navire, comme une arme meurtrière qui ferait explosion, tue ou blesse ceux qui l'approchent, frappant les uns à bout portant, si l'on peut ainsi dire, et les autres à des distances plus ou moins grandes.

» Dans l'histoire de la fièvre jaune, où tout est grave, c'est encore un des points les plus essentiels à bien remarquer que celui-ci, à cause des applications auxquelles il donne lieu. Comme on l'a vu, j'en ai fait la base des mesures auxquelles j'ai cru devoir recourir.

» Je n'entends pas dire pour cela qu'il en soit toujours ainsi, et que le danger réside exclusivement dans les cales. Plus d'une fois on l'a vu exister ailleurs, dans les cabines par exemple. On a vu même des épidémies dont tous les cas se sont passés sur le pont, et qui étaient constituées par une série de malades se succédant dans une même cabine, comme si cette cabine eût été le seul foyer du mal. Le Havre en a fourni un exemple en 1861, observé sur le navire l'*Hariett*. J'en donne les détails vus et décrits par un de nos bons agents sanitaires, M. le docteur Launay, adjoint au service du Havre. La vérité est que l'infection peut s'établir partout, et que quand elle existe, elle doit être plus ou moins générale. On ne comprendrait même guère qu'il en fût autrement, dans un espace aussi resserré que l'est un navire, où les hommes sont toujours plus ou moins entassés, et où le cube d'air accordé à chacun semble à peine suffisant pour l'entretien de la vie. Je ne dis donc que ceci, à savoir : que les cales sont le foyer principal et de beaucoup le plus ordinaire du danger ; que c'est là qu'il se concentre notamment dans les navires du commerce ; que de là sont sorties la plupart des épidémies, et qu'en conséquence, tout en ne négligeant point les autres parties du bâtiment,

c'est surtout de l'infection de la cale qu'il convient de s'occuper.

» En quoi consiste cette infection, et quel est le poison qui la forme? Rien, assurément, ne serait plus intéressant à connaître. Malheureusement on l'ignore tout à fait, et, pour mon compte, je n'ai aucune lumière dont je puisse éclairer cette question. Dans les navires affectés au transport des hommes, et où s'engendre le typhus, on s'en rend compte par les miasmes de nature animale qu'exhale notre corps, miasmes dangereux au premier chef, qui se produisent partout où existe un certain encombrement, et dont on pourrait, en quelque sorte, produire et varier les effets à volonté. Dans la circonstance dont il s'agit, il n'y avait rien de pareil. La cargaison, entièrement composée de sucre, était exclusivement végétale, et de plus elle était dans de bonnes conditions.

» On sait les travaux entrepris dans ces derniers temps sur la fermentation, travaux d'un si grand intérêt, et que M. Pasteur a poussés si loin. En les lisant, on se sent amené comme malgré soi à se demander si les accidents de la nature de ceux auxquels nous avons assisté ne se rattachent pas à ce grand phénomène, lequel, bien différent des réactions chimiques ordinaires, semble appartenir tout autant à la physiologie qu'à la chimie proprement dite, en ce sens qu'une sorte de vie s'y révèle partout.

» Quelle que soit, du reste, l'opinion que l'on se fasse touchant la nature du principe producteur de la fièvre jaune, miasme ou germe quelconque, production cryptogamique ou infusoires, une chose paraît certaine, c'est que pris, on pourrait dire *chargé* au lieu de départ, et introduit dans le navire, ce principe s'y conserve, et probablement s'y développe et s'y concentre pendant la traversée; qu'il reste plus ou moins latent et sans effet tant qu'il est renfermé, et que sa présence, qui souvent se révèle dès la traversée, se révèle surtout à l'arrivée, quand on le met en liberté par le déchargement.

» C'est là, en réalité, tout ce qu'on sait sur la cause des accidents; sa nature nous échappe complétement.

» On ne sait pas davantage d'où procède cette cause, et comment on la prend. Est-ce avec l'eau, généralement mauvaise et saumâtre, employée aux lavages des navires et au service des pompes? Beaucoup le croient. Est-ce avec les bois dont on fait le fardage, bois souvent mouillés, quelquefois pourris ou tout au moins malpropres? Est-ce tout simplement avec l'air *impaludé* qui forme l'atmosphère du pays? Aucune recherche n'a été faite à ce sujet, si digne pourtant des méditations de la science, mais aussi des plus difficiles, et qui exigerait chez ceux qui voudraient en aborder l'étude des connaissances toutes spéciales.

» J'ai retenu de mes lectures une remarque que d'autres auront sans doute faite avant moi, et que pourtant je ne trouve relevée nulle part, c'est que la plupart des épidémies de fièvre jaune observées en Europe y ont été introduites par des bâtiments chargés de sucre, et qui, comme l'*Anne-Marie*, venaient de la Havane. Je suis loin de vouloir établir par cette observation que le sucre ait plus que toute autre chose la funeste propriété de s'emparer du principe de la fièvre jaune ou de le développer. Il est probable que la fièvre jaune n'a été si souvent importée par les navires sucriers que parce que ces navires sont de beaucoup les plus nombreux qui nous viennent des lieux à fièvre jaune, de la Havane en particulier, et qu'ils s'y trouvent précisément à l'époque où cette maladie sévit, c'est-à-dire en été. Ajoutez qu'ils sont obligés d'y séjourner plus ou moins longtemps. Il est, du reste, certain que si les navires sucriers ont plus souvent que d'autres introduit la fièvre jaune, cette maladie a aussi, plus d'une fois, été introduite par des navires ayant d'autres chargements, par des bâtiments de guerre par exemple, qui n'ont jamais de sucre, ni en général de marchandises. Tout en faisant donc ressortir cette remarque que la fièvre jaune a été le plus souvent apportée par des navires sucriers, je n'en tire aucune conséquence formelle de laquelle on puisse inférer que je tienne le sucre comme ayant par lui-même quelque chose de plus dangereux que toute autre marchandise.

» Je ne voudrais pas davantage en inférer, d'une façon absolue, que la fermentation qui doit se produire plus ou moins dans les conditions où se trouve le sucre enfermé dans le navire, est exempte de toute influence, et qu'il n'y ait nul compte à tenir de cette circonstance dans la production des accidents. Je me borne, en un mot, à constater le fait..... »

On a attribué aussi les accidents à l'existence dans le navire d'une multitude de rats morts et putréfiés; mais il n'est pas vrai qu'on en ait trouvé des milliers dans la cale. L'hypothèse d'ailleurs ne repose sur rien.

«J'ai trop longuement insisté sur le déchargement pour avoir à y revenir dans ces réflexions. Mais je demande la permission de m'arrêter un instant sur la question de l'assainissement, non pour la développer davantage, mais uniquement pour montrer, par un exemple que je serais tenté d'appeler mémorable, à quel point il peut être difficile, un navire étant infecté, de le purifier complétement. Cet exemple remonte à l'époque de la guerre de Crimée.....

» Parmi les bâtiments affectés au transport des troupes était un vaisseau célèbre dans la marine impériale, le *Duperré*. Vaste et parfaitement installé, il servait particulièrement au transport des convalescents et aux pauvres soldats tombés dans cet état pathologique, triste mélange d'anémie, de scorbut et de phénomènes nerveux divers, sans siége précis, parce qu'il est général, que les médecins de l'armée, M. Michel Lévy en tête, ont désigné sous le nom, à mon avis parfaitement choisi, de *cachexies de Crimée*. Le *Duperré* avait fait plusieurs voyages et avait eu à bord de nombreux cas de typhus. Parti d'Eupatorie le 10 avril, il arrivait à Toulon le 2 mai, après vingt-deux jours d'une traversée dans laquelle il avait eu un certain nombre de décès. Aussitôt le débarquement opéré, le navire est nettoyé comme la marine nettoie, c'est-à-dire avec un soin extrême, minutieux, et où l'on n'épargne ni la chaux ni les chlorures; après quoi il est retenu en grande rade par le travers du vent, tous les sabords ouverts, les panneaux enlevés et les manches à vent en place. Malgré ce nettoyage et ces précautions, voici ce qui arrive : L'équipage, composé de 450 hommes et qui avait été laissé à bord, ne cesse pas de donner des malades. Le 13 mai, c'est-à-dire au bout de onze jours, il en avait déjà envoyé vingt-trois à l'hôpital de Saint-Mandrier, dont cinq ou six très graves et présentant tous les caractères du typhus. Jusque-là, et en forçant les choses, on aurait pu, à la rigueur, y voir tout simplement, comme on l'a fait si souvent, des exemples de longue incubation. Mais le 22, de nouveaux cas se déclarent, et ainsi de suite pendant plus d'un mois. Une incubation de pareille durée serait bien difficile à admettre. C'est qu'en effet ce n'était point de cela qu'il s'agissait, c'était tout simplement des accidents produits par le navire lui-même et continuant de se succéder, en dépit de tout ce qu'on avait pu faire pour l'assainir. A plusieurs reprises, j'avais vu et visité ce navire dans le plus grand détail; tout y semblait irréprochable; l'eau des pompes, claire et limpide, n'avait ni odeur ni saveur; les murailles avaient reçu plusieurs couches de chaux, on avait même refait les peintures; la sentine et tout ce qui la compose avait été l'objet de soins particuliers; rien enfin n'avait été négligé. *C'est le navire qui est malade*, disait pittoresquement l'amiral Dubourdieu, alors préfet maritime à Toulon, et il avait raison; en voici la preuve : Arrive pour l'équipage le moment de quitter la mer et d'être remplacé par un autre; on le débarque. A dater de ce moment, plus aucun malade ne se montre parmi les hommes dont il se compose. Mais, chose bien remarquable et tout à fait concluante, l'équipage nouveau, entièrement composé d'hommes *neufs*, selon ma même expression, n'est pas plus tôt à bord qu'à son tour il donne des malades, légers il est vrai,

mais bien réels, marqués du cachet de la maladie, des *demi-typhiques*, si l'on veut. Cet exemple d'infection persistante a été vu et suivi avec moi, dans toutes ses phases, par M. Reynaud, alors directeur au port de Toulon, et qui comme moi croit très peu aux longues incubations et beaucoup, au contraire, à l'infection des navires.

» Je pourrais citer plusieurs exemples analogues, beaucoup de médecins de la marine en ont vu. Généralement cependant, les moyens que je me suis appliqué à décrire sont suffisants, et nous n'avons jamais vu survenir d'accidents après nos nettoyages. Il n'y a, du reste, rien d'étonnant dans cette difficulté exceptionnelle que présentent certains navires, à une désinfection complète; elle n'est, en définitive, qu'un pendant manifeste du fait si souvent observé et aujourd'hui bien reconnu que présentent parfois certaines salles d'hôpital. Vainement on les lave, on les blanchit, on les repeint; elles continuent de donner des malades. Pour les uns comme pour les autres, la solution du problème est dans l'évacuation d'abord et le repos ensuite, et ce repos a besoin d'être d'autant plus long que navires ou salles sont plus vieux et plus imprégnés.

» Ce qui me conduit à dire, par parenthèse, que c'est à tort que nos règlements portent que la quarantaine doit être la même, quant à la durée, pour les hommes, les marchandises et les navires. La vérité est, au contraire, ainsi que je me suis attaché à le faire remarquer ailleurs, que cette durée doit être proportionnée à l'état des navires et aux conditions dans lesquelles ils se présentent. La salubrité, une salubrité irréprochable, est la seule règle possible. Cette distinction, du reste, a été posée en principe par l'Académie elle-même dans la discussion sur la peste... »

La désinfection, on l'a vu, a été faite par l'emploi du sulfate de fer et par le chlore. Il ne faut pas oublier pourtant que le chlore, même à l'état d'hypochlorite, pourrait endommager certaines marchandises. Si le procédé nouveau de M. Lapparent (flambage au gaz) eût été connu lors des événements de Saint-Nazaire, on l'eût certainement mis en pratique.

« Aux réflexions que je viens de présenter, et qui sont presque toutes relatives au côté hygiénique de nos questions, je vais maintenant en ajouter quelques autres ayant plus particulièrement trait à leur côté médical, et d'abord sur la nature de la maladie.

» Je n'ai pas vu assez de faits pour oser émettre une opinion formelle à cet égard, et peut-être ne le pourrais-je pas davantage si j'en avais vu beaucoup. Je me bornerai à dire, d'après les impressions que j'ai reçues, que s'il est une maladie qui donne à celui qui l'observe l'idée d'un état général, et, comme on l'a dit dans une pensée de critique, d'une *entité*, c'est bien certainement la fièvre jaune... Pour moi, la fièvre jaune est, dans toute l'acception du mot, une affection générale, *totius substantiæ*, comme le dirait l'ancienne médecine, et de plus elle est une affection *sui generis*. Qu'elle ait des analogies avec les fièvres de marais et certaines formes de la fièvre bilieuse des pays chauds, on n'en saurait douter, mais elle n'est certainement au fond ni l'une ni l'autre; c'est une espèce à part...

» Au point de vue scientifique comme au point de vue des applications à l'hygiène, il serait d'une importance extrême de bien connaître la durée de l'incubation de la fièvre jaune. Pour cela encore, les faits que je possède ne sont pas assez nombreux pour servir de base à une détermination absolument certaine. Cependant, comme ces faits ont été recueillis dans des circonstances à part, et que, par cela même qu'ils sont peu nombreux, on a pu les étudier avec plus de précision et jusque dans leurs moindres détails, je crois devoir en faire ressortir les résultats.

» Je les ai tous étudiés à ce point de vue, avec le plus grand soin, et chacun pourra les étudier à son tour au moyen des observations que j'en donne. Pour moi, ils tendent tous à établir que la durée de l'incubation, généralement courte, ne serait, dans le plus grand nombre des cas, que de trois à quatre jours, six au plus. Voyez, en effet, ce qui s'est passé pour les malades d'Indret, chez lesquels les circonstances ont été notées en quelque sorte heure par heure. Ils avaient quitté Saint-Nazaire le lundi 29 juillet. C'est le jeudi suivant, 1er août, c'est-à-dire au troisième jour à dater du départ de Saint-Nazaire, que se déclara le premier malade. Les deuxième, troisième et quatrième éprouvent également les premiers symptômes ce même jour 1er août; ils étaient au plus fort des accidents le 4 août, c'est-à-dire le sixième jour.

» Sans être aussi précis, les faits relatifs aux déchargeurs paraissent avoir la même signification.

» J'appelle une attention spéciale sur ces remarques; elles ont une véritable portée; elles tendent à démontrer que la durée de l'*observation* à laquelle on soumet des passagers suspects peut être renfermée dans des limites assez courtes. Nos règlements disent trois jours pour les circonstances ordinaires, cinq quand elles sont plus graves, et sept au plus. Ils sont, comme on voit, dans la vérité et en rapport avec les données de l'observation.

» Ces appréciations sur la durée de l'incubation s'accordent, au reste, avec celles déjà anciennes de notre vénérable collègue M. Bailly, avec celles plus récentes de M. Maher, aujourd'hui directeur du service de santé de Rochefort, après avoir été longtemps aux Antilles, et auquel on doit un excellent livre sur la fièvre jaune (*Relation médicale de deux épidémies de fièvre jaune à bord de la frégate* l'Hermine *en* 1837 *et* 1838, etc., par Maher. Paris, Félix Loquin, 1839). Elles s'accordent également avec les approximations données par M. Dutroulau dans les études si justement estimées qu'il a soumises à l'Académie, et auxquelles elle a décerné une de ses couronnes, et enfin avec les évaluations de M. Delery, auteur estimé d'un très bon livre sur la fièvre jaune, publié à la Nouvelle-Orléans, et où sont résumés les faits d'une longue expérience (*Fièvre jaune; épidémie de* 1859, par Delery, 1859).

» Le fait du cinquième malade d'Indret, étudié à la rigueur, donnerait peut-être une incubation dépassant un peu le septième jour; mais telle est la difficulté de ces questions, quand on veut les approfondir, que l'on pourrait très légitimement se demander si ce malade, qui a assisté les quatre autres, qui a notamment veillé le quatrième, était dans les conditions ordinaires, et s'il ne serait pas possible qu'il fût plus ou moins un malade de deuxième main. C'est un doute que j'émets. »

Le rapporteur rappelle les cas de fièvre jaune bénigne ou ébauchée dont il a parlé plus haut. L'existence de ces cas est importante à ce point de vue particulier, qu'ils paraîtraient susceptibles de préserver d'une seconde atteinte au même degré, ni plus ni moins que les cas graves. Il dit quelques mots du traitement : les évacuations sanguines sont nuisibles ; le sulfate de quinine a paru rendre quelques services ; un malade a paru être sauvé par l'application d'un vésicatoire à l'épigastre et par des onctions belladonées ; le café avec l'eau-de-vie est utile pour dissiper l'engourdissement; le jus de citron (traitement des négresses) *a été employé sans succès. En somme, la thérapeutique a été peu efficace, puisque les deux tiers des malades ont succombé.*

« J'arrive au point difficile, je serais tenté de dire délicat, de ces considérations, à la question de la *transmission de la maladie de l'homme à l'homme.*

» Que la fièvre jaune, ou si l'on veut sa cause, soit susceptible d'être prise, et, comme je l'ai dit, *chargée* au point de départ, le fait ne saurait être mis en doute; que le principe qui la produit se conserve à bord, s'y développe même, et que, par un travail mystérieux et inconnu d'élaboration, de fermentation ou autre, il y acquière une haute intensité, comme s'il s'y concentrait, cela encore n'est guère contestable; enfin qu'à l'arrivée il donne lieu aux plus violents accidents, et qu'ainsi la maladie ou son principe passe du pays de provenance au navire, de ce navire au pays d'arrivée; que la maladie soit conséquemment importable, puis qu'une fois entrée, elle puisse frapper les personnes qui s'exposent à son action;

aujourd'hui moins que jamais on ne pourrait le nier. Parmi les exemples qu'on en a cités, si tous ne sont pas incontestables, beaucoup le sont, tellement qu'on ne saurait refuser de les admettre. Celui de Saint-Nazaire, dans tous les cas, est bien manifeste.

» Maintenant, de ce malade qui l'a puisée au lieu du départ, ou de cet autre qui l'a reçue plus tard du navire, la fièvre jaune est-elle susceptible de passer à une personne saine? En d'autres termes, la fièvre jaune, importable de pays à pays, est-elle communicable de l'homme à l'homme? Y a-t-il enfin ce que, dans ma correspondance et pour me faire bien comprendre, j'ai appelé des *malades de seconde main?* Là est la grosse question.

» Comme pour l'importation, et d'une façon bien plus tranchée, deux camps se sont formés, celui des *contagionistes* et celui des *non-contagionistes*. Les premiers citent des exemples par milliers. A tous on a objecté avec plus ou moins de vérité, souvent avec beaucoup de vérité, que ces exemples, ayant tous été observés dans des lieux où régnait la maladie, ils ne prouvaient pas absolument ce qu'on entendait leur faire prouver. Qu'ils citent, par exemple, l'infortuné Mazet, arrivé en parfaite santé à Barcelone, et que la maladie saisit dès le troisième jour. Que prouve un pareil exemple, leur dit-on? Placé en plein dans le foyer, Mazet y a pris la maladie comme les autres personnes l'y prenaient, et rien ne prouve qu'il l'ait reçue d'un ou de plusieurs malades; rien ne prouve expressément que ce soit un cas de transmission de l'homme à l'homme. C'est, comme on voit, l'objection si souvent reproduite des foyers qui donneraient la maladie, tandis que les malades eux-mêmes ne la donneraient pas. Je ne nie point que, en certains cas, cette objection n'ait une valeur réelle. Elle n'en a aucune dans celui du médecin de Montoir, ou plutôt elle disparaît complétement. Chervin disait pour la fièvre jaune et pour la peste, pour la fièvre jaune notamment, qu'il ne croirait à la transmission de l'homme à l'homme que quand on aurait fait des expériences à ce sujet *en dehors et loin de tout foyer*, et il avait, je crois, indiqué le programme des expériences comme il les concevait. Elles auraient consisté, un malade étant donné, à le placer dans des conditions telles, que rien autre chose que lui ne pût être regardé comme ayant agi. Les événements de Saint-Nazaire se sont chargés de l'accomplissement de ce programme; un expérimentateur qui aurait cherché à le réaliser ne s'y serait pas pris autrement.

» Ainsi que je l'ai exposé, plusieurs ouvriers déchargeurs, après avoir été soumis, à Saint-Nazaire, à l'action directe et plus ou moins rapprochée de l'*Anne-Marie*, sont allés tomber malades à la campagne, à une distance de 5 à 6 lieues. Là ils appellent un médecin; d'où? de Saint-Nazaire? Nullement; un médecin d'une localité qui en est à 8 kilomètres, lequel n'avait pas quitté cette localité et n'avait eu nul rapport quelconque avec Saint-Nazaire, qui, pour tout dire même, aurait craint d'y aller ou n'y serait allé qu'avec une certaine répugnance. Ce médecin voit les malades, il les soigne, et à son tour il est pris; on sait le reste.

» Je le répète, le programme de Chervin a été véritablement réalisé de point en point. Il n'y a pas ici, comme dans le cas où Chaillon avait pris la dysentérie ou une fluxion de poitrine, à invoquer l'influence épidémique; évidemment cette influence n'existait pas, et rien n'a pu donner la maladie au médecin que le malade lui-même.

» Comme j'entretenais un jour de ce fait notre collègue M. Louis, à qui rien n'échappe de ce qui peut servir à élucider une observation, il me demandait quelles étaient les conditions et les dimensions de la chambre de ce malade, et si, étant petite et non suffisamment aérée, elle n'aurait pas pu devenir le foyer où le médecin se serait infecté, abstraction faite du malade lui-même.

» J'ai pris les renseignements les plus positifs à cet égard; le détail en est aux pièces. Il en résulte que le malade était dans une chambre très grande, dont on donne les dimensions et le cube (40 mètres), très aérée, très ventilée, mal close même, comme le sont en général les habitations de la campagne. En sorte que, le voulût-on, on ne pourrait pas même invoquer l'infection, cette infection sur laquelle il a été tant disserté et si vainement, à mon avis, laquelle, en définitive, ne serait ici qu'une *transmission à distance*, mode de tout temps connu et qui se confond toujours plus ou moins avec la transmission immédiate, ou qui s'y mêle. Pariset disait judicieusement à ce propos : « Si vous attachez tant d'importance aux » foyers que forment les malades, comment en attachez-vous » si peu aux malades eux-mêmes? »

» Finalement, et toute interprétation laissée à part, le fait resterait celui-ci : Un malade atteint de fièvre jaune, amené loin du foyer primitif, aurait par lui-même, et en dehors de toute autre influence, engendré un autre malade. Absolument comme dans ces cas que nous avons discutés autrefois devant l'Académie, un malade atteint de peste, et isolé avec toutes les précautions possibles dans la triple enceinte du lazaret de Marseille, donnait également par lui-même et hors du foyer, naissance à d'autres pestiférés. Il y aurait eu enfin bien réellement *transmission de l'homme à l'homme.*

» Je sais que cette conclusion, qui vient en quelque sorte d'elle-même, risque de heurter vivement les opinions convaincues d'un grand nombre de médecins. Je puis ajouter qu'elle n'affligera personne plus que moi. Je ne vois cependant pas comment on pourrait se refuser à l'admettre. On ne le pourrait qu'en déniant à la maladie à laquelle a succombé M. Chaillon le caractère que l'on s'est accordé à lui reconnaître, et en soutenant que ce que les quatre médecins qui ont vu et soigné ce malheureux confrère ont pris pour la fièvre jaune n'était pas la fièvre jaune. Pour moi, bien que je n'aie pas vu le malade, je n'hésite nullement à me ranger à l'opinion de ceux qui l'ont suivi et aux observations qu'ils m'ont fournies. J'ai dit la substance de ces observations; je les mets à la disposition de l'Académie.

» Ce cas de transmission de l'homme à l'homme est d'ailleurs le seul bien positif que Saint-Nazaire m'ait fourni. Je dirai même que je n'en connais pas d'autre dans la science qui se présente avec de pareils caractères, et aussi complétement dégagé de toute cause d'incertitude.

» Le cas du cordonnier dont il a été question dans l'exposé des faits, et un ou deux autres qui, comme lui, sont demeurés obscurs, malgré tout ce que j'ai pu faire pour les éclaircir, pouvant s'expliquer de plusieurs façons, je n'en parle pas, ou plutôt je les range, tout douteux qu'ils sont, parmi les cas de *première main.*

» Bien que seule, l'observation du médecin de Montoir me paraît de nature à faire singulièrement réfléchir. Il faudrait bien se garder pourtant d'en exagérer les conséquences, et s'il en résulte, comme je le crois expressément, que la grande loi qu'avait voulu poser Chervin n'est pas aussi absolument vraie qu'il le soutenait avec une si profonde conviction, il en résulte aussi qu'elle reste vraie dans la majorité des cas, et après le fait de Saint-Nazaire comme auparavant, la transmission de l'homme à l'homme doit être considérée dans nos climats comme une exception, mais une exception dont il serait téméraire à tous, et surtout à l'administration, de ne pas tenir un très grand compte.

» J'ai relevé, dans l'exposé des circonstances, comment M. Chaillon, dévoué jusqu'à l'excès, et malgré de funestes pressentiments, s'était en quelque façon, prodigué auprès de ses malades, notamment auprès du dernier; qu'il avait prolongé son séjour auprès de lui; qu'il l'avait frictionné longtemps; que de plus, par une attitude que lui commandait la myopie, il avait dû respirer les émanations du malade, l'haleine de sa respiration. Il est probable que ces circonstances ne sont point étrangères à la communication de la maladie.

» Au moment de partir pour Barcelone, Pariset demanda des conseils à son ami Larrey. L'illustre chirurgien ne se contenta pas de les lui donner de vive voix; il en fit l'objet d'une

lettre savante, imprimée plus tard, et qu'on lit dans ses œuvres. *Considérations sur la fièvre jaune* (*Mémoires de chirurgie militaire*, t. V). On y trouve, entre autres choses, ce précepte remarquable et bien significatif de la part d'un homme tel que Larrey, dont le noble courage, tant de fois éprouvé, est resté historique : « *Vous pouvez visiter et toucher avec confiance les malades atteints de la fièvre jaune, pourvu que vous ne restiez pas trop longtemps dans leur atmosphère, et que vous ne les touchiez pas par de grandes surfaces.* »

» Chaillon n'est mort probablement que pour avoir fait le contraire, pour être resté longtemps, et avoir outre mesure multiplié le contact.

» Après avoir mis hors de doute comme je crois l'avoir fait, en premier lieu, la nature de la maladie de Saint-Nazaire, puis, successivement, son origine exotique, son importation et la manière dont cette importation s'est opérée ; la sortie du mal des flancs du navire, son extension à distance, et le commencement de propagation qu'elle a présenté ; enfin toutes les circonstances principales de cette petite épidémie, il me paraît d'un intérêt capital de la comparer aux autres épidémies de fièvre jaune qui ont été observées en Europe à différentes époques. Par cela même qu'à Saint-Nazaire les faits étaient peu nombreux et aussi clairs que possible, ils ont pu être facilement saisis et constatés. Sous ce rapport, ils ont quelque chose de si net, et je dirai de si certain, qu'ils peuvent être considérés comme une sorte de type ou de spécimen auquel il est permis de rapporter les faits analogues, et qui donne le moyen de les apprécier.

» Passant donc très rapidement en revue, non pas, bien entendu, toutes les épidémies que l'Europe a subies, ce qui serait trop long, mais les principales, je vais les examiner, si je puis ainsi dire, à la lumière des faits de Saint-Nazaire, et voir s'il ne serait pas parfaitement légitime d'appliquer aux épidémies anciennes, où beaucoup de points sont restés obscurs, les conclusions qui découlent de celle de Saint-Nazaire, où tout a été évident. Je procéderai à cette espèce de confrontation en commençant par les cas les plus simples.

» Je n'en sais pas de plus curieux et qui se rapproche plus de Saint-Nazaire que l'épidémie, restée heureusement locale, qui eut lieu à Marseille en 1821. On dirait Saint-Nazaire même. tant la similitude est grande. Il s'agissait, en effet à Marseille comme à Saint-Nazaire, d'un navire arrivant d'un lieu où régnait la fièvre jaune, et qui avait éprouvé des accidents pendant la traversée. Ce navire, appelé le *Nicolino*, capitaine Mold, est admis dans le port de Pomègue, port salubre par excellence, et parfaitement isolé dans l'île de ce nom, et où se trouvaient déjà quarante autres navires. On ouvre les écoutilles, et tout aussitôt la maladie, j'entends le principe qui la produit, s'en échappe, sept navires sont frappés, qui, tous, ainsi qu'on en a fait la remarque expresse, étaient *sous le vent!* Les écoutilles avaient été ouvertes le 8 septembre ; c'est le 11, c'est-à-dire trois jours après, qu'ont lieu les premiers accidents ; il y eut 27 malades, parmi lesquels 7 décès. Un plan joint à la relation qui en fut faite dans le temps par les médecins du lazaret, montre, comme je l'ai fait pour Saint-Nazaire, la situation des navires et ceux qui en furent atteints.

» Il est à noter qu'ils étaient en quarantaine et, par conséquent, sans communication entre eux. Il est à noter, de plus, que l'un d'eux, le *ponton de Lampraye*, était tout à fait à l'écart, et à une assez grande distance. Tout, enfin, s'est passé comme à Saint-Nazaire, quarante ans plus tard. Toutefois, il n'y eut aucun exemple de transmission ou de seconde main. Chervin, qui a eu soin, en commentant le fait, de relever cette particularité de l'absence de transmission, en effet très importante, et d'y insister, aurait dû faire remarquer en même temps, qu'on avait pris, comme on le faisait alors bien plus encore qu'à présent, toutes les précautions possibles pour éviter la transmission de l'homme à l'homme, et qu'il eût fallu que la fièvre jaune fût singulièrement communicable pour se transmettre dans de pareilles conditions.

» A deux ans de là, en 1823, avait lieu, *au Passage*, petit port espagnol voisin de notre frontière, et qui n'est qu'à sept lieues de Bayonne, l'épidémie que j'ai déjà mentionnée, et dont une relation aussi exacte que précise a été donnée par M. Bally, vénéré collègue à qui il aura été donné de voir ou de décrire la plupart des épidémies de fièvre jaune observées tant en Amérique qu'en Europe, dans une période de soixante ans. (*Rapport fait au conseil supérieur de santé sur la fièvre jaune qui a régné au port du Passage en 1853*, par Victor Bally. Paris, 1824.) A l'intensité près, qui fut plus grande, les choses s'y sont passées tout à fait de la même manière. Comme à Saint-Nazaire et comme à Marseille, un navire sucrier, venu de la Havane, en fut la cause. Circonstance curieuse, et qui confirme ce que j'ai déjà dit, il avait fait quarantaine à la Corogne, une quarantaine de l'espèce de celles que j'ai signalées comme illusoires et n'étant que d'inutiles pertes de temps. On n'avait pas même ouvert les écoutilles pour tâcher au moins d'aérer un peu l'intérieur de la cale. On décharge ce navire dans le port même, puis on y met les ouvriers. Tout aussitôt les accidents se déclarent, et on a, en très peu de temps, une épidémie qui enlève, en quelques semaines, au delà de quarante personnes sur une population agglomérée de huit cents habitants, et qui s'étend à plusieurs localités environnantes.

» De cette épidémie, déjà plus sérieuse, si vous remontez à celle beaucoup plus grave qui régna à Livourne en 1805, vous êtes frappé des mêmes ressemblances. Par une coïncidence singulière, la ressemblance avec Saint-Nazaire s'étend jusqu'au nom du navire importateur; c'était une *Anne-Marie* espagnole, l'*Anna-Maria*. Dire que l'histoire en a été tracée dans un rapport à l'Institut par Hallé (*Journal général de médecine*, t. XXIII, p. 3), notre maître à tous par ses écrits en hygiène, c'est dire qu'elle présente la plus haute garantie d'exactitude. Le navire avait perdu douze hommes en mer. Les premiers accidents, à l'arrivée, ont lieu d'une part sur des gens de l'équipage, et, d'autre part, sur les habitants d'un hôtel où sont déposés les malades. Viennent ensuite les gardes de santé; puis, coup sur coup, des ouvriers employés à radouber le navire, c'est-à-dire, probablement, à détacher ces pièces intérieures dont j'ai parlé, qui recouvrent et cachent les vides des parois.

» Personne n'ignore combien fut meurtrière cette épidémie de Livourne, dont Tommasini a donné une relation médicale restée célèbre, moins par elle-même peut-être, qu'à cause des considérations de thérapeutique que l'auteur y a mêlées, et qui, pour le rappeler en passant, ont été le point de départ, de la doctrine fameuse du *contro-stimulus* et de la méthode rasorienne.

» Mais l'épidémie avec laquelle un rapprochement est surtout curieux à établir, c'est celle de Barcelone, la plus meurtrière de toutes celles qui ont régné en Europe. Ainsi que je crois l'avoir déjà dit, la Havane en fut, comme pour Saint-Nazaire, le point de départ, mais avec cette grande et capitale différence, qu'au lieu d'un navire il y avait tout un convoi, et que plus de vingt navires entrèrent à la fois dans le port de Barcelone. Quand on voit tout le mal fait par un seul navire à Saint-Nazaire, on comprend combien vingt durent en produire. Tous étaient chargés de sucre, et la plupart avaient eu des accidents en mer. Il est saisissant de lire aujourd'hui, à l'abri de toute opinion préconçue, comment, après l'admission de ces navires dans le port, se déclarent les accidents. Partant d'un premier navire, appelé le *Grand-Turc*, dont la traversée avait duré soixante et un jours, ils frappent d'abord la famille du commandant, qui était venue le voir à son bord. Puis on voit la maladie sortir du navire *Nuestra senora del Carmen*, qui avait passé soixante-treize jours en mer, et qui, sur six hommes d'équipage, avait eu trois malades, dont un mort. — Ce sont ensuite les bricks *la Joséphine*, *le Taille-Pierre*, *le Saint-Joseph*, *la Conception*, etc., qui donnent des malades ou en occasionnent autour d'eux. Tout ce qui approche de ces divers navires,

tout ce qui a des rapports avec eux, est atteint dans une grande proportion, et l'on voit évidemment la maladie, née de la sorte, s'étendre de proche en proche. On sait la suite, et comment, en résultat, elle fit en quelques mois au delà de vingt mille victimes, ce qui suppose, d'après la proportion connue des décès en pareil cas, un chiffre de malades, quatre, cinq ou six fois plus grand.

» L'esprit de controverse qui régnait alors a réussi à répandre sur ces faits de Marseille, du Passage, de Livourne, et plus spécialement sur ceux de Barcelone, qui d'abord avaient paru clairs, le doute et l'incertitude, et plus d'un bon esprit reste encore aujourd'hui dans l'indécision à leur égard. Je ne sais si je m'abuse, mais il me semble que les faits de Saint-Nazaire bien interprétés, sont de nature à faire cesser l'incertitude et à fixer l'opinion.

» J'en pourrais dire autant de l'épidémie de Cadix en 1800, si bien décrite par Berthe; de celle de Gibraltar, vue par M. Louis et par M. Trousseau, qui pourront nous en parler eux-mêmes, et des épidémies diverses dont le Portugal a été affligé à différentes époques. Il existe sur ces dernières, sur la plus récente en particulier, un document précieux dû au conseil de santé de Lisbonne, officiel par conséquent et qui a été publié par ordre du gouvernement. J'en donne aux pièces un extrait étendu que je dois à l'obligeance d'un confrère, M. le docteur Garnier, traducteur estimé de plusieurs ouvrages portugais et en particulier de l'excellent livre du docteur Da Costa d'Alvarenga, sur l'épidémie en question. Rien de plus clair que les résultats qui en découlent.

» Un dernier fait en quelque sorte actuel, une épidémie qui a été importée, on pourrait dire *déposée* il y a quelques mois dans une des Canaries, à Sainte-Croix de Ténériffe, laisse également la même impression et conduit aux mêmes conséquences : bâtiment chargé de sucre, déchargement sans précaution ou avec des précautions insuffisantes, accidents, propagation de la maladie, etc., absolument comme à Saint-Nazaire et ailleurs. Il en est de même d'un dernier cas que l'on signalait ces jours-ci sur la côte occidentale d'Afrique, à l'embouchure du Gabon.

» Je le dis hardiment et sans la moindre hésitation, tous ces faits se ressemblent et ont procédé de la même manière. Je n'y vois de différence que du plus au moins. Tous ont la même signification. Pour moi, cette signification que j'envisage surtout au point de vue pratique, m'apparaît aussi nette que possible. Quoi qu'on ait pu dire et faire pour établir le contraire, dans les recherches rétrospectives auxquelles on s'est livré, elle aboutit invinciblement, en premier lieu, à la doctrine de l'importation ; en second lieu à celle d'une propagation qui peut bien avoir lieu par diverses voies, mais où la transmission de l'homme à l'homme a certainement sa part, quel que soit d'ailleurs le nom qu'on lui donne, infection ou contagion. Elle aboutit en troisième lieu à cette autre conséquence, que par des mesures sanitaires bien entendues et bien appliquées, on peut, sans trop de témérité, se flatter de conjurer le mal et de préserver les ports.

» J'avais lu bien des fois les diverses épidémies que je viens de rappeler; je les ai lues de nouveau à l'occasion de Saint-Nazaire. Je le déclare formellement, plus je les étudie et plus je reste frappé de l'évidence des trois propositions que je viens d'énoncer : *importation comme origine, extension et propagation* à laquelle contribuent les malades, *nécessité des mesures sanitaires.*

» C'est précisément sur ces trois propositions qu'a roulé la polémique, et c'est à les combattre que Chervin, avec une conviction respectable, assurément, comme le sont toutes les convictions, mais malheureuse à bien des égards, a sacrifié et sa fortune et sa vie; il les niait toutes les trois.

» Aujourd'hui, la première, ou l'importation, éclairée qu'elle a été par les faits nouveaux, est devenue tellement évidente qu'il ne semble plus possible de conserver le moindre doute. Je vais plus loin : je ne crois pas qu'on puisse citer un seul exemple bien avéré d'une épidémie de fièvre jaune en Europe, qui n'ait pas été importée.

» S'il n'est pas permis d'être tout à fait aussi explicite au sujet de la propagation par les malades, on doit reconnaître que le fait, on pourrait presque dire l'*expérience* de Chaillon, donne à cette seconde proposition un singulier degré de probabilité, pour ne pas dire de certitude.

» Quant à la troisième proposition, à celle qui concerne les mesures sanitaires et leur nécessité contre laquelle Chervin s'était élevé au point d'en faire l'objet d'une pétition aux Chambres, j'ose dire qu'elle a pris dans ces derniers temps le caractère d'une véritable démonstration.... »

« Il est un dernier aperçu que je ne saurais passer sous silence. M. Michel Lévy en a fait depuis longtemps l'objet de judicieuses remarques en plusieurs endroits de son TRAITÉ D'HYGIÈNE; M. Rufz, à son tour, s'en est occupé dans une de nos séances, et M. Trousseau y a fait allusion, à cette tribune, dans une de ses plus brillantes improvisations. Je veux parler des changements considérables survenus depuis quelques années dans les relations avec l'Amérique, et des chances devenues infiniment plus grandes pour l'Europe d'en recevoir la fièvre jaune.

» Le temps n'est plus, en effet, où les communications avec ce vaste continent étaient à la fois et si rares et si lentes. En même temps que le mouvement des affaires les a multipliées au delà de tout ce qu'elles avaient jamais été, les progrès de la navigation ont, pour ainsi dire, mis la fièvre jaune aux portes de l'Europe. La vérité est qu'il ne faut guère plus de temps aujourd'hui pour atteindre aux régions où elle naît, qu'il n'en fallait autrefois pour contourner nos côtes de Bayonne à Dunkerque.

» D'un autre côté, la fièvre jaune, qui était restée, pendant de longues années, pendant près de deux siècles, comme un funeste privilége des Antilles et des golfes qui les entourent, s'est étendue successivement aux parages les plus éloignés et les plus extrêmes. Franchissant, au nord comme au midi, toutes les limites qu'on avait cru pouvoir lui assigner, elle est devenue commune aux deux Amériques.

» L'Amérique méridionale, envahie la dernière, et qui n'a connu la fièvre jaune à l'état épidémique que vers 1850, l'a, pour ainsi dire, en permanence aujourd'hui. Jetez les yeux sur une carte, et voyez quelle immense étendue de côtes elle embrasse. Entre les deux extrêmes, New-York et Philadelphie d'un côté, Buenos-Ayres et Rio-de-la-Plata de l'autre, elle comprend au delà de 40 degrés au nord, et presque autant au midi, c'est-à-dire, à vingt-cinq lieues au degré, une longueur totale de plus de deux mille lieues. Et quand on songe que sur tout ce littoral, représentant, en ligne droite, plus de deux fois la longueur de l'Europe et dix fois celle de la France, nous entretenons de continuelles relations, on ne saurait se défendre d'un véritable souci. Pour moi, appelé par un devoir officiel à m'occuper des épidémies de toute sorte dont nous pourrions être menacés, j'ai eu plusieurs fois à appeler l'attention de l'administration sur cette situation, et à proposer des précautions en conséquence.

» Une grande entreprise restée longtemps en projet, et qui, grâce à l'esprit d'association et au concours du gouvernement, se trouve aujourd'hui en grande partie réalisée, la création des paquebots transatlantiques, est venue ajouter un très grave élément de plus à toutes ces chances d'importation. Ainsi que j'ai eu à le faire remarquer, il n'est aucun des points d'où partent ou doivent partir ces grands navires qui ne soit, habituellement ou exceptionnellement, un foyer plus ou moins actif de fièvre jaune.

» Si l'on y ajoute des voyages répétés à Cayenne pour le transport des forçats, on comprend combien toutes ces communications, d'un caractère particulier, jointes aux relations ordinaires et si actives du commerce, méritent d'attention, éveillent de sollicitude.

» La vérité est qu'aujourd'hui le rivage occidental de l'Amérique est presque tout entier sujet à la fièvre jaune.

» Il est curieux de remarquer à ce propos, comme au reste l'a déjà remarqué M. Trousseau dans l'improvisation à laquelle je faisais allusion tout à l'heure, que, pendant que la fièvre jaune s'étend ainsi et se propage à toute la côte orientale de l'Amérique, la côte occidentale, celle que baigne le Pacifique, en reste complétement ou à peu près complétement exempte. Sans aucun doute, la cause en est en très grande partie aux différences qui existent entre ces deux côtes, dont l'une, basse, plate et parcourue par de larges fleuves, est éminemment insalubre, tandis que l'autre, formée dans presque toute son étendue par la chaîne des Cordillères, se présente, au point de vue de la fièvre jaune, dans des conditions beaucoup moins fâcheuses.

» Tout en admettant cette raison tirée des localités et de leurs conditions respectives, tout en la tenant même si l'on veut pour principale, je ne saurais croire qu'à elle seule elle explique cette existence presque générale de la fièvre jaune du côté oriental ou Atlantique, tandis que le côté occidental ou Pacifique en reste préservé. Il doit y avoir à cela une autre raison. D'après ce qui m'apparaît de l'importation et de son rôle tel que j'ai essayé de le faire comprendre, je ne crois pas me tromper en attribuant une part d'influence à la rareté des communications par mer d'une rive à l'autre, et à ce que ces communications, forcément restreintes, ne peuvent avoir lieu qu'à la condition de doubler le cap Horn ou de passer le détroit de Magellan, c'est-à-dire de faire à grands frais un détour de 3000 lieues au moins.

» Si je ne me trompe, c'est là en grande partie ce qui a fait jusqu'ici le salut du Pacifique.

» Que l'on suppose mis à exécution le projet, si souvent et depuis si longtemps formé, de couper l'isthme de Panama ou d'établir en tout autre point proposé une communication entre les deux Océans, comme bientôt il en existera une entre la Méditerranée et la mer Rouge, il n'y a nulle témérité, je crois, à prédire qu'on ne tarderait probablement pas à voir la fièvre jaune passer, par importation, d'un rivage à l'autre, et que l'immunité dont jouit le Pacifique cesserait d'exister. Il est même à remarquer que, depuis l'immense exploitation dont la Californie est devenue l'objet, la simple fréquentation plus grande de l'isthme de Panama, où, comme on sait, existe aujourd'hui un chemin de fer, a suffi pour amener en partie ce résultat; si je suis bien informé, en effet, des cas isolés, mais réels, de fièvre jaune commenceraient à se montrer du côté du Pacifique, notamment à Guayaquil.

» Je ne tarderai pas, du reste, à avoir en ma possession tout un ensemble de documents officiels de nature à éclairer ces différents points, et à me mettre à même de donner une carte de la fièvre jaune et des lieux auxquels elle s'étend ou s'est étendue.

» Ce serait d'ailleurs une bien grave erreur que de considérer comme étant susceptible, dans toutes ses parties, de produire spontanément la maladie tout cet immense littoral des deux Amériques où elle a été observée, et qu'à cause de cela on comprend dans le langage courant sous la désignation commune de *lieux à fièvre jaune*. Il me paraît démontré, au contraire, que les points réellement capables de l'engendrer doivent être considérés comme restreints et peu nombreux, et que, en Amérique aussi bien qu'en Europe, c'est l'importation surtout qui propage la maladie et l'étend d'un lieu à un autre. Quelques ports la produisent, les autres la reçoivent.....

» Toutes ces circonstances réunies, extension considérable de la fièvre jaune, rapports infiniment plus nombreux avec l'Amérique, navigation totalement différente, et surtout importation de port à port, expliquent à n'en pas douter les apparitions plus fréquentes de la maladie en France. Peu d'années se passent maintenant sans que nous ayons des arrivages qui en soient entachés, et même en présentent des cas. L'Académie ne l'ignore point, à plusieurs reprises nous avons eu de la fièvre jaune jusque dans le port de Brest, c'est-à-dire à une latitude dépassant considérablement celle qu'on avait cru pouvoir lui assigner. L'Académie en a connu les circonstances et les détails par une communication officielle de l'administration. Personne ici n'a oublié l'excellent rapport auquel cette communication a donné lieu de la part de M. Beau (*Rapport sur un cas de fièvre jaune importée à Brest*). A son tour, le Havre a eu plus d'un arrivage compromettant. Un entre autres, l'*Harriett*, qui a donné plusieurs malades, et pour lequel il a fallu rouvrir le lazaret depuis longtemps fermé de la presqu'île de Tatihou, près de Cherbourg. Marseille aussi a eu sa part, ainsi que Toulon et Bordeaux.

» Des changements aussi graves, une situation aussi sérieuse ne pouvaient échapper à la vigilance de l'administration, et des chefs du service, M. Julien, directeur, et M. Vaudremer, son laborieux collaborateur, l'un et l'autre bien connus de l'Académie.

» J'ai déjà dit que, par un arrêté spécial, S. Exc. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, assimilant, au point de vue des mesures sanitaires, les ports de l'Océan à ceux de la Méditerranée, a, jusqu'à nouvel ordre, rendu tout commun entre eux. Ils sont aujourd'hui soumis au même régime.

» Une autre très grande mesure a été prise. Adoptant en principe les pratiques inaugurées à Saint-Nazaire, l'administration en a étendu, je devrais dire généralisé, l'application. Depuis lors, et durant toute la saison qui vient de finir, le règlement de Saint-Nazaire, adressé à tous nos agents, est devenu la base des instructions données et des mesures prises. Partout où des navires arrivant de lieux atteints de fièvre jaune se sont présentés dans des conditions de nature à inspirer des craintes, ces navires, tenus à l'écart, ont été déchargés avec les précautions et selon les règles que je me suis attaché à décrire dans cette communication. A aucun la quarantaine proprement dite n'a été appliquée; le problème de l'assainissement a été abordé en face et sans perte de temps; puis les navires eux-mêmes ont été soumis aux mesures de cette purification profonde et pour ainsi dire intime dont j'ai parlé. Le nombre des navires ainsi traités durant la saison de 1862 a été considérable. Il s'en est présenté à peu près partout; nous n'avons eu d'accidents nulle part. On croit seulement avoir remarqué sur un navire particulièrement en mauvaise situation, quelques cas présentant la physionomie très atténuée de la fièvre jaune, des *demi-malades* douteux.... »

» Ce n'est pas tout, l'administration a rouvert et mis en état des lazarets qui, à une autre époque, avaient semblé pouvoir être fermés, celui de Bordeaux notamment, devenu indispensable aujourd'hui, pour répondre aux besoins nouveaux résultant de la ligne des transatlantiques du Brésil.

» De ces pratiques et des vues sur lesquelles elles se fondent résulteront, tôt ou tard, des modifications plus ou moins considérables dans nos règlements actuels. L'administration les entrevoit déjà. Mais comme, en pareille et si difficile matière, toucher aux règlements est toujours chose délicate, la prudence veut qu'on n'y procède qu'avec la plus sage lenteur.

» Une chose surtout appelle et appellera de plus en plus l'attention, ce sont les mesures qu'il pourrait être possible de prendre, à titre préventif, pour empêcher, ou, tout au moins, diminuer l'infection des navires..... Une indication surtout serait dominante. Elle consisterait à trouver le moyen, un moyen pratique, de faire respirer, si j'ose m'exprimer ainsi, cette gigantesque poitrine, ces espèces de trachées, que représente la coque d'un navire avec ses mailles et le vide des parois; ce serait d'y faire circuler l'air..... Du reste, le grand problème de la ventilation des navires peut être considéré comme résolu en ce qui concerne les navires à vapeur.

Le tirage que produit la chaleur donne lieu à des courants qui, bien utilisés, peuvent assurer partout cette ventilation. Mais la question demeure entière pour les navires à la voile, qui forment encore la grande majorité des bâtiments du commerce. Je me borne à dire ici, me réservant d'en faire un sujet spécial d'études, que, dans ma pensée, certains procédés imités du drainage ne seraient pas sans application à cette grave question.....

» Si les vœux que j'ai formés depuis longtemps, et dont l'expression figure aux actes de la conférence sanitaire internationale tenue à Paris en 1850, étaient exaucés, il se joindrait à toutes les améliorations accomplis ou à espérer, une création qui, à elle seule, serait un immense bienfait. On sait les services qu'ont rendus et que rendent tous les jours nos médecins sanitaires du Levant. Par eux nous savons avec exactitude, et comme nous ne l'avions jamais pu savoir, tout ce qui se passe au point de vue sanitaire, dans leurs résidences respectives, c'est-à-dire dans les régions de l'Orient considérées comme les plus habituellement suspectes, Smyrne, Constantinople, Alexandrie, le Caire, Beyrout, Damas, et, grâce à ces renseignements, on n'en est plus, comme autrefois, à supposer la peste comme toujours existante, et à prendre, à tout hasard, des précautions qui, dix-neuf fois sur vingt, étaient inutiles et en pure perte, grand résultat qui se traduit en millions épargnés au commerce, et en facilités dans les relations qu'on ne connaissait plus depuis longtemps ou, pour mieux dire, qu'on n'avait jamais connues. La conférence a demandé avec instance une pareille création de médecins sanitaires en Amérique, pour la fièvre jaune; elle figure même au rang des améliorations indiquées dans nos règlements. De plus en plus nécessaire, elle mériterait de devenir l'objet d'une entente entre les gouvernements intéressés.

» Pour finir, il ne me reste plus qu'à dire un mot touchant les mesures prises à Saint-Nazaire en vue de l'avenir..... Les mesures auxquelles j'avais eu recours, et qu'il a fallu reprendre cette année, bonnes comme expédient, ne pouvaient être maintenues à un autre titre. Il s'agissait de savoir par quelle organisation définitive elles seraient remplacées. Sans entrer dans des détails que trouveront aux pièces ceux qui pourraient s'y intéresser, j'ai été conduit à proposer d'ériger Saint-Nazaire en direction de santé, à l'instar de nos grands ports, Marseille, Toulon, Nice, Bordeaux, Brest, Cherbourg et Cette, et de doter ce port nouveau d'un lazaret. Je m'abuserais singulièrement si l'on ne trouvait pas, dans les faits qui s'y sont passés, et dans l'ensemble des circonstances, la justification de cette proposition.....

CONCLUSIONS.

« De ces faits envisagés plus particulièrement au point de vue pratique, on est amené aux conclusions et aux applications suivantes :

» 1° Que c'est bien de la fièvre jaune qu'il s'agissait.

» 2° Qu'elle a été prise à la Havane et importée de là à Saint-Nazaire, et par conséquent qu'elle ne s'est pas développée à Saint-Nazaire même, port neuf et salubre par excellence.

» 3° Que ce n'est ni par les marchandises ni par les hommes que la maladie a été introduite, les marchandises livrées immédiatement au chemin de fer n'ayant produit aucun accident, les hommes débarqués pas davantage; grand fait qui est en harmonie avec beaucoup d'observations antérieures.

» 4° Que la cause inconnue de sa nature, qui a produit les accidents, avait son siége dans le navire même, et plus particulièrement dans la cale et ses parties profondes, et l'on s'explique ainsi comment les accidents, commencés en mer, ont surtout éclaté au moment du déchargement.

» 5° Qu'étant donnés des navires arrivant dans une situation analogue, ce n'est pas par une quarantaine plus ou moins longue que l'on serait sûrement préservé : le véritable moyen de salut est dans l'isolement, d'une part, dans un déchargement bien entendu, de l'autre, le *déchargement sanitaire* avec tout ce qui le constitue, et, en troisième ligne, l'assainissement des navires. — A quoi il faut ajouter pour les hommes des mesures de propreté ordinaire, bains, changement de linge, etc., et un certain temps d'observation en lieu salubre et isolé, temps que la brièveté reconnue de l'incubation permet, le plus ordinairement, de réduire à un petit nombre de jours.

» 6° Qu'il résulte des faits observés, qu'outre une sécurité aussi grande que possible, il y a dans l'application soigneusement faite de ces trois ordres de moyens, *isolement*, *déchargement*, *assainissement*, une sorte de transformation des quarantaines et un progrès tendant à économiser le temps sans ajouter sensiblement aux dépenses.

» 7° Que l'épidémie de Saint-Nazaire, claire dans toutes ses parties, étant, à cause de cette clarté même, prise comme type, si l'on en rapproche les autres épidémies qui ont paru en Europe, on est frappé de leur extrême ressemblance ; que toutes ces épidémies, petites ou grandes, locales ou plus ou moins étendues, paraissent s'être comportées de la même manière, et qu'étudiées sans prévention, dans leur origine et dans leurs circonstances, elles aboutissent toutes, comme à Saint-Nazaire même, à la doctrine de l'importation.

» 8° Qu'elles paraissent aboutir, en outre, à la doctrine de la propagation de la maladie par les malades, abstraction faite des influences locales et des foyers qui peuvent y concourir, et conséquemment que la fièvre jaune, incontestablement importable, serait, en outre, transmissible dans une certaine mesure.

» 9° Que de cette double considération de l'importabilité et de la transmissibilité, découle, comme troisième conséquence, la nécessité des mesures sanitaires.

» 10° Que l'accroissement, en nombre et en rapidité, des communications avec l'Amérique, en même temps que l'extension de la fièvre jaune à des parages qu'elle avait longtemps épargnés, ajoute singulièrement aux craintes que doit inspirer cette maladie, et donne d'autant plus d'importance aux mesures destinées à la prévenir.

» 11° Que l'administration redouble de soins en conséquence.

» 12° Qu'elle a, dans ce but, et jusqu'à nouvel ordre, assimilé, pour les mesures sanitaires, l'Océan à la Méditerranée, généralisé la pratique du déchargement des navires et de leur assainissement, et remis en état des lazarets qu'on avait cru pouvoir abandonner.

» 13° Qu'elle se préoccupe des moyens de prévenir autant que possible l'infection des navires, soit en provoquant d'utiles modifications dans leur construction, soit en veillant à l'arrimage et surtout à l'aérage, ainsi qu'aux précautions à prendre au départ et pendant la traversée.

» 14° Qu'elle a érigé Saint-Nazaire en direction de santé.

» 15° Et qu'enfin un lazaret, destiné à être pourvu d'un bassin à flot, va y être établi, dans les conditions les plus propres à assurer le maintien de la santé publique, tout en évitant les inconvénients si justement reprochés aux anciens lazarets. »

Chirurgie.

Résection temporaire du maxillaire inférieur; extirpation d'un cancer du plancher de la bouche et de la langue, par le docteur E. Bœckel, professeur agrégé de chirurgie et chef des travaux anatomiques de la Faculté de Strasbourg.

La chirurgie moderne s'est enrichie dans ces dernières années d'une certaine classe d'opérations (1) qui rentre dans

(1) On trouvera cette question développée avec tous les détails qu'elle mérite dans un *Traité des résections* que je publie et qui est sous presse.

celle des résections, en ce sens qu'on excise une portion d'os, mais qui s'en sépare en ce que cette portion osseuse reste en rapport avec les parties molles et est remise en place à la fin de l'opération.

Dans ces cas les *résections* ne sont donc que *temporaires*, et c'est le nom que je propose de leur appliquer. Elles ne sont pas le *but* de l'opération, mais un *moyen* d'arriver sans trop de mutilations, à extraire des tumeurs situées dans des cavités à parois osseuses. Jusqu'à présent on les a désignées sous le nom *d'ostéoplasties*, mais c'est une dénomination fausse, puisqu'on ne comble pas une perte de substance de l'os au moyen des tissus voisins, mais qu'on replace simplement un lambeau qu'on avait soulevé pour les besoins de l'opération.

M. Huguier a, le premier, appliqué ce principe au maxillaire supérieur (1860) pour pénétrer dans le pharynx à la recherche d'un polype naso-pharyngien. Sur une moindre échelle, M. Langenbeck avait déjà fait une opération semblable en 1859, en relevant l'os propre du nez, relié par un pont de périoste aux parties voisines.

Enfin, en remontant plus haut encore, M. Sédillot avait rempli la même indication à l'égard des tumeurs de la langue, par sa section du maxillaire inférieur avec écartement des deux moitiés.

Quoi qu'il en soit de cette question de priorité, l'idée était féconde, et les procédés n'ont pas tardé à se multiplier.

M. Billroth, un des élèves les plus distingués de M. Langenbeck, a pratiqué récemment deux résections temporaires du maxillaire inférieur (1). Dans la première, il divisa le corps de la mâchoire au niveau de la canine droite et de l'avant-dernière molaire gauche, en le laissant adhérent aux téguments, puis il rabattit ce lambeau ostéo-cutané sur le cou, et extirpa un cancer qui occupait la partie gauche du plancher de la bouche.

La malade guérit sans difformité.

Dans le second cas, il s'agissait d'un cancer de la partie latérale du cou, faisant en même temps saillie au dehors et dans le pharynx. Pour se créer du jour, M. Billroth scia le maxillaire aux environs de la molaire et releva la branche de cet os, après avoir coupé l'insertion du ptérygoïdien interne et la moitié de celle du muscle temporal. L'articulation formait la charnière. Cependant il fallut diviser les carotides externe et interne, ainsi que les nerfs grand hypoglosse et lingual, pour extirper complétement la tumeur. Une lésion du pneumogastrique entraîna la mort de l'opéré au bout de trois jours.

La lecture de ces observations m'a suggéré le procédé opératoire que j'ai appliqué dans le cas suivant :

Obs. — Un homme âgé de soixante-deux ans, robuste encore, me consulta en septembre 1862, pour un cancer de la langue et du plancher de la bouche. La moitié antérieure de la langue est transformée en une tumeur dure, nettement limitée en arrière; cet organe est tout à fait immobile par suite de l'altération de la glande sublinguale et des parties avoisinantes. A peine peut-on insinuer le petit doigt entre la pointe de la langue et l'arcade dentaire. Aucun ganglion lymphatique n'est pris, mais la partie antérieure de la glande sous-maxillaire droite paraît indurée. La peau est partout souple et mobile. Le malade n'avale que très difficilement et sa parole est presque incompréhensible. Il est dévoré par une faim qu'il ne peut satisfaire et de plus tourmenté par des douleurs lancinantes qui ne lui laissent aucun repos la nuit. Malgré ses souffrances, il a gardé un degré de vigueur remarquable et réclame avec insistance une opération que plusieurs chirurgiens lui ont déjà refusée et dont je ne lui cache nullement les dangers.

Le cas ne me paraît pas au-dessus des ressources de l'art, mais le procédé de M. Sédillot n'est plus applicable, parce que la langue collée contre les incisives ne permettrait ni la section de l'os sur la ligne médiane, ni l'écartement des fragments; par contre, il me semble qu'une résection temporaire rendrait l'extirpation facile.

L'opération est pratiquée à la maison des diaconnesses, le 28 octobre 1862, avec l'assistance obligeante de mon collègue M. Morel, du docteur Morel père, de M. Munch, premier interne à l'hôpital civil et de quelques élèves. M. Elser administre le chloroforme au malade.

(1) *Archiv für Chirurgie* de Langenbeck, 1862, p. 651.

Une première incision horizontale passe par la lèvre inférieure, à 3 centimètres au-dessous de son bord libre et s'arrête de chaque côté à une petite distance des artères faciales. De ses deux extrémités partent des incisions verticales, dépassant un peu le bord de la mâchoire. Je dégage l'os à ce niveau et je le divise des deux côtés avec la scie à chaîne, montée sur le porte-scie de M. Mathieu. L'absence des petites molaires simplifie ce temps de l'opération; mais auparavant j'avais foré avec un drill deux trous de chaque côté des traits de scie, pour y passer les fils de fer destinés à la suture. Le corps de la mâchoire tenant au lambeau quadrilatère des parties molles, est ensuite rabattu sur le cou et donne un libre accès dans la cavité buccale. Le bord libre de la lèvre inférieure, qui est resté intact, est relevé avec facilité jusque sur le nez et ne gêne nullement. D'un coup de bistouri je divise transversalement la langue derrière la tumeur, et je lie immédiatement les deux artères linguales. L'extirpation de la glande sublinguale et d'une partie de la glande sous-maxillaire droite se fait à découvert; trois ou quatre artères divisées sont liées aisément. Enfin je rugine la face postérieure de la symphyse, la gencive qui la revêt paraissant malade, et j'éteins deux cautères sur quelques points de la plaie qui fournissent une hémorrhagie en nappe.

Le fragment du maxillaire est alors remis en place et fixé de chaque côté par une anse de fil de fer recuit, qu'il fallut serrer fortement pour obtenir une immobilité complète. Une quinzaine de points de suture entortillés réunissent les parties molles externes, qu'on couvre d'une simple compresse d'eau froide.

Le malade est resté anesthésié pendant toute la durée de l'opération; lors de son réveil; il remue la mâchoire avec facilité.

Pendant les deux premiers jours le malade ne prend que des morceaux de glace, et on lui administre des lavements nutritifs additionnés de quelques gouttes de laudanum.

Au bout de quarante-huit heures les épingles sont retirées et la réunion est parfaite, sauf aux deux points par où sortent les fils de fer de la suture osseuse; mais la déglutition se fait très difficilement, et l'on est obligé de nourrir le malade avec la sonde œsophagienne. Il est très remuant, se lève plusieurs fois, malgré la défense qu'on lui en fait et s'attire ainsi, le quatrième et le cinquième jour, deux petites hémorrhagies secondaires, qui contribuent encore à l'affaiblir. Une bronchite survient et emporte le malade le 6 novembre, huitième jour de l'opération.

L'*autopsie* ne peut être faite, mais l'examen de la bouche montre que les surfaces de section de la scie sont nécrosées dans une petite étendue et que les fils de fer ont commencé à couper le tissu osseux. Le fragment du maxillaire est redevenu assez mobile.

Les accidents survenus à la suite de cette opération, tels que difficulté dans la déglutition, bronchite, accumulation de mucosités dans la trachée, sont de ceux qu'on observe à la suite de l'amputation de la langue, et qui font périr un assez grand nombre d'opérés. La résection temporaire n'y est pour rien. On peut se demander ce que serait devenu le fragment de maxillaire, si le malade avait vécu. En se rappelant la guérison du premier opéré de M. Billroth, celles qu'on obtient journellement à la suite des fractures compliquées de la mâchoire, on peut affirmer que la continuité de l'os se serait rétablie au moins par du tissu fibreux. Si même le fragment s'était nécrosé en totalité, il en serait certainement résulté une difformité moindre que si l'on avait enlevé d'emblée la symphyse à la façon de Regnali.

La grande difficulté, c'est d'assurer l'immobilité des fragments à la suite de ces résections temporaires. MM. Sédillot et Billroth ont eu à lutter contre des déplacements continuels des os. On y obvie pendant les premiers jours par une suture osseuse, mais il faut y joindre plus tard un appareil de gutta-percha, comme le conseille M. Morel-Lavallée; car l'observation a démontré que la suture coupe les os presque aussi vite que les parties molles. Je conseille de forer les trous destinés aux fils avant de scier le maxillaire, de peur que le fragment détaché n'échappe au foret en raison de sa mobilité.

L'opération elle-même ne présente guère plus de difficultés qu'une résection ordinaire et se pratique en général d'après les mêmes règles et avec les mêmes instruments. Pour les résections temporaires de la branche de la mâchoire, on taillera un lambeau triangulaire à base supérieure et postérieure; pour celles du corps, un lambeau quadrangulaire à base inférieure. Sur mon malade, j'ai respecté la commissure de la bouche et le bord rouge de la lèvre, et j'ai fait passer l'incision transversale au-dessous de ce bord, sans être gêné un seul

instant pendant l'opération. C'est un perfectionnement qui rend la restauration de la face plus parfaite et plus facile.

Jusqu'à présent, nous possédons quatre procédés de résection temporaire de la mâchoire inférieure, dont on peut fixer les indications de la façon suivante :

1° *La section en ≺ de la symphyse*, d'après M. Sédillot, est applicable à l'amputation de la langue, quand elle ne peut plus se faire par l'ouverture buccale.

2° Si le plancher de la bouche est pris, et surtout si la partie sublinguale est malade, on aura recours à la *résection temporaire du corps du maxillaire*, telle que je l'ai pratiquée.

3° Quand l'altération affecte l'une des moitiés de la langue, ainsi que la partie correspondante du plancher buccal, on fera la *résection temporaire de la partie latérale du corps du maxillaire* (première opération de M. Billroth).

4° Enfin pour les lésions qui affectent les piliers, les amygdales, le voile et la partie latérale du pharynx, on se créera du jour par la *résection temporaire de la branche de la mâchoire* (deuxième opération de M. Billroth).

Malheureusement les maladies qui nécessitent ces opérations sont presque toutes de nature cancéreuse et sujettes à récidive, c'est ce qui en aggrave le plus les résultats.

II

CORRESPONDANCE.

Sur l'historique du laryngoscope.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

La GAZETTE HEBDOMADAIRE du 27 mars dernier a publié, sur l'invention du laryngoscope, une note historique et critique qui mérite quelques explications. Permettez-moi de vous adresser, monsieur le rédacteur, les réflexions suivantes sur ce sujet.

L'idée d'éclairer les diverses cavités du corps humain est tellement naturelle, tellement primitive, qu'elle remonte, sans aucun doute, bien loin dans l'histoire de la médecine. Il n'y a rien de surprenant qu'on en puisse trouver les traces chez des auteurs plus ou moins anciens. L'idée d'éclairer le larynx peut donc être regardée, à bon droit, comme appartenant à plusieurs individus. Elle est, selon moi, sans aucune valeur scientifique ; mais il n'en est pas de même de l'application de cette idée et surtout de la méthode à laquelle elle a servi de base.

Lorsqu'il s'est agi de réaliser cette application, il a fallu recourir à des instruments qui ont rendu le médecin tributaire d'une main étrangère. Les divers essais qui ont été tentés, montrent combien il est souvent difficile de trouver l'instrument, si simple en apparence, qui doit rester dans la science et dans la pratique en même temps.

Or, il ne suffisait pas d'avoir trouvé un instrument susceptible d'éclairer le larynx et d'en faire voir, par hasard, l'intérieur. L'importance de son application était dans la généralisation de son emploi et non dans son isolement. A quoi nous eût servi, en effet, cette application, si elle n'eût été qu'un fait rare, exceptionnel? Des expériences multipliées pouvaient seules permettre de déterminer les règles suivant lesquelles elle devait être faite, et d'instituer ainsi la méthode à suivre pour vulgariser son usage.

Il y a donc à considérer trois choses bien distinctes dans l'histoire de la laryngoscopie, savoir : 1° l'*idée;* 2° son *application;* 3° la *méthode*.

Voyons comment se sont succédé ces trois choses :

1° *L'idée.* — D'après M. Windsor, chirurgien à Manchester, l'idée d'éclairer les cavités du corps humain se trouve dès 1807 dans Bozzini, praticien à Francfort-sur-le-Mein. Cette date, soyez-en sûr, ne sera pas la seule qui réclamera.

Senn (de Genève) aurait eu, en 1827, l'idée d'éclairer le larynx d'une petite malade qui fut trachéotomisée le 3 mai 1827. (Voy. la *Gaz. hebd.* du 27 mars.)

Cette idée se retrouve ensuite à diverses époques dans plusieurs auteurs.

2° *Son application.* — C'est ici que les difficultés commencent.

Bozzini décrit et figure un réflecteur avec lequel, dit-il, il peut voir les arrière-narines.

Senn fait construire un petit miroir qui l'oblige, *à cause de sa petitesse!* à renoncer à son emploi.

Le 18 mars 1829, Benjamin Babington présente à la Société huntérienne un miroir enchâssé dans un anneau d'argent, muni d'une longue tige, et il lui donne le nom significatif de *glottiscope*. Malgré cela, Bozzini ne peut voir l'intérieur du larynx, attendu qu'il place son miroir *glottiscopique* contre le palais et non dans le fond de la gorge. En même temps qu'il disposait ainsi son instrument, il déprimait la base de la langue avec une spatule, abaissait l'épiglotte sur la cavité du larynx et fermait ainsi tout accès à la lumière.

En 1832, un fabricant du nom de Selligues fait un spéculum composé de deux tubes destinés, l'un à porter la lumière sur la glotte, l'autre à permettre la vue de son image réfléchie dans un miroir placé à l'extrémité gutturale de l'instrument. Bermoti aurait vu la glotte avec cet instrument, dit-on. Je n'ai pas besoin de signaler la différence qu'il y a entre ce spéculum et le laryngoscope d'aujourd'hui.

MM. Trousseau et Belloc, vers 1836, font exécuter par M. Sanson un instrument analogue à celui de Selligues. Il se peut qu'on ait essayé de l'appliquer. Mais ce que je puis dire, c'est que M. Trousseau m'a assuré (en 1861) n'en avoir jamais fait l'application. Les considérations que l'on trouve sur ce sujet dans le mémoire de ces auteurs sur la phthisie laryngée, sont d'ailleurs de nature à ne laisser aucune incertitude.

Vers 1838, Baumès présente à la Société médicale de Lyon *un spéculum pour l'exploration de la gorge!* C'est un miroir de la largeur d'une pièce de deux francs, armé d'une petite tige de bois ou de baleine, et muni d'une vis de rappel pour varier son inclinaison. Le compte rendu des travaux de la Société, par M. Bougier, ne dit pas si Baumès plaçait son miroir contre le palais, à la manière de Babington, ou s'il le portait plus profondément dans la gorge ; ceci est regrettable.

« Par ce moyen, dit le compte rendu, on peut reconnaître *facilement* » les inflammations, engorgements ou ulcérations que l'on ne pouvait que » soupçonner à l'extrémité *postérieure des fosses nasales* (!), au larynx et » dans quelques parties du pharynx. L'usage de cet instrument, *très* » *facile d'ailleurs*, est d'une utilité incontestable. »

On voit sans peine que ces quelques lignes sont rédigées par un homme qui comprend toute l'utilité qu'on peut retirer d'un semblable moyen d'exploration, mais qui n'a malheureusement pas même essayé de porter un miroir dans le fond de la gorge.

En 1840, Liston décrit un instrument semblable à celui de Baumès, et le premier, il assigne à son spéculum la *position* qu'il doit avoir dans l'arrière-bouche pour obtenir l'image certaine de la cavité laryngienne. C'est là un fait capital dans l'histoire de la laryngoscopie. M. Czermak a pu dire, avec raison, le *miroir laryngien et la méthode de Liston* et il les a nommés *laryngoscope* et *laryngoscopie*.

Enfin, en 1844, le docteur Warden eut l'idée de se servir d'un miroir prismatique qui lui permit de voir deux fois la glotte malade. Pour la première fois, on trouve dans la science deux observations d'examen laryngoscopique. Le miroir prismatique de Warden, que l'on a essayé de faire renaître de nos jours, est trop loin du laryngoscope usuel pour que je m'arrête plus longtemps à sa description.

3° *La méthode.* — Liston est celui qui a posé le premier principe de la méthode laryngoscopique en quelques lignes, savoir : *la position du miroir laryngien au fond de la gorge.* Voici ses propres paroles : « Ulcération de la glotte. — La vue des parties peut s'obtenir quelquefois à l'aide d'un spéculum, tel que le miroir des dentistes, fixé au bout d'une longue tige, préalablement chauffé dans l'eau chaude, introduit la *face réfléchissante tournée en bas et très profondément dans le fond de la gorge.* »

Quant à M. Manuel Garcia, son mémoire, publié en 1855, montre qu'il a apporté un élément nouveau, *l'auto-laryngoscopie*, à laquelle M. Czermak et moi-même avons rendu l'importance qu'elle méritait.

Je ne m'étendrai pas davantage sur cet historique dans la crainte de me faire accuser d'impartialité, mes travaux se trouvant mêlés à ceux de mes confrères et compétiteurs ; mais j'insisterai surtout sur les conclusions suivantes :

1° L'idée d'éclairer le larynx et les fosses nasales postérieures ne saurait avoir de valeur pour celui qui l'a émise.

2° L'application de cette idée, tentée à plusieurs reprises et à des époques différentes, a été réalisée peut-être par Baumès et Liston, et à coup sûr par Warden et par M. Garcia.

3° La méthode laryngoscopique a été indiquée par Liston et perfectionnée par MM. Garcia, Czermak, Türck et autres.

Agréez, etc. Dr MOURA-BOUROUILLOU.

RÉPONSE.

Mon cher rédacteur,

J'ai publié et signé l'article du 27 mars, auquel M. Moura-Bourouillou fait allusion, article qui, suivant notre honorable confrère, mérite les quelques explications qui font le sujet de la lettre qui précède.

J'avoue ne pas bien comprendre le but de cette réclamation : Ajoute-t-elle quelque document nouveau à ceux que M. Windsor et moi-même avons produits ? Évidemment non. M. Moura les a utilisés non sans com-

mettre quelques légères erreurs en ce qui concerne en particulier Bozzini et M. Senn. Est-ce une protestation en faveur des nouveaux venus et des vulgarisateurs contre les promoteurs anciens de l'idée? Je serais tenté de le croire d'après les paroles suivantes de M. Moura: « L'idée d'éclairer les diverses cavités du corps humain est tellement naturelle, tellement primitive, qu'elle remonte sans aucun doute bien loin dans l'histoire de la médecine...» Et ailleurs, à propos de Bozzini et de 1807 : « Cette date, soyez sûr, ne sera pas la seule qui réclamera. »

A quoi je répondrai : 1° une idée, toute naturelle et primitive qu'elle peut être, n'est pas nécessairement ancienne, et pour être simple elle n'en est ni moins belle ni plus facile à formuler ; l'histoire entière de notre science et des autres appuie cette proposition banale à force d'être vraie.

2° L'idée d'examiner certaines cavités n'implique nullement l'idée de les examiner toutes, et entre autres celles du larynx et du pharynx, pas plus que le spéculum, la spatule qui abaisse la langue et la loupe n'impliquent nécessairement le laryngoscope et l'ophthalmoscope.

3° Rien ne prouve que l'idée, de la laryngoscopie remonte bien loin dans l'histoire, et jusqu'à preuve du contraire, rien n'indique qu'avant 1807 on ait songé à éclairer et à examiner *de visu* les arrière-narines.

De ses prémisses fort contestables, M. Moura conclut d'abord que « l'idée d'éclairer le larynx peut être regardée à bon droit comme appartenant à plusieurs individus. » Proposition inacceptable et que je combats nettement en disant :

1° Une idée scientifique *peut germer* dans plusieurs têtes à la fois, mais elle n'appartient en propre qu'à celui qui l'émet le premier par les moyens et suivant les règles établies par la législation scientifique.

2° La priorité est une, ceux qui réinventent après pèchent par ignorance ou autrement. Il existe à ces délits de lèse-priorité des circonstances atténuantes, souvent très légitimes, et qui absolvent les coupables du soupçon de mauvaise foi. L'enquête est souvent difficile et délicate, mais lorsqu'elle est complète et juste, elle ne permet point le partage de la première place; à la vérité, à côté des brevets d'invention il y a les brevets de perfectionnement (1).

3° Les titres de priorité souvent ne sont que provisoires. L'exégèse historique réserve toujours les droits des plus anciens chronologiquement, et comme je l'ai dit ailleurs, il n'y a pour la vérité historique nulle prescription, ni de lieu, ni de temps. Si avant Bozzini, Babington et Senn, précurseurs de la laryngoscopie, nous trouvons par hasard quelque mention de cette conception, nous le dirons et nous ferons ce que nous avons déjà fait pour Lemonnier et Eustache contre Græfe et Roux, à propos de la staphylorrhaphie.

M. Moura ajoute que l'idée en question « est sans aucune valeur scientifique »; il y revient encore dans sa première conclusion, « l'idée d'éclairer le larynx et les fosses nasales postérieures ne saurait avoir de valeur pour celui qui l'a émise ».

Sur ce point j'ai encore des opinions toutes contraires. Je crois d'abord que quiconque émet une idée, lui reconnaît (fût-il seul de son avis) une certaine valeur, sans quoi il ne se donnerait sans doute point la peine de l'émettre ; mais de plus il me semble qu'une idée théorique pure a bien quelque importance, surtout quand la suite démontre à posteriori sa valeur et la possibilité de sa réalisation. Que l'idée théorique n'ait pas toujours de valeur pratique immédiate, cela est possible et cela s'est vu, mais si elle n'avait pas de valeur scientifique, comment se ferait-il (comme l'histoire le démontre) qu'elle précède le plus souvent et de longtemps l'application; que souvent même, avant d'en arriver là, elle doive subir d'ordinaire plusieurs métamorphoses ; — qu'elle ne germe, de coutume, que dans certaines têtes particulièrement organisées pour l'intuition scientifique, et que presque jamais le vulgarisateur organisé différemment ne fasse rien sans elle; — qu'enfin les découvertes complètes, théorie et pratique, ne soient presque jamais l'œuvre d'un seul homme et même d'une seule génération ?

M. Moura-Bourouillou distingue avec raison dans toute découverte parvenue à la naturalisation pratique, l'idée, l'application et la méthode; il ferait bien d'ajouter à cette triade la mention des procédés de la méthode.

Nous venons de voir le cas qu'il fait de l'idée.

En admettant dans sa deuxième conclusion que l'application, peut-être réalisée par Beaumès et Liston, l'a été à coup sûr par Warden et Garcia, notre confrère ne dit pas autre chose que ce que nous avions dit nous-même en nous appuyant sur des textes peu connus.

Quant à la méthode, puisque M. Moura attache tant d'importance à la position du miroir, n'a-t-il pas remarqué que M. Senn se proposait de porter son miroir *au fond du pharynx?* Liston a-t-il été beaucoup plus explicite, treize ans plus tard, en conseillant de conduire le miroir *très profondément au fond de la gorge?* Je ne vois, en vérité, qu'un adverbe de plus.

En publiant le 27 mars ces fragments historiques, en augmentant et en rectifiant la note de M. Windsor, je croyais faire un acte de justice, et d'autant plus librement, que je n'avais moi-même aucun intérêt dans le débat. J'espérais ainsi rendre service à ceux qui, dans le présent et dans l'avenir, s'occupent et s'occuperont de laryngoscopie scientifiquement et pratiquement.

Si mes intentions sont jugées différemment, je le regrette, mais je ne me plains pas d'avoir eu l'occasion d'exprimer nettement ma manière de voir sur le sens qu'il faut donner au mot priorité et sur la part réciproque qui revient à ceux qui pensent et à ceux qui agissent après eux. Les uns servent l'humanité et les autres les hommes.

Agréez, etc. Dr VERNEUIL.

(1) Voy. précisément sur l'invention de la laryngoscopie le compte rendu d'une séance de la Société médicale d'émulation de Paris, 2 avril 1861 ; dans le *Bulletin* de cette Société, nouvelle série, t. I, fasc. 1, 1863, p. 12.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 AVRIL 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

PALÉONTOLOGIE HUMAINE.— *Deuxième note sur la mâchoire d'Abbeville*, par M. *de Quatrefages*. — Depuis la lecture de sa première note sur la mâchoire humaine trouvée par M. de Perthes dans le diluvium d'Abbeville, M. de Quatrefages a appris que des doutes graves s'étaient élevés sur l'authenticité de cette découverte. Cette circonstance l'engage à préciser quelques faits qu'il s'était borné à indiquer dans sa communication précédente.

Il fait remarquer d'abord que parmi les personnes qui ont émis ces doutes, pas une, à l'exception de M. Falconer, n'a étudié de près l'objet sur lequel porte la discussion. La plupart ne l'ont pas même entrevu. C'est sur l'examen des *haches* retirées de la couche où a été trouvée la mâchoire que reposent à peu près toutes les objections. On affirme que celles de ces *haches* qui ont été portées en Angleterre ont *toutes* été reconnues pour être fausses.

On assure, en effet, que les haches de silex sont aujourd'hui devenues l'objet d'une industrie frauduleuse, que certains ouvriers les imitent fort habilement, et que quelques savants distingués ont été dupes de piéges tendus à leur curiosité scientifique et à leur bonne foi.

Mais de ce qu'*une ou plusieurs* de ces haches ont été reconnues fausses, s'ensuit-il que *toutes* le soient également? Raisonner ainsi ce serait nier qu'il existât aux environs de Rome des médailles vraiment authentiques, des antiquités véritables, parce que l'art de les contrefaire a été porté assez loin pour tromper parfois les plus habiles connaisseurs.

Quand il s'agit d'une découverte de ce genre, chaque objet exige un examen séparé, et l'authenticité ou la fausseté ressort de deux ordres de faits : des circonstances mêmes dans lesquelles a été faite la trouvaille, des conditions dans lesquelles était placé l'objet trouvé, puis des caractères propres de cet objet. C'est à ce double point de vue qu'il examine aujourd'hui d'abord les deux haches qu'il a rapportées d'Abbeville.

Après avoir longuement exposé et discuté les signes caractéristiques de ces haches, signes tirés de l'aspect et de la nature du sol, du gisement, de l'intégrité des couches, de la situation des haches, de leur forme, de la configuration de leurs facettes et de leurs arêtes, de leur teinte extérieure et des particularités fournies par l'examen à la loupe, M. de Quatrefages croit pouvoir conclure, en ce qui touche les deux haches qu'il a rapportées de Moulin-Quignon, que si l'une d'elles *peut, rigoureusement parlant, être considérée comme douteuse ou même fausse*, l'autre *présente toutes les garanties possibles d'authenticité*.

Reste la mâchoire elle-même, ajoute M. de Quatrefages. Que doit-on en penser?

Remarquons d'abord que cette question n'est nullement liée

à la précédente d'une manière aussi intime que semblent l'admettre quelques personnes. Les haches pourraient être *vraies* et la mâchoire *fausse*. La réciproque est également exacte. La fausseté ou l'authenticité d'une médaille prise sur un point quelconque de la campagne romaine ne préjuge rien pour ou contre l'authenticité d'un buste retiré du voisinage.

Évidemment le mieux est d'agir pour la mâchoire elle-même comme pour les haches, et de rechercher en dehors de toute idée préconçue les *faits* qui militent en faveur, soit de son authenticité, soit de sa fausseté.

Malheureusement il manque ici un des éléments essentiels de l'enquête. Nous ne pouvons pas reproduire les *conditions de la découverte*.

Reste l'examen des caractères propres. J'ai fait sur ce point les études qui me sont seules permises jusqu'à présent. En voici le court résumé.

J'ai lavé avec soin, en le frottant avec du coton, un point de la face extérieure. L'os s'est alors montré d'une couleur d'un jaune peu foncé légèrement teinté de brun. A la loupe, on voit que la gangue générale a pénétré dans les très petites anfractuosités de la surface, et qu'elle continue à y adhérer. Des graviers pris sur les lieux et présentant des parties blanches, traités de la même manière, m'ont montré exactement les mêmes particularités.

La faible coloration de la mâchoire n'est donc pas un indice de fausseté. Au contraire, elle exclut au moins toute pensée que cet os puisse provenir des tourbières qui communiquent aux ossements une couleur assez semblable à celle que présente le fossile d'Abbeville avant le lavage.

J'ai gratté avec la pointe d'un petit scalpel et d'une manière comparative un point de la face interne de l'os et des graviers blanchâtres. Les traces de l'outil ont produit des résultats presque identiques, surtout en tenant compte de la différence de dureté des corps soumis à cette petite opération.

J'ai examiné avec grand soin la manière dont la gangue adhère aux graviers et à la mâchoire. Il m'a paru qu'il y avait identité avec ce que je trouvais chez plusieurs des premiers. La façon dont cette gangue se désagrége et se détache quand on opère sous la loupe m'a semblé aussi être exactement la même pour certains graviers et pour la mâchoire.

Par contre, des silex taillés ont été lavés avec soin, puis enduits d'une couche de pâte faite avec la gangue de la carrière. Celle-ci a d'abord adhéré, mais sans présenter les caractères qu'on observe, soit sur la mâchoire, soit sur la hache, soit sur les graviers dont j'ai parlé. Puis, une fois desséchée, cette couche artificielle s'est détachée avec la plus grande facilité, et en se désagrégeant d'une manière tout autre.

Enfin, j'ai soumis à l'examen de M. Delesse la mâchoire aussi bien que la hache dont j'ai parlé plus haut. Ce savant a trouvé aux deux gangues les mêmes caractères. Pour la mâchoire comme pour la hache, il a résumé ses impressions en disant : *Il me paraît impossible qu'on ait fait artificiellement ce que j'ai sous les yeux.*

Ainsi, rien jusqu'ici ne vient encore confirmer les doutes émis au sujet de l'authenticité de la mâchoire d'Abbeville. — Tout, au contraire, vient à l'appui de ce que M. de Perthes a annoncé quant aux *circonstances de la découverte.*

Mais cette étude, je suis le premier à le reconnaître, n'est pas encore complète. Il faudra maintenant laver la mâchoire en entier, et examiner avec soin les eaux de lavage pour voir si elles contiendraient une substance propre à faire adhérer la gangue à sa surface. Il faudra aussi analyser au moins une partie de l'os lui-même, pour s'assurer de sa composition...

Toutes ces recherches devront être faites d'une manière comparative. La dernière, en particulier, n'aura de valeur réelle qu'autant qu'il sera possible d'analyser en même temps un autre fragment d'os pris dans la même couche ou dans une couche entièrement semblable. On sait, en effet, combien la composition du sol influe sur la conservation des ossements.

Lettre de M. Delesse *à* M. de Quatrefages *sur le même sujet.*

Je crois me rappeler que vous m'avez demandé mon avis relativement aux curieux fossiles qui viennent d'être trouvés à Moulin-Quignon.

Il me semble que les haches de silex et surtout la mâchoire humaine sont bien réellement des fossiles authentiques. Leur surface est encroûtée par une limonite brune et magnésifère, présentant sur certains points l'éclat métallique, en sorte que son dépôt accuse une œuvre inimitable de la nature. Sur la mâchoire comme sur les silex taillés, cette limonite cimente de l'argile, des débris de silex et des grains arrondis de quartz hyalin. Les fossiles qui ont été trouvés avaient visiblement le même gisement; ils étaient enveloppés dans l'argile brune dont vous avez constaté l'existence vers la base du terrain diluvien de Moulin-Quignon.

Médecine. — M. *A. Caron* lit une note sur l'affection scrofuleuse, ses causes et sa prophylaxie. (*Comm. :* MM. Serres, Andral et J. Cloquet.)

Chimie appliquée. — M. le docteur *Garrigou* adresse de Tarascon-sur-Ariége une note sur la *composition de l'air* de diverses *cavernes* situées dans les montagnes qui environnent cette petite ville, sur la température de l'air et celle de l'eau qui se trouve dans quelques-unes de ces grottes. Dans toutes ses analyses, il a constaté une diminution dans les proportions normales de l'oxygène et la présence de l'acide carbonique en quantité variable, mais pas suffisante pour produire l'asphyxie. L'auteur ne dit pas d'ailleurs s'il a, pour une même caverne, examiné comparativement l'air pris à diverses hauteurs au-dessus du sol. (*Comm. :* MM. Chevreul, Boussingault, Peligot.)

Micrographie. — M. *Arth. Chevalier* soumet au jugement de l'Académie deux modèles de microscope, l'un simple, l'autre composé, destinés principalement aux jeunes gens qui s'occupent d'études histologiques, et qu'il s'est efforcé de mettre à des prix accessibles aux étudiants. (*Comm. :* MM. Pouillet, Babinet, Regnault.)

M. *le Secrétaire perpétuel* présente, au nom de l'auteur, M. *Beneke*, un mémoire écrit en allemand « sur l'apparition, le développement et la fonction de la cholestérine dans les organismes animaux et végétaux. »

Hygiène générale. — *De la construction d'une carte hygiénique de la France*, par M. *G. Grimaud* (de Caux). — L'auteur propose, pour atteindre ce but, de dicter à tous les médecins de France un programme de questions simples, appelant, de leur part, des réponses d'autant plus faciles à formuler qu'elles seront le résultat naturel et nécessaire d'observations journalières commandées par la profession.

Les questions d'un pareil programme sont de trois ordres; elles correspondent aux trois éléments du climat d'Hippocrate : l'air, les lieux et les eaux.

A ces trois ordres de renseignements il faut joindre le chiffre de la population, celui des naissances et des morts; l'indication des maladies particulières à la localité, et, quand il y a un hôpital, le nombre des malades admis et celui des morts.

Qui ne voit pourtant que l'hygiène générale des populations est là tout entière? Quand on connaît l'air, les eaux et les lieux d'un pays, on a le secret non-seulement des influences générales auxquelles est soumise inévitablement la santé de la population qui l'habite, mais encore la théorie des principales conditions physiologiques de cette population, conditions régies par ces influences.

Les données préliminaires feront connaître les conditions locales. En coordonnant systématiquement ces conditions, on construira sans effort un tableau fidèle de la constitution hygiénique du pays.

Thérapeutique. — *Du permanganate de potasse comme désinfectant*, par M. *Demarquay*. — M. Demarquay a employé la solution de permanganate de potasse sur un grand nombre de malades, et il affirme que, dans les circonstances suivantes, il agit avec une grande efficacité. Quelques injections ou lavages faits avec une solution de ce sel suffisent, lorsqu'ils sont bien

faits, pour enlever l'odeur si désagréable : 1° des cancers cutanés; 2° des cancers utérins; 3° des abcès profonds; 4° des plaies superficielles ou profondes; 5° de l'ozène, de la fétidité des pieds et des manipulations cadavériques.

La solution que l'auteur emploie à la Maison de santé lui a été fournie par M. Leconte ; elle contient 10 grammes de permanganate cristallisé pour 1000 grammes d'eau. Il suffit de verser 15 à 25 grammes de cette solution dans 100 grammes d'eau ordinaire pour avoir un liquide parfaitement désinfectant. Il importe de répéter plusieurs fois par jour les lavages ou les injections pour prévenir le retour de la mauvaise odeur; il importe aussi que ces injections et ces lavages soient faits avec soin, afin que le liquide désinfectant vienne baigner toutes les surfaces des parties infectées.

Pathologie. — *Affection comateuse due à une méningite suraiguë formation rapide d'une collection purulente considérable*, extrait d'une note de M. *Billod*.

Obs. — Une femme âgée de quarante et un ans entra à l'asile des aliénés de Maine-et-Loire, le 19 mars 1863, dans un état mental qui revêtait les caractères de la démence; le début de cette affection remontait à deux ans : des accidents de congestion cérébrale avaient été suivis dix-sept mois après d'une attaque d'apoplexie, à la suite de laquelle le côté gauche était resté hémiplégié quelque temps, et n'avait recouvré qu'incomplètement depuis la sensibilité et les mouvements. Jusqu'aux jours qui précédèrent l'admission à l'asile, la démence avait conservé un caractère tranquille, mais des symptômes d'excitation excessive avec délire général survinrent alors, et ne permirent plus à la famille de garder la malade chez elle.

Après l'admission, l'excitation persista à un degré extrême et sans aucune rémission de nuit ou de jour; vingt-huit jours après son entrée dans l'établissement, l'excitation cessa tout à coup, et fit place immédiatement à un état de coma profond qui se prolongea pendant trente heures environ et se termina par la mort.

Autopsie faite vingt-six heures après la mort. — La dure-mère apparaît fortement distendue, et par son incision laisse écouler un liquide séro-purulent, dont la quantité totale peut être évaluée à 60 centilitres au moins. La surface du feuillet pariétal de l'arachnoïde a perdu son poli; la surface externe du feuillet viscéral est recouverte dans toute son étendue d'un pus presque concret. Le tissu de la même membrane est épaissi, friable et parfaitement adhérent à la pie-mère dans toute son étendue. La pie-mère est injectée, friable aussi, et dans quelques points l'inflammation dont elle a été le siége semble s'être propagée à la surface du cerveau.

De l'étude comparative des altérations anatomiques et des dernières phases de la maladie, il semble résulter évidemment que la malade, après avoir présenté depuis deux ans une série d'accidents cérébraux, dont le début avait été marqué par de la congestion, a été affectée en dernier lieu d'une méningite suraiguë, dont la durée a coïncidé avec toute la période d'excitation qui a précédé de quelques jours l'admission, et s'est prolongée jusque vers les trente heures qui ont précédé la mort; que cette méningite s'est terminée par la suppuration ; que cette terminaison n'ayant pu que coïncider avec la transition qui s'est opérée dans la nuit du 14 au 15, de l'excitation la plus extrême au coma le plus profond, a dû s'opérer d'une manière bien brusque et bien prompte, car le coma consécutif n'a pas duré plus de trente heures : d'où il ressort que l'abondante quantité de pus que nous avons constatée a dû se former avec une rapidité extraordinaire, et qui confirmerait pleinement, si elles avaient besoin de l'[illegible]e, les données récemment établies par M. Flourens, sur la rapidité avec laquelle s'établit la suppuration consécutivement aux lésions des méninges. Un autre cas observé par nous il y a environ sept ans ne fait pas ressortir avec moins d'évidence l'autre donnée établie par le savant professeur, savoir que le pus formé dans les conditions précitées peut, dans certains cas, se résorber avec une extrême promptitude.

Anatomie pathologique. — *Description et figure d'une transformation morbide des enveloppes du testicule*, extrait d'une note de M. *Martin* (de Tonneins). — L'homme chez qui a été observée cette transformation avait été opéré, il y a vingt ans environ, de l'hydrocèle du testicule droit, et opéré imparfaitement, car il en était résulté une dégénérescence de la tunique du testicule. Au premier abord, il était permis de supposer que le testicule seul était malade. Une ponction exploratrice fut faite avant l'ablation complète, et il s'échappa une quantité notable de pus grisâtre ; la peau se gangrenait visiblement; le testicule gauche présentait déjà un volume excessif, et il y avait indication d'opérer pour arrêter les progrès du mal. L'opération n'a présenté rien de particulier. La pièce anatomique que j'envoie pour être déposée au Muséum montre bien le testicule atrophié, hors de sa place, mou, friable, d'une couleur anormale ; mais son enveloppe est remarquable par son développement, et surtout par son état fibro-cartilagineux à la partie supérieure et moyenne, et presque ossifié en quelques points. (*Renvoi à l'examen de* M. Serres.)

Nominations. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission chargée de décerner le prix de physiologie expérimentale. (*Comm.* : MM. Cl. Bernard, Flourens, Milne Edwards, Longet et Coste.)

Académie de médecine.

Séance du 5 mai 1863. — Présidence de M. Larrey.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

L'Académie reçoit : *a.* Une observation de traitement brusque et obligé de plusieurs rétrécissements de l'urèthre compliqués de fistule uréthro-rectale, par M. le docteur *Cazenave* (de Bordeaux). (*Comm.*: M. Civiale.) — *b.* Un mémoire sur la fièvre jaune, à l'occasion du rapport de M. Mélier, par M. le docteur *Levicaire* (de Toulon). (*Comm.*: MM. Mélier, Louis, Trousseau, Beau et Barth.) — *c.* Des fragments d'études critiques sur la fièvre jaune, par M. le docteur *Rudolf Seifert* (de Vienne). (*Même commission.*) — *d.* Une lettre de M. le docteur *Lepelletier* (de la Sarthe), qui sollicite le titre de membre associé national.

M. *le Président* annonce que M. le professeur *Simpson* (d'Édimbourg), associé étranger, assiste à la séance.

Lectures.

Statistique. — M. *Legoyt*, chef de bureau à la division de statistique générale près le ministère de l'agriculture et du commerce, lit un travail statistique sur l'aliénation mentale. (*Comm.*: MM. Rostan, Falret, Baillarger.)

Médecine vétérinaire. — M. *Camille Leblanc* lit un mémoire intitulé : Des tumeurs épithéliales chez les animaux domestiques, et en particulier du cancroïde des lèvres chez le cheval et chez le chat.

L'auteur résume ce travail ainsi qu'il suit :

1° Les tumeurs épithéliales sont fréquentes chez les animaux.

Si on les compare aux épithéliomes qu'on a observés chez l'homme, il est facile de se convaincre qu'elles ont les mêmes lieux d'élection, la même marche, et qu'elles sont formées des mêmes éléments. Chez les animaux, les épithéliomes se propagent par contiguïté, et on ne les a jamais vus se terminer par une diathèse.

2° Le cancroïde des lèvres se rencontre fréquemment chez le chat et chez le cheval. Chez le premier, il se fixe de préférence sur un des côtés de la lèvre supérieure ; chez le second, à la commissure des lèvres.

Ses causes sont peu connues.

Cette affection, sujette à récidive, et dont l'issue peut être funeste, se guérit difficilement par les moyens chirurgicaux, soit qu'on emploie les caustiques, soit qu'on ait recours à l'excision. Le traitement interne, consistant dans l'emploi longtemps continué du chlorate de potasse, a donné des résultats heureux qui ont besoin d'être confirmés pour passer à l'état de certitude. (*Renvoyé à la section de médecine vétérinaire.*)

Médecine. — M. le docteur *Cozalas*, médecin principal des armées, lit un travail ayant pour titre : Considérations générales, théoriques et pratiques sur la nature et le traitement de la fièvre jaune.

Voici les conclusions de ce travail :

1° La fièvre jaune *simple*, ou dégagée de toute complication notable, est une maladie complexe dans laquelle se trouvent réunis, à des degrés variables, les trois éléments morbides bilieux, intermittent et typhique.

2° Une température élevée et soutenue, et une intoxication miasmatique végétale et animale, sont les conditions nécessaires, indispensables à son développement épidémique.

3° Elle est généralement épidémique, mais on l'observe aussi quelquefois à l'état sporadique.

4° Les éléments bilieux et intermittent ne sont pas contagieux. La fièvre jaune n'est susceptible de transmission que par son troisième élément, l'élément typhique.

Son caractère contagieux est d'autant plus actif et évident que l'élément typhique est plus condensé; et son mode de contagion et d'importation est absolument le même que celui du typhus. Elle se transmet comme lui, indirectement ou par l'intermédiaire de l'air.

5° Des symptômes bilieux, intermittents et typhiques en sont les symptômes propres et essentiels. L'un de ces trois ordres de phénomènes peut être masqué par les autres....

6° Son évolution naturelle se divise en trois périodes, et sa durée normale est de sept à neuf jours....

7° Sa marche naturelle est la rémittence; dans les cas irréguliers, elle est pseudo-continue....

8° Sa prophylaxie consiste à éviter les chaleurs continues et l'encombrement, à fuir les foyers de décomposition putride, à supprimer la quarantaine et à la remplacer par les mesures hygiéniques employées pour prévenir ou éteindre les épidémies de typhus.

9°. Son traitement rationnel consiste dans l'emploi, dès le début, des évacuants, vomitifs et purgatifs, puis du sulfate de quinine, sans préjudice des autres moyens thérapeutiques selon les indications.

10° Toute grande épidémie de fièvre jaune se compose nécessairement de cas de fièvre jaune proprement dite, et d'un nombre plus ou moins considérable d'états pathologiques divers, dans la constitution desquels les éléments essentiels de la fièvre jaune n'entrent qu'à titre de complication....

11° Dans l'étude de toute grande épidémie de fièvre jaune, le médecin doit s'attacher à catégoriser les cas, à distinguer avec soin, au double point de vue de la théorie et de la pratique, les cas de fièvre jaune proprement dite, de ceux dans lesquels les éléments essentiels de l'espèce n'entrent qu'à titre de complication, et les cas de fièvre jaune simple des cas de fièvre jaune compliquée (*Comm.* : MM. Mêlier, Louis, Trousseau, Beau et Barth.)

Physiologie. — M. *Denis Dumont* lit une Note sur la respiration artificielle, ou pneumatogénie.

Le procédé préconisé par l'auteur a pour but d'imiter d'une manière à peu près complète la respiration naturelle, sans recourir à l'emploi d'aucun instrument.

Voici en quoi il consiste :

« Le sujet est étendu horizontalement, la bouche ouverte. L'opérateur se place au bout du lit ou de la table, et glissant une main sous chaque aisselle, d'arrière en avant, il saisit fortement le bras à sa partie supérieure. Alors, par un mouvement lent mais énergique, il porte le moignon de l'épaule en arrière et en haut ; puis, laissant l'épaule reprendre sa position normale, il exerce une pression en sens inverse. Ces mouvements sont répétés d'après le rhythme qu'affecte la respiration normale. » (*Comm.* : MM. Guérard, Devergie et Vernois.)

La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

Constitution médicale de l'année 1862.

M. *Chauffard* lit un mémoire volumineux intitulé : Étude clinique sur la constitution médicale de l'année 1862, suivie de réflexions sur l'importance pratique de l'observation des constitutions médicales. Nous résumerons aussi brièvement que possible ce travail important, dont la lecture a occupé presque entièrement trois séances de la Société.

Le théâtre où l'auteur a pu recueillir les faits qui servent de base aux considérations générales qui vont suivre a été d'abord le service qu'il a eu à diriger pendant toute l'année dernière à l'hôpital Saint-Antoine, puis le service du Bureau central, dont il était chargé simultanément à son tour de rôle. Ces deux services ont présenté toute l'année une grande activité; ce n'est pas un travail de chiffres ni une statistique complète des maladies aiguës de l'année que l'auteur présente à la Société, c'est un aperçu général qui sera néanmoins exact, à ce qu'il espère, parce qu'il repose sur des faits bruts dont chacun a pu vérifier l'exactitude, quelque divergence qu'il puisse d'ailleurs se produire dans l'interprétation de ces faits.

M. Chauffard divise son travail en trois parties : dans les deux premières, il tracera l'histoire des deux états morbides qui lui ont paru prédominer en 1862, savoir l'état gastrique et bilieux et l'affection rhumatismale, et recherchera l'influence qu'ils ont pu exercer sur les maladies concomitantes ; la troisième partie sera consacrée à résumer les caractères principaux de cette constitution médicale et à montrer l'utilité que peut présenter l'étude des constitutions médicales en général.

I. L'état gastrique et bilieux avait régné surtout pendant l'automne de 1861. Il apparaissait alors dans sa saison propre et semblait devoir disparaître avec elle pour faire place aux maladies aiguës de l'hiver. Il n'en fut rien : cet état morbide conserva son caractère prédominant pendant tout l'hiver. L'auteur décrit en détail les caractères de cette affection : état saburral des premières voies, teinte subictérique, douleur épigastrique, anorexie, nausées, céphalalgie, prostration, fièvre obscure le soir, sueurs légères le matin, en un mot les signes classiques de l'embarras gastrique sous toutes ses formes.

En même temps se montrèrent en février, saison insolite, un grand nombre d'ictères communs et des diacrises intestinales qui se rattachaient évidemment à l'état bilieux.

Mais d'autres états morbides, bien que dus à la même cause, présentèrent un caractère insolite qui rendait la filiation moins évidente : telle fut l'exagération de certains symptômes, celui de la céphalalgie par exemple, qui paraissait, au rapport des malades, constituer toute la maladie et dont il était plus ou moins difficile de retrouver la cause réelle; quelquefois cette céphalalgie s'accompagnait de congestion apparente, rougeur faciale, injection des conjonctives, surexcitation cérébrale, agitation fébrile, avec la langue presque nette, si ce n'est à la base. La connaissance de la constitution médicale prédominante permettait alors de remonter à la cause réelle, et l'action décisive de la médication vomitive prouvait la vérité du diagnostic.

D'autres fois, c'était seulement une faiblesse générale, sans autre symptôme bien défini; d'autres fois, un ensemble de phénomènes qui faisait redouter l'invasion d'une fièvre typhoïde; d'autres fois enfin, l'embarras gastrique s'est associé aux manifestations de l'autre affection, qui prédominait aussi cette année-là, c'est-à-dire à des douleurs rhumatoïdes des régions thoracique, lombaire, cervicale ou scapulaire, ou même des membres supérieurs et inférieurs. Ces douleurs, quoique souvent très violentes, étaient vagues, mal limitées, difficiles à localiser dans tel ou tel organe, ou tel ou tel tissu ; c'était surtout le tissu musculaire et fibreux qui paraissait affecté; quelquefois il y eut de véritables névralgies. Avec ces symptômes, il était souvent fort difficile de reconnaître l'affec-

tion dominante ainsi larvée, et cependant la médication, en s'adressant à la cause véritable, enlevait avec promptitude ces douleurs, comme dans une observation de sciatique qu'un émétique emporta dans les vingt-quatre heures. Il est difficile d'expliquer une guérison si prompte par une simple action révulsive.

La prédominance insolite de l'état gastrique et bilieux n'empêcha pas l'apparition des maladies aiguës de la saison, mais il leur imprima souvent une physionomie particulière. Les affections pulmonaires et bronchiques furent surtout marquées par la généralisation de l'inflammation catarrhale jusque dans les petites bronches; aussi les bronchites capillaires proprement dites, avec suffocation et cyanose, se montrèrent-elles dans une proportion insolite et avec un caractère funeste; l'état gastrique, qui s'y surajoutait, perdait ici son importance, comme la médication vomitive perdait son efficacité dans les cas graves; celle-ci n'en était pas moins indiquée à différentes périodes, selon l'état des forces, mais elle devait trouver des adjuvants utiles dans les toniques et les stimulants diffusibles.

A côté de ces catarrhes si graves se montrèrent aussi les affections catarrhales bénignes : bronchites, angines, conjonctivites, entéro-colites, accompagnées ordinairement des symptômes généraux de la gastricité. La médication vomitive avait dans tous ces cas une efficacité singulière qui montrait bien l'influence réelle de la constitution médicale, tandis que la médication qui s'adressait seulement à l'élément catarrhal restait inefficace ou lente dans ses résultats.

Les phlegmasies franches furent relativement rares; on vit peu de pneumonies vraies, surtout dans les mois de janvier ou février, pendant lesquels s'observa la plus grande fréquence des affections catarrhales. En mars et en avril, le nombre des pneumonies augmenta, mais elles ne revêtirent pas la forme franchement inflammatoire; ce furent les formes catarrhales ou bilieuses qui prédominèrent avec une faible réaction générale et une grande tendance à l'adynamie. L'ipéca fut, dans les deux formes, employé à doses vomitives d'abord, comme évacuant, puis à doses fractionnées, suivant la méthode des professeurs Caizergues et Broussonet (de Montpellier), remise en honneur récemment par le docteur Pécholier; ce médicament agit alors comme résolutif puissant des affections pulmonaires, sans qu'on en ait à craindre les effets dépressifs redoutables du tartre stibié. Il convenait donc surtout dans une constitution marquée par le peu d'intensité des réactions et l'influence plus ou moins manifeste de l'état gastrique. Cette influence se fit aussi sentir dans les maladies chroniques, telles que la phthisie pulmonaire, et, dans ces cas, lorsque d'ailleurs les tuberculeux n'étaient pas encore trop cachectiques, la médication vomitive parut non-seulement enlever la complication gastrique, mais encore relever l'état général et arrêter la marche de la diathèse. Dans d'autres cas, au contraire, la complication gastrique parut aggraver le caractère de l'affection diathésique, et le vomitif, tout en dissipant l'état gastrique, fut impuissant à enrayer l'accélération fâcheuse que ce dernier semblait avoir imprimée à la fièvre hectique et au mouvement de consomption.

Quant aux autres affections aiguës, telles que les érysipèles, les fièvres typhoïdes, les fièvres éruptives, la constitution médicale gastro-bilieuse exerça rarement sur elle une influence appréciable. L'érysipèle simple se trouva bien, il est vrai, de la médication évacuante, mais les érysipèles ataxiques ou adynamiques, qui furent les plus nombreux, parurent échapper à cette complication. Cette indépendance morbide fut encore plus tranchée pour les fièvres typhoïdes et éruptives, et d'autant plus évidente que les maladies avaient un degré plus élevé de spécificité. Ainsi les formes légères de la fièvre typhoïde parurent ressentir encore l'influence de l'état gastrique et présenter l'indication de la médication évacuante; mais les purgatifs eurent plus d'application que les vomitifs. Dans les formes ataxiques ou adynamiques, toute apparence semblable disparaissait; il en fut de même pour les varioles, les rougeoles et les scarlatines. L'auteur ne veut pas dire toutefois que ces affections spécifiques échappent entièrement à l'action des constitutions médicales, mais elles n'en ressentent que les influences supérieures et générales, comme il se propose de le montrer dans la troisième partie.

Quant à l'état gastrique simple ou compliqué qui constituait toute la maladie, il a cédé généralement franchement et rapidement à la médication vomitive; rarement il a fallu revenir plusieurs fois à ce moyen. Les boissons amères, et surtout l'emploi associé de la rhubarbe et de la magnésie, ont ordinairement suffi pour achever la guérison et rétablir l'appétit.

L'auteur ne veut pas rechercher ici le mode d'action de cette thérapeutique, dont les diverses théories lui semblent peu satisfaisantes; mais il croit que c'est surtout en imitant les évacuations produites par les efforts spontanés de la nature que cette médication réussit et devient aussi légitime qu'admirablement efficace.

En terminant cette première partie, l'auteur insiste sur l'état fébrile qui accompagne souvent l'état gastrique et acquiert l'importance d'une véritable fièvre rémittente continue. Ce n'est pas là une espèce morbide distincte, c'est le degré le plus élevé de l'état gastrique; la thérapeutique en montre l'identité. Cette forme se montra surtout à la fin de l'hiver de 1862, alors que les affections catarrhales bronchiques s'effaçaient et cédaient la place à des diarrhées catarrhales, en même temps qu'à des fièvres typhoïdes qui disparurent bientôt en été.

Tel fut un des deux états morbides qui imprima son caractère spécial à la plupart des maladies de l'année 1862; à côté de lui s'en montrait un autre non moins fréquent, non moins important : c'était l'affection rhumatismale.

II. Les affections rhumatismales, très fréquentes depuis l'automne de 1861 jusqu'à la fin de l'hiver de 1862, augmentèrent encore de nombre et d'intensité en mai et juin, diminuèrent en été et reprirent en automne, mais avec moins d'importance. L'auteur a déjà signalé les douleurs rhumatoïdes des muscles et des tissus fibreux qui accompagnaient souvent l'état gastrique; il va maintenant s'occuper du rhumatisme des articulations et des séreuses avec réaction fébrile.

Le caractère général des rhumatismes articulaires de 1862 a été un manque d'accord entre l'état fébrile, souvent très intense, et la fluxion articulaire; celle-ci ne se montrait guère que sous des formes affaiblies, subaiguës, et la diffusion s'opérait d'une manière insidieuse; les nouvelles déterminations n'effaçaient pas entièrement les anciennes. Avec cela il faut noter la fréquence extrême de l'endocardite rhumatismale, fréquence telle que la loi de M. Bouillaud parut dépassée, et que cette complication devint la règle générale. Elle apparaissait, du reste, d'une manière insidieuse, ne monta jamais à une intensité extrême et ne s'accompagna ni de désordres locaux violents ni d'une aggravation dans l'état général.

La persistance, l'opiniâtreté de l'affection générale furent aussi très remarquables; tombée de l'état aigu à l'état subaigu, elle résistait, se relevait de temps à autre; la résolution était rare; la convalescence était longue et difficile, et le moindre écart de régime amenait une récidive. Les guérisons les plus franches furent obtenues dans les cas où il y avait complication de l'état gastrique par la médication vomitive. (Voy. ci-dessus.)

Sous l'empire de la constitution générale, les vieux rhumatismes, même ceux dits goutteux ou noueux, se réveillaient et présentaient des périodes d'acuité. Les lésions organiques du cœur, celles d'origine rhumatismale du moins, parurent souvent prendre une marche précipitée et une gravité nouvelle, et cette aggravation était si bien liée à la diathèse qu'en même temps éclata souvent une nouvelle invasion rhumatismale, qui, dans un cas cité par l'auteur, amena promptement la mort.

Le rhumatisme cérébral n'est qu'une autre manifestation de cette diathèse, qui se constitue de plus en plus dans le climat de Paris. Dans un cas où les symptômes cérébraux apparurent

vers le vingtième jour de l'affection rhumatismale et causèrent en trois jours la mort du malade, malgré la thérapeutique la plus active, l'ensemble de la maladie présenta le même caractère insidieux, obscur, mais opiniâtre et fixe dans son évolution envahissante.

Les méthodes de traitement employées par l'auteur ont été en général peu actives; il a évité toute thérapeutique perturbatrice, surtout les émissions sanguines, qui paraissaient contre-indiquées par les caractères de la constitution régnante. Il a, en revanche, expérimenté les alcalins à haute dose, notamment le bicarbonate de soude, suivant la méthode de M. Garrod; mais cette médication n'a pas produit entre ses mains des résultats bien tranchés, soit pour la sédation de la fièvre, soit pour la résolution des articulations, soit contre l'invasion de l'endocardite; elle n'a paru agir que par son action diurétique et ne différer en rien de l'ancien traitement par le nitrate de potasse.

M. Chauffard rapporte une observation intéressante de rhumatisme viscéral dont la détermination initiale fut une hypérémie manifeste du foie, avec douleurs abdominales intenses, vomissements et diarrhée ; deux jours après, transport de l'action morbide sur les articulations et le cœur, disparition des phénomènes abdominaux, enfin crise sudorale, diurèse et convalescence franche en quelques jours.

C'est aussi à l'affection rhumatismale que l'auteur rapporte un certain nombre de pleurésies, maladies dont la fréquence en 1862 fut signalée par tous les médecins des hôpitaux. Les affinités de la pleurésie et du rhumatisme se sont traduites dans bien des cas, non-seulement par la coïncidence, mais par l'analogie des phénomènes pathologiques : phlegmasie peu intense, douleur au côté peu prononcée, réaction générale faible. Souvent aussi, comme Stoll le décrit pour les pleurésies rhumatismales, alliance de la maladie pleurale avec des douleurs rhumatoïdes persistantes ou fugaces dans les membres ou dans les environs des jointures. Enfin cette affection a quelquefois été liée à l'état gastrique et a rappelé les *pleurésies bilieuses* de Stoll. M. Chauffard ne reconnaît pas là une entité spéciale, la pleurésie reste avant tout une affection rhumatismale; mais comme les fluxions articulaires, elle peut être associée à l'état gastrique. Dans les cas les plus aigus, un traitement énergique a dû être employé; mais même avec des épanchements considérables, on n'a jamais eu recours à la thoracentèse, méthode dont on a peut-être un peu fait abus dans ces derniers temps, malgré les sages préceptes que la Société des hôpitaux elle-même, dans une discussion remarquable, a cherché à faire prévaloir.

C'est aussi à l'affection rhumatismale que M. Chauffard rapporte un grand nombre de pelvi-péritonites qu'il a eu l'occasion d'observer, et, comme cette manière de voir est assez nouvelle et peut soulever un assez grand nombre d'objections, il entre dans d'assez grands détails pour la justifier. Après avoir établi, par la discussion des symptômes et de l'évolution morbide, que les maladies observées étaient bien des *pelvi-péritonites*, telles que les a décrites M. Bernutz, et non des hématocèles rétro-utérines ou des phlegmons des ligaments larges, l'auteur recherche avec soin leur étiologie, montre qu'elles n'étaient en aucune façon liées à la parturition, ni à des excès sexuels, ni à des lésions des organes génitaux : la misère, la fatigue et surtout le froid humide étaient les conditions évidentes de leur éclosion; c'était donc l'étiologie du rhumatisme, avec l'influence de la constitution dominante, agissant sur une séreuse spéciale. Mais comment s'étonner que, chez la femme, dans l'existence de laquelle les fonctions génésiques occupent une si large place, une activité si continue, une diathèse exerce une action spéciale sur le péritoine pelvien que l'on ne retrouvera pas dans l'autre sexe? La marche de ces pelvi-péritonites, l'allure des lésions locales, leur guérison constante par des moyens simples, militent encore en faveur de cette manière d'envisager leur origine; dans un cas même, on a pu saisir la liaison par une métastase articulaire qui a remplacé les douleurs du bas-ventre.

Ce ne sont pas là des recherches vaines; selon l'auteur, franchir l'observation de la lésion simple, remonter à la cause affective comme à la vraie source des maladies, c'est la recherche la plus légitime et la loi première de la pathologie.

IV

VARIÉTÉS.

Un concours pour un emploi de professeur agrégé (clinique médicale), en remplacement de M. le docteur Colin, dont la quatrième année de fonctions est expirée, doit avoir lieu prochainement au Val-de-Grâce.

— Par décret du 2 mai, M. le docteur Pasquier, médecin principal, et M. le docteur Lambert, médecin-major au 75ᵉ régiment de ligne, ont été nommés officiers de la Légion d'honneur.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. le docteur Saintpierre, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, a été autorisé à ouvrir un cours complémentaire de chimie pharmaceutique.

— On assure que la section de médecine opératoire, après avoir discuté les titres des candidats qui se présentent pour succéder à M. Robert, aurait classé en 1re ligne et *ex æquo*, MM. Broca et Richet ; en 2e ligne, M. Michon ; en 3e ligne, M. Legouest ; en 4e ligne, M. Alph. Guérin ; et en 5e ligne, M. Morel-Lavallée.

— Un concours pour deux places d'aides d'anatomie à la Faculté de Montpellier s'est terminé le 20 avril. M. Tardieu a été nommé pour deux ans, et M. Favre pour un an.

— Par décision du 27 avril dernier, le personnel de santé attaché aux établissements thermaux militaires, sera ainsi composé pour l'année 1863 :

Hôpital d'Amélie-les-Bains. — MM. Artigues, médecin principal de 1re classe, chef du service ; Lemarchand, Thirard et Beylot, médecins-majors ; Filliette, Bellanger et Pellerin, médecins aides-majors.

Hôpital de Vichy. — MM. Durand (de Lunel), médecin principal de 1re classe, chef du service ; Reuille, médecin aide-major.

Hôpital de Bourbonne. — MM. Gabrol, médecin principal de 2e classe, chef du service ; de Finance et Cabasse, médecins-majors ; Vaquey et Longet, médecins aides-majors.

Hôpital de Bourbon-l'Archambault. — M. Corne, médecin-major de 1re classe, chef du service.

Hôpital de Barèges. — MM. Ganderax, médecin principal de 2e classe, chef du service ; Armieux et Jourdeuil, médecins-majors ; Gobert et Sarremone, dit Houreau, médecins aides-majors.

Hôpital de Guagno (Corse). — M. Pomonti, médecin-major de 2e classe, chef du service.

— Par arrêté ministériel, M. le docteur Gordon a été nommé bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Piron, démissionnaire.

— La Faculté de médecine de Montpellier avait demandé à M. le ministre de l'instruction publique et des cultes l'autorisation de s'assembler afin de délibérer sur l'opportunité du rétablissement du concours pour le professorat. Nous apprenons avec une vive satisfaction que, fidèle à la pensée libérale qui préside à tous les actes de son administration, M. Rouland a bien voulu accorder l'autorisation demandée. Puisse cette bonne nouvelle préluder au rétablissement d'une institution vivement désirée par tous ceux qui demandent au travail seul la réalisation d'une ambition légitime. (*Montpellier méd.*)

— L'Académie des sciences et lettres de Montpellier, dans sa séance générale du 27 avril dernier, a nommé M. le docteur Bertrand de Saint-Germain membre correspondant pour la section de médecine.

— M. le docteur Dagonet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, vient d'être chargé d'ouvrir un cours *complémentaire* sur les maladies mentales et nerveuses. M. le ministre de la guerre a rendu ce cours obligatoire pour les élèves de quatrième année à l'École de santé militaire.

— La Société d'anthropologie, qui depuis sa fondation comprenait deux classes distinctes de membres, les *titulaires* et les *associés nationaux*, vient de faire disparaître de ses cadres cette dernière catégorie de savants en leur conférant le titulariat. La Société, a remis à un *comité central* composé de trente membres l'administration de la Compagnie.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 15 MAI 1863. N° 20.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Fièvre jaune de Saint-Nazaire; Académie de médecine : Rapport de M. Mêlier. — Encore un mot sur la décoloration de la teinture d'iode par l'urine; expériences sur les animaux. — II. **Travaux originaux**. Anatomie et physiologie pathologique : Considérations sur les localisations cérébrales, et en particulier sur le siége de la faculté du langage articulé. — Réflexions nouvelles sur l'introduction de l'air et des autres gaz dans les veines. — Thérapeutique : De la tige sèche du Laminaria digitata. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux**. Ligature d'une artère intercostale. — Anévrysme artério-veineux de l'artère et de la veine poplitées. — Suffocation déterminée par la déglutition involontaire d'une sole. — V. **Bibliographie**. Traité médical pratique des maladies des yeux. — VI. **Variétés**. — VII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — Réceptions au grade de docteur. — VIII. **Feuilleton**. La chirurgie d'Abulcasis.

I

Paris, 14 mai 1863.

FIÈVRE JAUNE DE SAINT-NAZAIRE; *Académie de médecine :* RAPPORT DE M. MÊLIER. — ENCORE UN MOT SUR LA DÉCOLORATION DE LA TEINTURE D'IODE PAR L'URINE : EXPÉRIENCES SUR LES *animaux*.

La GAZETTE HEBDOMADAIRE a fait connaître à ses lecteurs, en novembre 1861, la part que la marine militaire avait prise à l'épidémie de fièvre jaune de Saint-Nazaire. Le mémoire de M. Mêlier, qui donne la relation complète de cette épidémie, et où peut se vérifier l'exactitude de ce qui avait été dit par ce journal, n'est pas un rapport seulement, mais bien une œuvre dont l'importance ne sera méconnue par personne. Il aborde des questions d'épidémiologie et d'hygiène publique longtemps contestées et restées sans solution, et on remarquera avec quelle clarté et quelle précision dans l'exposition des faits, quelle réserve et quelle sagacité dans les déductions, il arrive à fixer enfin l'opinion sur la plupart de ces questions. M. Mêlier a la lourde charge de prévenir l'introduction en France des épidémies d'origine exotique qui peuvent troubler plus ou moins gravement la santé publique, et, dans l'accomplissement de cette charge, il a la tâche très difficile de concilier les exigences de la liberté individuelle et des intérêts privés, avec les mesures sanitaires, toujours plus ou moins oppressives, auxquelles il est obligé de recourir. On comprend dès lors avec quelle prudence doivent se formuler ses jugements et se prendre ses décisions, surtout quand il marche sur un terrain aussi peu sûr et aussi peu connu jusqu'à présent, que celui d'une épidémie de fièvre jaune s'introduisant sur notre sol. Si l'on peut être moins restrictif que lui, n'étant pas arrêté par les mêmes considérations, il est difficile pourtant, même avec une plus grande expérience du sujet, de trouver beaucoup à ajouter ou à redire à ses appréciations et à ses conclusions. Aussi les remarques que nous voulons consigner ici, et que peut toujours suggérer un sujet aussi vaste à ceux qui l'ont approfondi, viendront-elles plus souvent confirmer que contrarier

---

FEUILLETON.

La chirurgie d'Abulcasis, traduite de l'arabe par le docteur LUCIEN LECLERC, médecin-major. Un vol. in-8.

Jusqu'à présent, aucun médecin arabe, que nous sachions, n'avait eu les honneurs d'une traduction française faite sur le texte original, à l'exception des fragments d'Ibn Abou Oceibi'ah, traduits par M. le docteur Sanguinetti, et de Sidi Syouti, édité par MM. Pharaon et Bertherand, dont nous avons rendu compte dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, t. III, n° 19 et n° 30. Quelques opuscules seulement, et en particulier le traité de Rhazès sur la petite vérole, avaient passé dans notre langue. Mais ces versions de Sébastien Colin et de Paulet avaient été faites d'après des traductions latines et non pas sur les textes arabes. Elles n'étaient donc véritablement que des traductions de traductions; et chacun sait ce qu'il faut penser de la valeur et de l'exactitude de ces sortes de travaux. Il faut, par conséquent, avant tout, savoir beaucoup de gré à M. le docteur Leclerc de la tâche qu'il a entreprise, le remercier des efforts qu'il a déjà tentés pour nous faire connaître la chirurgie classique des Arabes, et l'encourager vivement à continuer d'enrichir notre littérature médicale par de nouvelles éditions de ce genre.

Nous avons dit ailleurs (*Chirurgie* de Paul d'Égine, Introduction, p. 37 et 38) ce que nous pensons du génie médical des Arabes, de son défaut absolu de fécondité et de spontanéité. Nous croyons aujourd'hui, comme autrefois, que la médecine sémitique fut, en général, dénuée de tout esprit d'initiative et d'originalité, et que les ouvrages qui en sont sortis ne sont, pour la plupart, que d'imparfaites copies, que d'arides commentaires des écrits helléniques. Toutefois, si nous avions quelques réserves à faire à cet égard, elles seraient toutes en faveur d'Abulcasis et aussi de Rhazès. Ce dernier, en effet, n'eût-il en sa faveur que son TRAITÉ DE LA PETITE VÉROLE et ses études sur les médecins indiens, mériterait par cela seul

ses opinions, notre but étant seulement d'insister sur les points qui nous paraissent avoir le plus d'importance pour bien établir les caractères de la fièvre jaune, pour bien apprécier le mode suivant lequel elle peut s'introduire et se propager dans nos climats, et pour diriger le médecin hygiéniste dans les mesures qu'elle réclame. Nous suivrons l'ordre adopté dans le mémoire, c'est-à-dire que nous examinerons d'abord ce qui a rapport aux faits pathologiques, puis ce qui concerne les mesures prophylactiques, et enfin les réflexions générales que suscitent l'un et l'autre de ces points.

Dans ce qu'il a lu, M. Mêlier ne fait connaître que l'abrégé très succinct de quelques observations reproduites *in extenso* aux pièces justificatives, choisissant, sans doute, parmi les symptômes, ceux qui lui semblent le plus propres à bien établir l'identité de la maladie. Le premier fait, l'épidémie déclarée en mer à bord de l'*Anne-Marie*, ne serait pas facile à caractériser, d'après ces seuls détails, si l'on ne savait quelle est sa provenance et quelles ont été ses suites; on pourrait croire à une fièvre ataxique chez l'un, à un accès paludéen chez l'autre, à une colique sèche chez le capitaine, comme le pensait le malade lui-même; si l'on envisageait surtout la nature et les résultats du traitement, on serait plus porté encore à croire à une autre fièvre qu'à la fièvre jaune. Il est fait mention, pourtant, de douleurs de tête et des lombes, d'injection des yeux, de délire ou seulement d'agitation, d'expression de terreur, de peau jaune dans un cas.

A Indret, chez le premier malade du *Chastang*, on note d'abord la céphalalgie, les douleurs contusives des membres et la fièvre, et, en même temps, un peu de teinte ictérique de la face. Le lendemain, nausées et vomissements, puis symptômes d'adynamie et mort prompte le quatrième jour, avant que la fièvre jaune ait été reconnue. Le jour de cette mort trois autres malades sont signalés, et les renseignements pris sur ce qui s'est passé à Saint-Nazaire, ajoutés à l'aspect particulier qu'ils présentent et qui les assimile à celui qui vient de mourir, éclairent le médecin sur leur origine. Chez le premier, avec les symptômes du début déjà indiqués, on note la teinte ictérique, l'injection des yeux, des vomissements de sang, un peu de gonflement du foie; chez le second, outre ces symptômes, il est fait mention de l'anxiété de la respiration dès les premiers jours, et de phénomènes adynamiques vers la fin; chez le troisième, les symptômes de stupeur et d'adynamie sont ce qui frappe le plus. Enfin, le cinquième cas de ce même bateau *le Chastang*, déclaré le jour de la mort des trois précédents, a une marche plus lente; l'ictère n'apparaît que le troisième jour, on observe une période de calme (le mieux de la mort), puis l'état s'aggrave, l'ictère augmente, la somnolence survient et le malade meurt le septième jour. Ce cas est le mieux dessiné; mais les hémorrhagies et le vomissement noir ne sont pas encore mentionnés.

Comme caractères communs des quatre premiers cas, il faut donc noter, après les signes caractéristiques du début, l'ictère peu foncé et précoce, qui est le signe de la dyscrasie déjà prononcée du sang et indique un extrême danger; et, dans tous, l'absence des hémorrhagies multiples, à part un peu de sang dans le liquide vomi, et celle du vomissement noir, car son nom n'est pas prononcé et il n'aurait pas manqué de l'être. On ne note pas non plus la suppression de l'urine, le hoquet, encore moins les urines albumineuses; mais, de ceci, il ne faut pas trop s'étonner.

Cette forme n'est pas ordinaire dans la fièvre jaune; on l'observe pourtant aux Antilles, et je l'ai décrite comme variété se rencontrant dans la saison fraîche. On ne doit pas s'étonner dès lors de la rencontrer dans les climats tempérés.

Un seul des cas de Saint-Nazaire est reproduit avec quelques détails par M. Mêlier; c'est celui du second de l'*Anne-Marie*, qui peut servir de type pour les autres, est-il dit. Là, encore, ce sont les symptômes actifs du début qui sont les plus prononcés; céphalalgie, coup de barre, yeux injectés, anxiété de la respiration, excitation alternant avec la stupeur, ictère progressif apparaissant dès le premier jour, vomissements continuels et excessivement douloureux; mais pas encore d'hémorrhagies ni de vomissements noirs. Dans les cas qui suivent, la maladie se complète; aux symptômes initiaux, toujours prononcés, s'ajoutent les hémorrhagies par les sangsues, par la bouche, la matière noire des vomissements et des selles, quelquefois très abondante, le hoquet, la respiration anxieuse, l'ictère foncé, les urines épaisses et rares (albumineuses); les cas adynamiques, torpides, à côté des cas ataxiques; les cas trompeurs où le malade se lève et marche, quelquefois plusieurs jours de suite, puis tombe et meurt. Rien ne manque, comme on le voit, au tableau des accidents les plus graves, et ils se répètent partout, à Lorient, en mer sur l'*Aréquipa*, au Montoir. N'espérons donc pas que les climats tempérés retranchent quelque chose à la fièvre jaune qui nous viendra de la zone torride. Il faut pourtant noter les cas légers des gabares d'Indret, signalés avec raison à l'attention de l'Académie. Mais on en observe dans

---

d'avoir une place spéciale et très distinguée dans la médecine de son pays. Et quant au premier, sa Chirurgie porte en maint endroit la preuve de son jugement éminent, de son bon sens pratique, et du soin consciencieux qu'il apportait dans l'exercice et dans l'enseignement de son art. On y trouve un certain nombre d'observations qui lui appartiennent en propre, et qui témoignent hautement des qualités précieuses dont nous venons de parler.

On peut donc retirer quelques fruits de la lecture de ces auteurs; et d'ailleurs il est de la plus haute utilité pour la connaissance de l'histoire médicale que chacun soit mis à même de comparer les écrits des Arabes, tant avec ceux des Grecs, dont ils ont été les vrais héritiers avant nous, qu'avec ceux des Occidentaux, qui les ont copiés ou commentés. C'est de cette manière seulement qu'il est possible de suivre la tradition scientifique, et d'apprécier les développements de la médecine dans la suite des âges.

C'est un fait évident et hors de toute contestation que le mouvement doctrinal de notre science passa des Grecs aux Arabes et de ceux-ci aux peuples de l'Occident, qui l'ont conservé jusqu'à nos jours. Mais ce serait une grande erreur de croire que pendant la plus grande partie du moyen âge, et jusqu'à la diffusion de la science hellénique en Occident par l'intermédiaire des Arabes d'Espagne, il n'y ait point eu de médecine en Europe. Jamais il n'a pu y avoir une absence totale d'art médical chez des nations politiquement organisées, et dans des sociétés plus ou moins régulièrement gouvernées. Cette seule considération ne permettrait en aucune manière de penser que les peuples de l'Europe occidentale aient été complétement dépourvus de médecine pendant la période du v^e^ au xii^e^ siècle de notre ère; car la médecine est pour les hommes un besoin impérieux qui doit être satisfait tant bien que mal. Et quelle qu'ait pu être l'éclipse scientifique de cette partie du moyen âge, il n'a jamais été permis de croire sérieusement que l'Italie, la France et l'Angleterre aient été tout à fait privées de science et de pratique médicales à cette époque.

toutes les épidémies, et en assez grand nombre pour que j'en aie pu faire, dans mes descriptions, une division à part que je désigne sous le nom de fièvre jaune incomplète. Seulement mes observations ne s'accordent pas sur tous les points avec les appréciations que porte sur ces cas M. Mélier, d'après beaucoup d'autres observateurs, il est vrai. J'ai vu la fièvre jaune légère récidiver sous forme grave dans un grand nombre de cas, et je suis resté convaincu que cette fièvre incomplète ne préserve pas de celle qui parcourt toutes ses périodes; de même que les fièvres légères de toute nature que, dans les colonies espagnoles, on appelle fièvres d'acclimatation, ne préservent pas davantage de la véritable fièvre jaune. Quand une épidémie vient s'abattre dans nos petites Antilles, les militaires qui ont jusqu'à quatre ans de séjour et qui ont subi l'influence de toutes les endémies locales, fièvres et autres, n'en sont pas préservés.

Dans cette petite épidémie, on a donc pu observer toutes les formes et tous les degrés de gravité que revêt habituellement la fièvre jaune dans les grandes épidémies et dans ses climats les plus favorables. Que ceux qui ne la connaissaient pas aient hésité dans le diagnostic des premiers cas, cela se comprend; mais l'incertitude n'a pas dû se prolonger. Nous constatons ce fait, pourtant, qui nous surprend et nous satisfait en même temps. C'est que, d'après le résumé de M. Mélier c'est plutôt sur les symptômes du début que s'est appuyé le diagnostic, que sur les signes bien plus caractéristiques de la seconde période, qu'il omet souvent de signaler. Lefort disait autrefois : « Si à une céphalalgie plus ou moins forte, à un pouls plein, dur et quelquefois déprimé, à une grande chaleur de la peau, se joignent des douleurs des lombes, des membres inférieurs et des articulations, et que ces divers symptômes se soient déclarés subitement, reconnaissez la fièvre jaune. » Nous y avons été trompés bien souvent, pourtant, au milieu de toutes les fièvres qui empruntent ces caractères dans les pays chauds. Il serait fort heureux qu'on ne fût pas exposé à l'être dans les climats tempérés. Il est vrai que l'ictère précoce, fréquent ici et ordinairement rare, a beaucoup aidé au diagnostic; mais pour nous, les signes objectifs les plus certains du diagnostic sont : le mouvement fébrile rapidement décroissant, qui partage la maladie en deux périodes, l'ictère progressif, le vomissement, surtout avec matière noire, et les hémorrhagies multiples.

Nous ne quitterons pas la pathologie sans reprendre un épisode raconté par M. Mélier, à propos de la manière dont la maladie a été reconnue à Lorient, voulant y ajouter des antécédents qui nous serviront de transition à la transmissibilité. M. le préfet maritime de Lorient en 1861, était gouverneur de la Martinique en 1855, quand la fièvre jaune fut importée dans cette colonie par la corvette de guerre *la Recherche* et par le navire du commerce *la Pauline*, arrivant tous deux de Cayenne. Jusque-là, il avait paru faire très peu de cas des doctrines d'importabilité et de transmissibilité qui réglaient nos mesures sanitaires à la Guadeloupe, contrairement à ce qui se pratiquait à la Martinique. Mais un grand changement dut sûrement s'opérer dans son esprit à la vue des événements qui suivirent l'arrivée de la *Recherche*, car, devenu commandant de la station navale des Antilles, après avoir quitté son gouvernement, il prit les mesures les plus sévères pour empêcher tout rapport compromettant entre les navires de son escadre et les foyers de fièvre jaune, ports ou navires, qu'il rencontrait forcément, s'éloignant d'eux le plus promptement ou le plus souvent possible. Il parvint ainsi à préserver de l'épidémie tous les bâtiments de la station, à l'exception d'un seul qui avait été forcé d'enfreindre les mesures prescrites. Plus tard encore, préfet maritime à Lorient, et reconnaissant le premier, comme on l'a vu, un cas de fièvre jaune mêlé à d'autres fiévreux dans une salle d'hôpital, il s'empresse d'instituer un lazaret flottant et d'y placer ce malade sous la direction d'un jeune médecin ayant observé la maladie aux Antilles; mais sa conviction du danger qu'il fait courir à ce médecin est telle, qu'il voit là un titre suffisant pour motiver une demande de décoration. Cette conversion a sa signification chez un homme de cette valeur et placé dans cette haute position.

La maladie de Saint-Nazaire bien caractérisée, il importe de rechercher la manière dont les accidents se sont produits. M. Mélier en fait, à ce point de vue, trois catégories distinctes, on pourrait même dire quatre. Dans la première se rangent ceux qui ont été puisés dans l'atmosphère même du navire infecté; ceux-là sont nombreux et se dessinent parfaitement. Dans la seconde, on trouve ceux qui n'ont eu lieu que par simple approche et à distance plus ou moins grande; ce sont les faits du *Cormoran* et du bateau n° 6, et aussi celui du tailleur de pierre; ici, il y a encore grande probabilité, mais moins de certitude. Enfin, dans la troisième, viennent se placer les accidents indirects ou médiats ayant été positivement produits par un intermédiaire. M. Mélier se montre très sévère à l'égard de ces derniers, parce qu'il est plus difficile de les entourer de preuves suffisantes, et qu'il voudrait, avec raison, ne rien avancer qui ne fût bien démontré;

Aussi n'est-ce pas sans une certaine impression d'étonnement que nous avons vu, il y a déjà plusieurs années, notre honorable confrère, M. le docteur Daremberg, annoncer comme une véritable *découverte* qu'il avait trouvé la preuve que la tradition médicale n'avait point alors été perdue dans l'occident de l'Europe.

Nous avons attendu avec une curiosité et une impatience qui n'ont point encore été satisfaites les documents promis et un peu pompeusement annoncés, afin d'en apprécier l'importance et d'en profiter pour notre instruction. Mais, puisque l'on s'est contenté de célébrer la *découverte* sans l'exposer, applaudissant ainsi la pièce avant de la faire représenter, et, par conséquent, sans mettre le public à même de la juger et de joindre, s'il y a lieu, ses félicitations à celles de quelques amis trop discrets, cette réserve exagérée ne doit pas nous empêcher de critiquer à notre point de vue ce qu'on a jugé à propos de nous dire à ce sujet.

Et d'abord est-il certain, comme on l'a écrit (*Journal des débats* du 16 janvier 1858), que « nul livre médical, qui porte la date d'un de ces siècles (du v^e^ au xii^e^), et qui soit d'origine latine, ne soit entre nos mains? » Est-il vrai qu'il n'y ait pas un écrit qui témoigne de l'entretien de la science pendant cette période? Sans nous être livré à aucune recherche spéciale à cet égard, nous pouvons cependant affirmer qu'il existe de tels livres appartenant à cette époque. Nous avons déjà signalé (*loc. cit.*), d'après Georges Schenckius et Fabricius, une très ancienne version latine de Paul d'Egine, qui aurait servi à l'étude médicale pendant le moyen âge. A ce fait déjà assez positif nous en joindrons d'autres. Dans le catalogue des manuscrits appartenant à la bibliothèque de Breslau, catalogue publié par M. Henschel, il est fait mention d'un codex du ix^e^ siècle contenant plusieurs ouvrages de médecine. Ce Codex a été l'objet d'une notice insérée par le même savant dans le Janus, fascicule 3, n° XXV, p. 639.

D'autre part, nous avons vu à la bibliothèque d'Angers un manuscrit sur vélin, du x^e^ siècle, contenant les œuvres

en y réfléchissant pourtant, il reconnaît qu'avec moins d'exigence, on pourrait compter un plus grand nombre de ces faits. Nous, qui n'avons pas les mêmes raisons que lui de ne pas nous en rapporter aux plus petites chances de probabilité, nous n'hésitons pas à en compter plusieurs. Telles sont les femmes Boquien et Cadrier qui ont eu des rapports fréquents, soit avec des hommes, soit avec des vêtements provenant de l'*Anne-Marie* et ayant subi, par conséquent, une première influence dans le foyer d'infection. Tel est encore le cordonnier qui nous paraît aussi devoir sa maladie à ses rapports avec son ouvrier employé au déchargement et tombé lui-même malade, plutôt qu'au foyer du navire, dans lequel il n'est pas entré et dont il a tout au plus approché. D'ailleurs, si cet ouvrier a eu la fièvre jaune, ce qui n'est pas bien établi pourtant, ne l'a-t-il pas communiquée à sa femme, et celle-ci n'est-elle pas dès lors dans le même cas que le cordonnier. Mais il y a encore, ce nous semble, à ranger dans cette catégorie des cas de seconde main, les cinq malades des gabares d'Indret, qui se sont déclarés après ceux du Chastang, et qui, les uns ou les autres, ont soigné, veillé, enseveli les morts du bateau remorqueur, ce qui nous les rend très suspects. Les points d'interrogation qu'on peut poser à la suite de tous ces faits, donneraient lieu à quelque hésitation si la transmissibilité de la fièvre jaune par les malades était encore une question incertaine; mais le fait du Montoir ne la tranche-t-il pas complétement? Celui-ci sera reconnu par tout le monde, en effet, comme un fait de transmission directe d'homme à homme, et, bien que M. Mêlier en fasse un mode de transmission à part, cause des circonstances particulières par lesquelles il le prouve, nous ne le séparons pourtant pas des autres faits de transmission dite indirecte ou par intermédiaire, et nous ne lui accordons une plus grande importance que parce qu'il pose désormais comme irréfutable la transmissibilité de la fièvre jaune. Pour nous, il n'y a dans tous ces faits que deux modes de production des accidents : l'importation, la transmission, inséparables l'une de l'autre.

Plus tard, nous reviendrons, avec M. Mêlier, sur ces vues théoriques. Mais nous tenons, dès à présent, à faire une remarque très importante, à notre sens, et qui serait de nature à diminuer beaucoup les craintes d'une épidémie grave se déclarant dans les mêmes conditions que celle de Saint-Nazaire, si elle se confirmait. C'est que la maladie une fois puisée dans le navire infecté ou reçue à distance, ce qui est le fait de l'importation seule, la transmission d'homme à homme, la véritable transmission, selon nous, ne s'est produite qu'une première fois, n'a eu qu'un premier jet, et ne s'est répétée une seconde fois, n'a eu un second jet, dans aucun cas. Cela n'a pu être un effet du hasard, et c'est là, croyons-nous, qu'a été l'obstacle à l'extension de l'épidémie. Nous allons voir pourquoi.

Il faut toujours, en épidémiologie, tenir grand compte des causes auxiliaires, et celles qui ont fait sentir leur influence à Saint-Nazaire : force et direction du vent, distances du foyer d'infection, durée de l'exposition à ce foyer, température, ont été parfaitement appréciées par M. Mêlier. Les mêmes observations ont d'ailleurs été faites presque partout, et le seul bon sens suffirait pour comprendre que, lorsqu'il s'agit des effets d'un foyer miasmatique concentré, le danger doit être proportionné : 1° à la force et à la direction du courant d'air qui pousse l'atmosphère contaminée, tout ce qui est en dehors de ce courant pouvant être considéré comme soustrait à son influence; 2° à la proximité du foyer de ceux qui sont placés dans le courant, la dissémination des miasmes augmentant avec la distance; 3° à la durée de l'exposition à l'action de l'atmosphère infectieuse, enfin, mais d'une manière moins rigoureuse, cette fois, attendu que l'imprégnation de l'organisme humain par les miasmes est soumise à une foule de conditions générales ou individuelles.

Mais l'influence de la température se juge d'après un autre ordre de considérations. Si l'on n'a pas encore déterminer rigoureusement la moyenne thermométrique qui est nécessaire à la génération et à la propagation du principe de la fièvre jaune, on a toujours constaté, pourtant, que cette moyenne ne descend pas au-dessous d'un certain chiffre; et ce que nous connaissons des observations faites sur ce point, nous porte à penser qu'à l'embouchure de la Loire, située, comme on sait, à la rencontre des climats séquanien et girondin de la France, la température estivale n'atteint pas un chiffre moyen assez élevé pour posséder cette propriété. Une moyenne de 20° est le chiffre d'après lequel a été tracé l'isotherme qui limite, au nord, les climats endémiques de la fièvre jaune et qui, partant des Florides, passe au-dessus de Cuba, traverse l'Océan, et parcourt l'Afrique de l'est à l'ouest, un peu au-dessous de la côte nord. En France, la partie sud du golfe de Gascogne et tout le littoral de la Méditerranée sont les seuls points où la température moyenne de l'été atteigne 20° et plus; mais à partir de l'embouchure de la Loire et au-dessous, cette moyenne n'atteint pas 18°,

---

d'Alexandre de Tralles, sous ce titre : ALEXANDER TRALLIANUS, DE MEDICINA. Notre excellent ami et confrère, le docteur Farge, vient de publier une notice de ce manuscrit intéressant à plusieurs titres, puisqu'il contient un traité entier qui n'a jamais été publié, et dont l'existence a été à peine soupçonnée jusqu'ici par quelques érudits. Est-il besoin d'invoquer en outre l'autorité de l'Académie de médecine qui, dans une lettre adressée au roi Louis-Philippe, affirme que la médecine était enseignée au Louvre sous Charlemagne?

Devant ces faits, fussent-ils seuls, et ils ne le sont certes pas, l'hésitation n'est plus permise. Il est hors de doute que nous avons entre les mains des livres de médecine qui témoignent de l'entretien de la tradition et de l'enseignement de la science pendant les siècles dont on nous parle.

Mais en dehors de l'existence incontestable de livres de médecine du v^e^ au xii^e^ siècle, nous avons encore d'autres preuves d'une véritable culture médicale à ces époques de l'histoire. Notre distingué confrère, M. le docteur Chereau qui, depuis plusieurs années, s'occupe spécialement et avec le plus grand succès de la biographie des archiâtres français, possède des documents qui ne laissent aucun doute sur l'existence de médecins à la cour des rois carlovingiens et des premiers capétiens. Ces médecins n'étaient pas des empiriques exerçant au hasard et sans instruction; c'étaient des clercs exercés qui avaient étudié la science et qui en transmettaient le dépôt à d'autres, et sous ce rapport, l'Angleterre était encore plus favorisée que la France. Si donc il n'y avait point d'écoles de médecine, comme nous l'entendons aujourd'hui, il y avait certainement dans l'occident de l'Europe un enseignement médical à l'aide des livres et aussi par transmission directe.

Or, en présence de ces faits incontestables que chacun est à même de vérifier, et qui sont depuis longtemps, pour la plupart, dans le domaine de l'érudition générale, nous avouons ne pas comprendre en quoi peut consister la prétendue découverte de M. le docteur Daremberg. Qu'il ait trouvé dans ses recherches bibliographiques des manuscrits médicaux appartenant aux

c'est-à-dire le chiffre nécessaire à la production et à l'entretien du principe de la fièvre jaune. Or, cette nécessité, nous le répétons, est trop universellement constatée, pour qu'il soit permis de n'en pas tenir compte; et, tant que rien ne sera venu démentir les faits sur lesquels elle s'appuie, il sera permis de penser qu'aucune épidémie intense et prolongée de fièvre jaune ne pourra être la conséquence de l'importation du germe de cette maladie sur un des points de la division N.-O. de nos côtes. Les germes importés, sortis des foyers qui les recèlent : navire, matières diverses, hommes, pourront frapper directement ou par intermédiaire tous ceux qui se seront exposés à leurs coups; mais après une première transmission, ils n'auront plus le pouvoir de reproduire la maladie, et mourront sur place, si on ne les reporte pas sous un climat plus favorable. Ce qui n'empêche pas que, le nombre des accidents devant être en rapport avec celui des foyers d'importation et avec diverses autres circonstances, il n'y aura encore que trop de malheurs à déplorer, puisqu'un seul navire, l'*Anne-Marie*, a pu produire 44 cas et 26 décès.

On voit comment, en s'appuyant sur les faits les plus généralement établis en étiologie de fièvre jaune, la question de l'influence de la température sur cette maladie importée en France, peut s'élever à la hauteur d'un principe.

Dr Dutroulau.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Décoloration de la teinture d'iode par l'urine des animaux.

Erratum. — Deux erreurs de chiffres se sont glissées dans notre dernier article (n° 18, p. 281).

Au lieu de : 15 *gouttes de teinture d'iode pesant* 45 *grammes* (p. 282, 2e colonne), lisez : 45 *centigrammes.*

Au lieu de : 112 *gouttes de teinture de brome* (p. 284, 1re colonne), lisez : 12 *gouttes.*

La concordance des résultats obtenus dans toutes les expériences faites récemment sur la décoloration de la teinture d'iode par l'urine rend inutile de pousser plus loin les recherches, du moins chez l'homme et au point de vue clinique. Mais il nous a paru qu'il ne serait pas tout à fait sans intérêt de poursuivre ce genre d'études chez les carnivores et chez les herbivores, ne fût-ce que pour apporter quelque élément nouveau à l'explication chimique du fait de la décoloration. Grâce à l'obligeance de M. Milne Edwards, nous avons pu nous procurer, au Muséum d'histoire naturelle, des urines de lion, de tigre, de panthère, d'hyène, de paradoxure (espèce de civette), d'éléphant femelle et de yack.

1° Urines de carnivores.

Toutes les urines rendues pendant la nuit et recueillies sur le plancher en bois des loges étaient fortement *alcalines*, faisaient une vive effervescence avec les acides, et ne donnaient aucune réaction par la liqueur cupro-potassique. Une partie de chacune d'elles, additionnée de quelques gouttes d'acide nitrique, a été évaporée à siccité et le résidu traité par l'ammoniaque; il ne s'y est décélé aucune trace de murexide, tandis qu'il a suffi d'ajouter au résidu une parcelle d'acide urique pour faire apparaître, sous l'action du même réactif, une belle couleur amaranthe. Les urines des carnivores ne contenaient donc pas ou ne contenaient que très peu d'acide urique libre, ce qui est en rapport avec leur forte alcalinité, et ce qui, d'ailleurs, s'accorde avec les analyses d'urines de carnivores (Pelouze et Fremy, *Chimie générale*, t. VI, p. 186). L'acide urique, qui doit nécessairement se former, se change-t-il, dans le sang même, en urée, en laissant la prédominance aux phosphates alcalins ? Il est permis de le supposer.

Les expériences suivantes ont été faites, pour chaque animal, sur 10 grammes d'urine, auxquels on ajoutait goutte à goutte la teinture d'iode, au moyen du compte-gouttes Salleron.

A. *Lion*. Décoloration presque instantanée de 30 gouttes de teinture; à 35, à 40 gouttes, décoloration un peu moins rapide, mais complète; à 50 gouttes, la coloration met sept minutes à disparaître; on ajoute 10 gouttes, la décoloration a lieu encore, mais au bout de deux heures seulement.

B. *Panthère*: 10, 20, 30, 40, 50, 60 gouttes sont décolorées presque immédiatement, pour peu qu'on agite le tube; à 70 gouttes, coloration prononcée, qui diminue rapidement; en une minute décoloration complète; à 75 gouttes, même résultat; à 90 gouttes, coloration foncée sucre d'orge, disparaissant complétement en cinq minutes; à 105 gouttes, décoloration complète en vingt-cinq minutes; on verse encore 10 gouttes; deux heures après décoloration complète.

C. *Hyène*. 10, 20, 30, 40 gouttes sont tout de suite décolorées; à 50, décoloration encore complète; à 60, coloration persistante.

---

viiie, ixe, xe et xie siècles, nous le croyons sans peine; mais qu'il soit le premier à en avoir eu connaissance, et surtout à avoir établi qu'ils représentaient l'enseignement et la tradition de la médecine avant l'arrivée en Europe des écrits des Arabes, voilà ce que nous ne pouvons en aucune manière lui accorder. Personne, quoi qu'on ait dit à cet égard, n'avait regardé ces temps comme entièrement dépourvus de science et de pratique médicales. M. Daremberg a été plus loin : il a prétendu (*loc cit.*) que l'enseignement de la médecine, dans cette période historique, appartenait presque exclusivement aux auteurs de l'école dite méthodiste, et il a avancé que Cœlius Aurelianus ne vivait pas, comme on le croit généralement, au iie siècle de notre ère, mais qu'il était plus moderne et probablement du vie siècle, comme son style barbare semblerait le prouver. Ce dernier point peut se discuter; mais le fait de l'enseignement méthodiste est dénué de vraisemblance, car la doctrine galéniste était déjà depuis longtemps toute-puissante. Si le méthodisme s'était perpétué, comme le croit M. Daremberg, on en trouverait des traces dans les auteurs grecs des ve, vie et viie siècles. Or, tous sont, au contraire, empreints de galénisme. Et d'ailleurs comment croire que la doctrine méthodiste qui sortait de la philosophie épicurienne aurait pu attirer les esprits éminemment spiritualistes et chrétiens du moyen âge? En tous cas, nous affirmons que tout le monde n'acceptera pas ces deux dernières assertions; et M. le docteur Guardia qui a fait une étude spéciale de l'école méthodiste nous autorise à déclarer que pour son compte il les rejette toutes deux.

En résumé, jusqu'à ce que M. Daremberg nous ait initié à tous les détails de ses recherches, depuis si longtemps annoncées, sur la médecine au moyen âge, nous nous croyons en droit d'assurer que la trouvaille de quelques manuscrits médicaux de cette époque ne peut que confirmer un fait bien connu, et dont, en ce qui nous concerne, nous n'avons jamais douté, à savoir : que la tradition et l'enseignement de la médecine n'ont, à aucune époque, été complétement interrompus

D. *Tigre*. 10, 20, 25 gouttes sont immédiatement décolorées; à 30 gouttes, la coloration se prononce et persiste.

E. *Paradoxure*. 10, 20, 30 gouttes sont décolorées rapidement; 40 gouttes amènent une coloration qui disparaît au bout de trois heures.

2° *Urines d'herbivores.*

Ces urines avaient été également rendues la nuit et recueillies le matin. Elles étaient toutes alcalines, mais beaucoup moins que celles des carnivores, ne faisaient pas effervescence avec les acides et ne réduisaient pas l'oxyde de cuivre.

A. *Éléphant femelle*. 2 gouttes de teinture suffisent pour colorer sensiblement 10 grammes d'urine; la coloration persiste.

B. *Yack*. La coloration est un peu moins forte, avec 2 gouttes, que pour l'urine précédente; elle est très prononcée et persistante avec 10 gouttes.

Le fait général qui ressort de ces quelques expériences, c'est que le pouvoir décolorant est très énergique dans les urines de carnivores, nul ou à peu près dans les urines d'herbivores. Mais l'intéressant est de voir 20, 30, 40, 50 gouttes de teinture instantanément décolorées par des urines *alcalines*, et, circonstance à noter, faisant effervescence avec les acides (1). Il semble donc que le pouvoir de décoloration réside, ici, non plus dans l'acide urique, mais dans les sels alcalins. Et pourtant, nos précédentes expériences constatent que les sels alcalins autres que les urates, à l'exception du sulfate de potasse, sont très peu décolorants; il en est ainsi notamment des carbonates décelés par l'effervescence; les urates alcalins mêmes, ceux de potasse et de soude, qui bleuissent le papier rougi, ne décolorent pas dans des proportions pareilles à celles que nous venons de voir; et il y a lieu de se demander si les urines des carnivores soumis à nos expériences ne contiennent pas de l'ammoniaque libre, qui décolore si énergiquement, comme on sait, la teinture d'iode. Quoi qu'il en soit, on voit que la décoloration de la teinture versée dans l'urine peut procéder, tantôt de l'acide urique, tantôt des alcalins. Et cette interprétation est en rapport avec le résultat négatif des expériences concernant nos herbivores, dont les urines ne renfermaient ni acide urique, ni sels alcalins en excès, et restaient presque sans action sur le papier de tournesol.

(1) Nous répétons que, contre toute attente, les urines ramenaient *très fortement* au bleu le papier de tournesol rougi.

Du reste, il pourrait se faire que l'urine d'un herbivore, laissée *longtemps* en contact avec la teinture d'iode, la décolorât. Avec 10 centigrammes d'*acide benzoïque* dissous dans 1 gramme d'eau distillée, on peut décolorer jusqu'à 26 gouttes de teinture dans l'espace de six à huit heures; or, les urines d'herbivores contiennent de l'acide hippurique, qui se décompose très facilement en donnant naissance à une certaine quantité d'acide benzoïque.

A. DECHAMBRE ET DELPECH, pharmacien de 1[re] classe.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Anatomie et physiologie pathologique.

CONSIDÉRATIONS SUR LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES, ET EN PARTICULIER SUR LE SIÉGE DE LA FACULTÉ DU LANGAGE ARTICULÉ, par le docteur ERNEST AUBURTIN.

Il suffit de regarder autour de soi pour constater les progrès accomplis depuis un demi-siècle dans le domaine des sciences biologiques, et la physiologie humaine n'est certes pas restée en arrière de ce mouvement; mais toutes ses parties n'ont pas marché avec une égale rapidité. Si l'on comparait l'état de nos connaissances sur les fonctions des divers appareils, on verrait que la physiologie cérébrale, malgré les recherches des savants, est encore enveloppée de bien des mystères. On en sera peu surpris si l'on réfléchit aux difficultés de toutes espèces qui entourent l'étude de l'anatomie et de la physiologie de l'encéphale.

Les immortels travaux de Gall ont été le point de départ de presque toutes les découvertes sur la physiologie du cerveau, et ses détracteurs les plus acharnés n'ont pu lui refuser au moins cette part de gloire. Les LETTRES ANATOMO-PATHOLOGIQUES de Lallemand furent entreprises dans le but d'arriver par la physiologie pathologique à la localisation des facultés cérébrales. Les recherches de M. le professeur Bouillaud sur les fonctions des lobes cérébraux en général, celles sur les lobes antérieurs et celles sur le cervelet, avaient pour but de confirmer ou d'infirmer plusieurs des opinions de Gall, et chacun sait que, dans son TRAITÉ DE L'ENCÉPHALITE, il s'est efforcé de démontrer que l'inflammation du cerveau présente des symptômes variables, suivant que telle ou telle partie de cet organe se trouve affectée.

Nous nous proposons d'établir dans ce travail l'une des propositions émises dès 1825 par M. Bouillaud, à savoir, que le principe qui *coordonne* les mouvements propres à l'articulation des mots a dans le cerveau un centre spécial, distinct, puisque

---

dans l'occident de l'Europe. Si les livres arabes ont été accueillis avec tant d'empressement et de faveur dans nos pays, c'est qu'ils trouvèrent des esprits avides d'agrandir le domaine de la science, dont les représentants, sous les Carlovingiens, manquèrent d'initiative et d'émulation, et subissaient d'ailleurs une autre direction. Le même phénomène qui alors eut lieu pour la philosophie, se présenta également pour la médecine.

Quoi qu'il en soit, les vrais héritiers de la noble science hellénique furent bien les Arabes, et c'est chez leurs écrivains qu'il faut chercher la suite de l'histoire médicale et les développements doctrinaux de notre science, à travers les siècles. A ce point de vue, rien n'est plus utile que les traductions auxquelles se livre M. le docteur Leclerc, que sa position en Algérie et sa profonde connaissance de la langue arabe mettent à même de puiser aux meilleures sources et de consulter des documents inconnus à ceux qui l'ont précédé.

D[r] RÉNÉ BRIAU.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— Un décret du 8 mai 1858 a ouvert, pour une seconde période de cinq ans, le concours institué par l'Empereur en 1852 pour un prix de 50 000 francs en faveur de l'auteur de l'application la plus utile de la pile de Volta. En vertu de ce décret, le terme de cette seconde période étant expiré, le ministre d'État vient de nommer une commission pour examiner les découvertes des nouveaux concurrents, et reconnaître si elles remplissent les conditions requises.

Cette commission est composée de la manière suivante : M. Dumas, sénateur, membre de l'Institut, président; MM. Pelouze, Regnault, Rayer, Serres, Becquerel, le baron Ch. Dupin, le baron Séguier, le général Morin, le général Piobert, Henri Sainte-Claire Deville, membres de l'Académie des sciences; M. Reynaud, inspecteur général des ponts et chaussées, directeur du service des phares. M. Jamin, professeur de physique à l'École polytechnique, remplira les fonctions de secrétaire.

(*Moniteur.*)

— Par arrêté de M. le préfet de Constantine, en date du 4 avril, M. le docteur Racle, actuellement médecin de colonisation de la circonscription de Bou-Merzoug, a été nommé chirurgien à l'hôpital civil de Constantine.

cette faculté peut être détruite indépendamment de toute autre. Loin de moi de nier les services rendus à la physiologie par les vivisections; mais elles ne peuvent à elles seules résoudre tous les difficiles problèmes relatifs aux fonctions du cerveau, et ceux qui ont cherché toutes leurs solutions par cette seule voie ont commis des erreurs que l'anatomie et la physiologie pathologiques démontrent chaque jour. Si Lallemand n'inventa pas la méthode anatomo-pathologique, au moins eut-il le mérite de la remettre en honneur à une époque où les vivisections absorbaient presque exclusivement l'attention des savants. Dans sa thèse inaugurale : Observations pathologiques propres a éclairer plusieurs points de physiologie, et dans les Lettres sur l'encéphale, il établit que la pathologie seule pourra résoudre les problèmes relatifs à la pluralité des centres nerveux : « Ce sont, dit-il, les faits pathologiques qui » ont fait découvrir l'entrecroisement des fibres du cerveau à » l'origine de la moelle; eux seuls peuvent décider la question » de l'entrecroisement des nerfs optiques, etc.; enfin ce sont » les observations pathologiques qui ont fait apprécier à leur » juste valeur les différents systèmes qui ont été successive- » ment émis sur les fonctions des soi-disant glandes pinéale et » pituitaire, du cervelet, du corps calleux, des ventricules la- » téraux, etc.; sur le prétendu siége de l'âme, qu'on a succes- » sivement placé dans ces différentes parties. Nous soumettrons » aussi et sans prévention au creuset de l'observation patholo- » gique les idées nouvelles des savants que nous avons déjà » cités, sur le siége particulier de nos différentes facultés in- » tellectuelles. Je reconnais toute l'importance des recherches » d'anatomie comparée pour la solution de cette question aussi » délicate que compliquée; mais il faut convenir que nous ne » pouvons soupçonner les impulsions qui déterminent les ac- » tions des animaux que par comparaison; que les différences » que l'on observe dans leurs cerveaux ne fournissent que des » données générales, que des analogies fort incertaines qui » ont besoin d'être confirmées par des observations directes » faites sur l'homme, *et la pathologie seule peut nous les fournir*. » Ai-je besoin de faire remarquer que la localisation de la faculté spéciale du langage articulé ne peut être trouvée qu'à l'aide des études cliniques?

C'est parce que M. Flourens donne une préférence tout exclusive à la méthode des vivisections, c'est parce qu'il a complétement vécu à l'écart des faits cliniques que chaque jour il émet d'étranges paradoxes. Toute une vie consacrée à des expériences sur les animaux ne peut faire d'un vivisecteur un physiologiste et un médecin. Quoi! M. Flourens soutient « que l'on ne peut distinguer les affections du cœur d'avec celles du péricarde, celles du poumon d'avec celles de la plèvre! » Voilà, ajoute-t-il, ce qui résulte de ses *expériences*. Ainsi, de par les expériences de M. Flourens, nous ne pouvons établir le diagnostic différentiel de la péricardite et de l'endocardite, de la pneumonie et de la pleurésie! Nous sommes moins avancés qu'à l'époque où Baglivi déplorait la difficulté de reconnaître les maladies de poitrine : *Quantum difficile est cognoscere morbos pulmonum!* M. Flourens soutient que c'est *impossible*. Il y a des hérésies que l'on ne discute pas, celle-ci est du nombre.

M. Flourens a donc non-seulement *ses* méthodes à lui, *ses* expériences à lui, *sa* philosophie à lui, mais encore *sa* médecine à lui, et personne, je pense, ne sera tenté de la lui disputer.

M. Flourens *affirme* en pleine Académie des sciences « que les tendons, insensibles à l'état normal, peuvent devenir douloureux sous l'influence de la maladie. » Mais qu'est-ce donc que la douleur, sinon une *sensibilité pathologique*, et comment peut-elle exister dans des organes, dans des tissus où la *sensibilité normale* n'existe pas? La maladie a-t-elle le rare privilége de créer des nerfs du sentiment là où les investigations de l'anatomiste ne peuvent les découvrir? Si M. Flourens avait connu les travaux de ses contemporains, ceux de M. Richet en particulier, il saurait à quoi s'en tenir sur la prétendue sensibilité des tendons aussi bien que sur leur inflammation. D'ailleurs, cette erreur, il n'a pas même le mérite de l'avoir trouvée, elle appartient à Bichat, et longtemps elle a été enseignée par Chomel. Si M. Flourens avait demandé aux faits pathologiques tout ce qu'ils renferment, il saurait que le péricarde, l'endocarde, la plèvre viscérale, etc., sont envahis par l'inflammation la plus intense, sans que les malades éprouvent la moindre douleur, et ici l'anatomie et la physiologie sont en parfait accord avec la pathologie.

Ce qui étonne, ce qui afflige le plus, ce n'est pas d'entendre M. Flourens étaler fastueusement sa pseudo-science, personne n'en sera dupe, mais c'est de voir le silence général de l'indifférence ou de la peur de la part d'hommes haut placés dans la science, qui ont droit et devoir de la faire respecter, et qui la compromettent par leur attitude. Après d'autres, je me contente de constater le fait, et je laisse à de plus habiles le soin de l'expliquer.

Enfin j'espère établir dans ce travail qu'il résulte de l'anatomie et de la physiologie pathologiques que, contrairement à l'opinion de M. Flourens, le cervelet n'est pas le coordinateur de *tous* les mouvements, mais de certains mouvements seulement, puisque : 1° lorsque le cervelet est détruit, *certains* mouvements coordonnés persistent; 2° que ces mêmes mouvements sont abolis lorsque le cervelet est intact, mais, lorsqu'une autre partie du cerveau est lésée. Et si ces mouvements coordonnés, étrangers au cervelet, sont un apanage exclusif de l'homme, les vivisections ne peuvent rien nous apprendre sur leurs localisations, c'est l'anatomie pathologique seule qui devra guider nos recherches, c'est d'elle seule que nous devons attendre la lumière. Mais les observations pathologiques n'ont-elles donné jusqu'à présent aucun résultat, ainsi que le soutiennent quelques physiologistes, et sont-elles seulement riches d'avenir? Certes, nous sommes loin de soutenir que la physiologie cérébrale est constituée; nous avouons même qu'il y a bien des lacunes à combler; mais, pour la question que nous nous proposons d'étudier ici, — la localisation de la *faculté du langage articulé*, — nous espérons pouvoir démontrer qu'elle est, grâce à l'anatomie pathologique, définitivement résolue.

Le cerveau, plus qu'aucun autre organe peut-être, a exercé les recherches des anatomistes, les expériences des physiologistes, les méditations des psychologues, et cependant, aujourd'hui encore, lorsque l'on aborde l'étude de ses fonctions, on se trouve en face de deux doctrines complétement opposées. Le cerveau est-il un organe un, dont toutes les parties président aux mêmes fonctions, ou bien, au contraire, est-il composé de plusieurs centres nerveux auxquels sont dévolues des fonctions spéciales? La question est posée dans des termes tels qu'il est aisé de voir qu'il ne s'agit pas de tel ou tel système, mais du principe même des localisations.

Ce grave sujet mérite bien, en effet, de fixer l'attention des savants, car il sort du domaine de la science pure, il renferme dans son sein les questions sociales les plus considérables, celles, par exemple, de la *criminalité*, de *l'éducation*, et par éducation il faut entendre tout ce qui peut améliorer l'être au point de vue physique, moral, intellectuel. L'observation la plus superficielle, mais dégagée des préjugés qui viennent si souvent dévoyer l'esprit, suffit pour montrer que les enfants ne sont pas plus égaux par leurs facultés intellectuelles et morales que par leur physionomie, leurs forces musculaires, leurs constitutions, et cependant d'éminents penseurs ont soutenu que l'intelligence de l'homme était une véritable cire molle à laquelle l'éducation pouvait donner toutes les empreintes désirables.

S'il est vrai, comme le pensent Quintilien, Helvétius, Locke, Jacotot, que la grande différence qui existe entre tous les hommes est due à l'influence de l'éducation, on comprend que l'on puisse vanter son omnipotence; si, au contraire, l'éducation ne peut que développer ce que la nature a mis en germe chez nous, son rôle est bien différent, puisqu'elle doit se borner à s'emparer de nos aptitudes, faibles ou fortes, bonnes ou mauvaises, pour leur imprimer tout le développe-

ment possible en les plaçant dans les meilleures conditions. En un mot, l'éducation, ainsi que l'indique son nom *educere*, ne peut que développer et non créer. Son influence n'est donc pas nulle, tant s'en faut, mais elle a des limites qu'il importe de connaître, afin d'éviter de cruelles déceptions. Non, le zèle et l'émulation, les meilleures méthodes ne peuvent suppléer aux aptitudes. Rousseau, dans son Émile, a commis la même erreur que presque tous ceux qui ont écrit sur l'éducation : il a supposé un *enfant modèle*, un *type imaginaire*, et cependant, en profond observateur, il est forcé de reconnaître en maints endroits que nos *talents*, nos qualités *bonnes* ou *mauvaises* dépendent de notre organisation; que, pour changer les *caractères*, il faudrait pouvoir changer les *tempéraments*.

La physiologie cérébrale a de si vastes applications que je serais entraîné bien au delà de mon sujet si je devais toutes les examiner; mais j'en ai assez dit pour montrer que l'éducation ne peut avoir d'autre base que la physiologie.

L'étude des facultés de l'entendement a été trop longtemps abandonnée aux psychologues, qui en ont fait des divisions arbitraires et qui se contentaient de l'observation intérieure, de l'interrogation de la conscience, méthode insuffisante pour connaître exactement ces facultés, leurs relations, leurs dépendances ou leurs indépendances. Gall a l'incontestable mérite d'avoir montré que la psychologie, pour être une science, doit être fondée sur l'étude de la physiologie cérébrale chez l'homme sain et chez l'homme malade, car l'analyse des fonctions intellectuelles est souvent faite par la maladie avec une merveilleuse finesse à laquelle ne peuvent atteindre les vivisections. Il a montré que les facultés intellectuelles sont non-seulement très diverses, mais encore indépendantes les unes des autres; que leur développement varie suivant chaque individu; que les unes peuvent être très développées alors que d'autres sont très amoindries, et qu'elles constituent autant de *fonctions spéciales*. Il a fait plus, il a cherché à localiser chaque fonction dans un point déterminé du cerveau. Ce n'est pas le moment de montrer pourquoi un si grand nombre de ces applications sont fausses, je ne veux parler ici que du *principe* général des localisations. Ceux qui ont combattu les systèmes phrénologiques ont réfuté la plupart de ces applications; mais ils n'ont pas détruit le principe lui-même, et, en le repoussant, ils ont oublié que, sans la pluralité des centres nerveux, il est impossible de se rendre compte des aptitudes spéciales, innées, qui font les peintres, les poëtes, les musiciens, les mathématiciens, etc. Ces aptitudes ne sont pas proportionnelles au développement total de l'intelligence. Elles seraient les mêmes chez tous les hommes d'une intelligence égale si le cerveau était un, c'est-à-dire si toutes ses parties présidaient aux mêmes fonctions

Sans la doctrine que nous défendons, comment comprendre ces intelligences bizarres, pleines d'inégalités, chez lesquelles les plus sublimes vertus coudoient les vices les plus abjects, et auxquelles s'appliquent si bien les paroles de Pascal quand il dit de l'homme « *qu'il a la tête dans les cieux et les pieds dans la fange*. »

Le parallèle anatomique et physiologique des races humaines, l'anatomie comparée, militent encore en faveur de la doctrine des localisations cérébrales.

Dans une discussion au sein de la Société d'anthropologie de Paris, discussion que j'aurai l'occasion de rappeler plus loin, et dans laquelle M. Broca et moi avons cherché à démontrer la pluralité des centres nerveux, mon collègue a fait observer que la complication des hémisphères cérébraux, que la scissure de Sylvius, que la fixité du sillon de Rolando, que la séparation des lobes, ne pouvaient être un simple jeu de la nature, n'ayant d'autre but que d'embarrasser les anatomistes et de porter un défi aux investigations des physiologistes.

De tout temps on avait considéré le développement, les belles proportions de la région frontale comme un signe d'intelligence; c'était donc admettre implicitement qu'à cette région du cerveau sont dévolues des fonctions plus nobles qu'aux autres. Mais c'est à M. Gratiolet qu'appartient le mérite d'avoir donné une idée exacte de la forme du cerveau, de la prédominance de telle ou telle région dans chaque race par ses recherches sur la cavité crânienne. C'est lui qui a établi les trois groupes des races *frontales*, des races *pariétales* et des races *occipitales*. Le premier est celui des races caucasiques, dans lesquelles prédomine la région frontale; le dernier est celui des races éthiopiques, dans lesquelles prédomine la région occipitale. Or, nous savons que, dans la race caucasique, le développement des lobes frontaux est en rapport avec les facultés de l'entendement les plus élevées, avec celles qui placent les hommes et les peuples au premier rang du mouvement scientifique et civilisateur. M. Gratiolet a poussé ses investigations plus loin, et il nous a montré que, dans les races caucasiques, la fontanelle antérieure est celle qui s'ossifie la dernière, afin de permettre aux lobes antérieurs le plus grand développement possible; dans les races éthiopiques, c'est la fontanelle postérieure qui s'ossifie en dernier lieu, mais l'antérieure se ferme tout d'abord. Pour M. Gratiolet comme pour nous, dit M. Broca, les facultés supérieures de l'entendement, considérées dans la série humaine, croissent et décroissent avec les lobes antérieurs du cerveau, et il me paraît bien difficile de n'en pas conclure que les plus hautes facultés ont leur siége dans les circonvolutions frontales. Le principe des localisations cérébrales est donc établi par l'étude comparée des races humaines.

C'est beaucoup de posséder les notions anatomiques dont je viens de parler, mais ce n'est pas tout; il faut que les anthropologistes étudient avec persévérance les aptitudes propres à chaque race; cette question est au moins autant sociale que scientifique. Peut-être un jour aurons-nous la solution de tant de problèmes qui semblent insolubles, et que la politique et la diplomatie seules sont impuissantes à résoudre; peut-être comprendrons-nous pourquoi tant de peuples de *races différentes* ne peuvent vivre sous les mêmes lois, pourquoi entre eux tant de guerres s'éternisent, pourquoi enfin, sur certains points du globe, la barbarie et la civilisation semblent se repousser, malgré tous les avantages de celle-ci sur celle-là.

Ici, c'est la science qui doit faire loi, parce que, suivant la belle définition de Montesquieu, la loi *est le rapport naturel des choses*.

L'anatomie comparée nous montre que le cerveau de l'homme présente des particularités qui lui sont propres, que l'on ne retrouve même pas chez les singes anthropomorphes, et c'est encore à M. Gratiolet que nous devons de connaître une nouvelle caractéristique du genre *homme*.

L'insula de Reil, ou lobe central, est complétement lisse chez les animaux; il présente dans le cerveau humain des circonvolutions en éventail dont on trouve à peine le rudiment chez quelques singes supérieurs. De même, la scissure des lobes olfactifs et le second pli courbe du lobe moyen n'existent que chez l'homme. L'étage supérieur du lobe frontal, simple chez les animaux, se compose chez lui de deux plis parfaitement distincts; mais, chez quelques idiots, on l'a trouvé simple. Est-il possible d'admettre que ces organes spéciaux ne soient pas chargés d'une fonction spéciale? L'homme, en effet, a des facultés qui lui sont propres; il est donc bien certain qu'il y a dans son cerveau des organes doués d'attributions différentes, bien que nous ne connaissions pas encore le siége de toutes ces facultés.

Je dépasserais le but que je me propose si je donnais plus d'extension à ces considérations générales; elles suffisent pour montrer que la doctrine des localisations cérébrales repose : 1° sur l'observation analytique; 2° sur l'anatomie comparée et le parallèle anatomique et physiologique des différentes races humaines.

Il me reste maintenant à rechercher si l'anatomie et la physiologie pathologiques ont fourni de nouvelles preuves à l'appui de la doctrine que nous défendons.

Je ne m'occuperai ici que du *langage articulé*, faculté *spéciale*

qu'il ne faut pas confondre avec la *faculté générale du langage*. Si, en *comptant* et en *pesant* les faits, j'arrive à démontrer que cette faculté peut périr isolément sans que les autres soient altérées, et que la lésion occupe toujours dans le cerveau un point déterminé, je serai en droit de conclure à la pluralité des centres nerveux, mise en lumière par l'anatomie pathologique.

En nous plaçant donc à ce point de vue, dit M. Broca, « nous reconnaîtrons aisément que l'anatomie pathologique de l'*aphémie* peut donner quelque chose de plus que la solution d'une question particulière, et qu'elle peut jeter beaucoup de jour sur la question générale des localisations cérébrales en fournissant à la physiologie du cerveau un point de départ ou plutôt un point de comparaison fort précieux. S'il était prouvé, par exemple, que l'aphémie peut être le résultat de lésions affectant n'importe quel lobe cérébral, on aurait le droit d'en conclure non-seulement que la faculté du langage articulé n'est pas localisée, mais encore que très probablement les autres facultés de *même ordre* ne sont pas localisées non plus. S'il était démontré, au contraire, que les lésions qui abolissent la parole occupent constamment une circonvolution déterminée, on ne pourrait guère se dispenser d'admettre que cette circonvolution est le siége de la faculté du langage articulé, et l'existence d'une première localisation une fois admise, le principe des localisations par circonvolutions serait établi. »

(*La suite prochainement.*)

Réflexions nouvelles sur l'introduction de l'air et des autres gaz dans les veines, par le docteur Aug. Mercier.

Habent sua fata libelli, dit-on. Le sort des miens est, à ce qu'il paraît, de ne prendre rang dans la science qu'après des redites ou des luttes sans fin, que forcément, pour ainsi dire. Quelle en est la cause? Il y en a plusieurs, je crois; mais pour ce qui est de mes travaux sur l'introduction de l'air dans les veines, qui sont restés dans l'obscurité la plus profonde, si j'en juge par les dernières publications faites sur ce sujet, il en est une que je veux signaler parce qu'elle est peut-être un tort de l'auteur et qu'on la lui a déjà reprochée.

Notre siècle, avec la plus incontestable raison, n'admet des principes qu'appuyés sur des faits : de là l'habitude de ne publier des idées nouvelles que flanquées d'expériences ou d'observations minutieuses et multipliées; souvent même on a compensé la pénurie des premières par l'exubérance des autres.

Dans la plupart de mes travaux, surtout dans ceux dont il s'agit en ce moment, j'ai suivi une tout autre marche, et cela pour deux raisons. La première c'est que, malgré ma conviction que les faits sont la base indispensable de nos idées scientifiques, je ne les regarde cependant que comme des matériaux dont l'exhibition isolée n'a pas toujours une grande importance, du moment que la théorie dans laquelle on les englobe, forme un édifice suffisamment solide; la seconde, c'est que les expériences sur lesquelles je m'appuyais ne m'appartenaient pas pour ainsi dire. Quoique je sois loin de blâmer ceux qui font des expériences sur les animaux et que ces expériences me paraissent même un sacrifice nécessaire à la science, je n'aime pas en pratiquer moi-même. Mais, possédant juste assez de force pour assister à celles des autres et les observer avec sang froid, j'ai suivi très attentivement celles que pratiquaient publiquement d'autres expérimentateurs, et j'en ai déduit mes conclusions personnelles.

J'affirme donc que mes idées reposent sur un grand nombre de faits, et que ce n'est pas sans criterium que je me propose d'examiner si celles qui ont été publiées par M. Oré dans la Gazette hebdomadaire du 16 janvier sont bien l'expression de la vérité.

Pour lui et pour son savant commentateur, la mort par introduction de l'air et des autres gaz dans les veines, est un effet de la *distension mécanique* du cœur; les fibres de cet organe sont frappées d'immobilité; les gaz, et notamment le premier, exercent sur elles une *action sédative* et en déterminent la *paralysie*.

Ainsi deux causes de mort, l'une mécanique, l'autre vitale.

Et d'abord comment se produit la distension mécanique du cœur quand l'air entre spontanément? Quelle est la *vis à tergo* qui pousse le gaz de manière à la déterminer? Il me semble qu'on admet au contraire que, dans les opérations où l'accident est arrivé, l'air n'est entré que par aspiration. Or, comment admettre qu'une aspiration puisse opérer la distension de l'organe qui aspire? A mon avis, le sang serait bien plus apte à la produire dans le jeu normal de la circulation, lui qui très probablement éprouve, indépendamment de cette même aspiration, une impulsion *à tergo*. On convient que l'oreillette se contracte encore d'une manière sensible quand le ventricule correspondant reste immobile : serait-elle moins distendue? ou serait-elle plus forte?

Cette explication laisse, on en conviendra, beaucoup à désirer; la seconde serait-elle plus satisfaisante? J'en doute.

Une première observation : Tous les gaz auraient-ils donc les mêmes propriétés sédatives, tandis que nous voyons les solides et les liquides exercer sur le corps animal des actions si opposées? N'y aurait-il que des différences d'intensité?

Ensuite sur quoi s'appuie cette idée de paralysie? Ce n'est pas évidemment sur l'expérimentation. Le cœur arraché de la poitrine d'un animal, bat longtemps à l'air libre, surtout si cet animal est jeune. J'ajouterai que si, par un moyen quelconque, on vide le cœur de l'air qui le remplit, serait-ce même par une ponction quand on l'a mis à découvert, ses contractions recommencent aussitôt et se prolongent longtemps. Et puis la rapidité avec laquelle l'accident se manifeste milite-t-elle en faveur d'une telle action paralysante? La promptitude avec laquelle on le voit quelquefois disparaître est-elle plus probante?

Aussi, à moins donc que je ne m'abuse étrangement, cette seconde hypothèse ne me semble pas plus solide que la première.

J'ai publié en 1837 et 1838 (*Gaz. méd.*), en 1839 (*Thèse*), et j'ai reproduit en 1860 (*Gaz. des hôp.*, p. 423), une opinion qui, tout amour-propre d'auteur à part, me paraît concorder bien mieux avec les faits.

L'air ou tout autre gaz n'amène une mort si prompte qu'en interrompant la circulation pulmonaire, en empêchant le sang d'arriver au cerveau, comme le ferait une syncope prolongée. Cette interruption provient, non pas de ce que le cœur est distendu, ne se contracte plus, mais de ce que le mélange spumeux sur lequel il agit n'obéit pas à ses efforts, ne passe pas, ou ne passe que très difficilement à travers les divisions capillaires de l'artère pulmonaire. Enfin, cette difficulté de passer résulte elle-même, 1° de ce que les molécules gazeuses ont peu d'affinité pour les parois des capillaires, ne les *mouillent* pas, et de ce fait parfaitement établi en physique, que le mélange d'un gaz avec un liquide rend beaucoup plus difficile le passage de celui-ci dans les tubes très fins; 2° de ce que les contractions du cœur ne se transmettent que très imparfaitement dans les dernières ramifications de l'artère pulmonaire, la compressibilité et l'élasticité du gaz les annihilant en très grande partie; 3° de ce qu'au moment des contractions un gaz ferme moins exactement les valvules que ne le ferait un liquide incompressible, et reflue par cela même plus facilement du ventricule dans l'oreillette et de l'oreillette dans les veines. J'ai rencontré dans la veine cave inférieure de l'air qui avait pénétré spontanément par la supérieure.

A ces causes, qui me paraissent incontestables, ne pourrais-je pas en ajouter une autre plus hypothétique, mais qui néanmoins ne me paraît pas tout à fait dépourvue de vraisemblance? Ne se pourrait-il pas que, comme les liquides et les solides, les divers gaz eussent sur la viscosité du sang des effets

divers? Je n'ai pas besoin de dire qu'une augmentation ou une diminution de cette viscosité aurait une grande influence sur la rapidité de la mort. J'ai déjà insisté sur ce fait en traitant des accidents causés par le chloroforme et rappelé que l'ingestion dans les veines d'un liquide trop épais ou trop visqueux produit des phénomènes qui ont une grande analogie avec ceux qu'y détermine l'introduction des gaz. Des expériences dans le sens que je viens d'indiquer, ne manqueraient pas d'originalité et pourraient éclairer la question.

Du reste, bien d'autres causes encore peuvent modifier la promptitude des résultats. Ainsi, le même gaz, toutes choses étant supposées égales d'ailleurs, produit la mort plus ou moins vite, selon qu'il passe dans les veines plus ou moins rapidement, selon l'espèce, la taille, l'âge, la santé et la force de l'animal soumis à l'expérience, selon la largeur ou l'élasticité des capillaires sanguins de ses poumons. Ainsi j'ai écrit, dès 1837, que « c'est peut-être à la facilité que l'air a de passer à travers les poumons du cheval qu'est due, au moins en partie, la possibilité d'injecter impunément une assez grande quantité d'air dans ses veines. ». Or, voilà que M. Rey nous apprend que l'air insufflé dans la jugulaire de cet animal « revient surtout par la partie *supérieure* de la veine et rarement ou très peu par le tube introduit dans la plaie. » (*Gaz. méd. de Lyon*, 1861, p. 80.) N'est-ce pas là une consécration de ma théorie? Pourquoi cet air n'a-t-il pas distendu et paralysé le cœur ?

Du reste, peut-être que certains gaz ont la propriété énervante qu'on suppose ; mais elle reste à prouver. Tout ce que je soutiens, c'est qu'ils ne l'ont pas tous, bien que tous produisent les mêmes effets, à quelques degrés d'intensité près. Il faut donc chercher autre chose.

Partant de ma théorie, j'ai pensé que si la mort avait lieu, comme dans les syncopes prolongées, parce que le cerveau est trop longtemps privé du sang nécessaire à sa vie, il serait peut-être possible de retarder cette terminaison assez longtemps pour que le cœur pût se débarrasser, en faisant en sorte que toute la petite quantité de sang qui passe dans ses cavités gauches malgré l'obstacle, se portât vers le cerveau, et pour cela j'ai conseillé : 1° de maintenir la tête basse, et en effet des expériences consignées dans le rapport de M. Bouillaud, prouvent que les animaux succombent plus vite si on tient leur tête en haut ; 2° de comprimer les artères axillaires ainsi que l'aorte abdominale, ou, quand on ne le peut, les artères crurales. J'ai même publié une expérience que des élèves dont je dirigeais les études anatomiques et à qui j'avais communiqué mes idées, m'ont pour ainsi dire forcé de faire, expérience qui eût un résultat presque merveilleux. Une chienne chez laquelle j'avais fait entrer une notable quantité d'air dans le cœur, passa quatre fois de la mort à la vie et de la vie à la mort, selon que je pressais ou ne pressais pas sur l'aorte (une artère axillaire avait été ouverte dans l'opération et liée); finalement, elle guérit. (*Gaz. méd.*, 1838.) Peut-on expliquer ces phénomènes par une paralysie du cœur? Cette paralysie ou la distension aurait-elle été intermittente?

Que les contractions du ventricule droit soient peu apparentes, rien de plus facile à comprendre : sa réplétion et l'impossibilité où il est de se vider l'expliquent. Quant au ventricule gauche, on convient que ses contractions persistent; seulement elles sont très affaiblies, dit-on. Pour moi, cet affaiblissement est aussi plus apparent que réel : le sang n'y arrivant qu'en faible quantité, ne le remplit qu'en partie, et ses contractions ne peuvent être qu'en proportion de la dilatation opérée par ce liquide. On voit aussi que l'oreillette droite, qui est également remplie d'air et qui devrait être paralysée comme le ventricule correspondant, continue de se contracter. Pourquoi? parce que le fluide élastique qu'elle renferme n'éprouve pas pour passer dans les veines la même difficulté que pour passer du ventricule droit dans cette oreillette.

Le moyen thérapeutique de M. Oré prouve-t-il plutôt en faveur de sa théorie que de la mienne? Je ne le pense pas. L'électricité dont il propose d'appliquer un conducteur sur le nerf pneumogastrique, ou sur la gaîne de ce nerf, ou même dans la bouche de l'animal, et l'autre dans une plaie thoracique, augmente-t-elle les contractions du cœur? Il n'en dit pas un mot. Le seul effet qu'il signale c'est « une dilatation des parois thoraciques qui entraîne par suite une dilatation des poumons », et il ajoute : « Si l'inspiration suffit pour attirer dans le cœur l'air atmosphérique par une ouverture faite à une des veines profondes du cou ou de l'aisselle, il est rationnel d'admettre que la dilatation forcée des poumons par l'action des courants, permet à ces organes de débarrasser le cœur d'une partie de l'air qu'il renferme ; qu'enfin ils agissent comme une pompe aspirante. »

M. Oré oublie trop, ce me semble, 1° que, dans l'inspiration, il y a, d'un côté, tendance au vide, et, de l'autre, pression atmosphérique ; tandis que, dans le cas en question, il y a tendance au vide partout, aussi bien dans les veines caves que dans l'artère pulmonaire, et pression nulle part, puisqu'il suppose le ventricule droit paralysé : sa distension, fût-il distendu, ne serait pas une force active et n'aurait plus d'effet du moment qu'il n'y aurait plus que réplétion ; 2° que l'action de pompe aspirante qu'il suppose, existât-elle réellement, elle se trouverait annihilée par l'élasticité du gaz introduit; 3° qu'il n'a pas prouvé l'expulsion de l'air par les poumons, explication qui me paraît bien moins d'accord que la mienne avec les expériences de M. Rey citées plus haut.

Je suis loin de révoquer en doute les succès que M. Oré dit avoir obtenus par son procédé; mais je les explique d'une autre manière. L'ampliation forcée du thorax, en dilatant les poumons, redresse les flexuosités de leurs capillaires, donne plus de liberté à l'élasticité, à l'expansion de ces vaisseaux, favorise le passage du sang spumeux dans leur intérieur, et fait que ce mélange obéit plus facilement à l'impulsion du cœur. C'est un moyen très puissant à ajouter à la classe des excitants conseillés par les auteurs.

Le mien a pour but de prolonger l'action du cerveau, de retarder la mort et de donner par conséquent au cœur plus de temps pour refouler l'obstacle et s'en débarrasser; celui de M. Oré aurait pour effet de rendre cet obstacle plus facile à vaincre. Tous deux doivent donc être associés, loin de s'exclure. Je crains seulement qu'on n'ait pas souvent sous la main un appareil électrique prêt à entrer en fonction.

Thérapeutique.

De la tige sèche du *Laminaria digitata* (extrait d'une brochure de M. le docteur Sloan, d'Ayr (Écosse).

Il est probable que l'usage des tentes en chirurgie aurait été plus fréquent qu'il n'est si l'on avait eu à sa disposition une substance qui possédât les qualités requises, à laquelle le chirurgien lui-même pût donner la forme voulue, et enfin qui, par son abondance, fût à la portée de tout le monde. La tige desséchée d'une algue marine présente tous ces avantages.

Les algues sont purement cellulaires dans leur structure, et n'ont pas de système vasculaire comme les phanérogames. Elles possèdent la propriété de se dessécher rapidement à des températures ordinaires, en même temps qu'elles diminuent de volume, deviennent fermes, élastiques comme du bois et très tenaces. Si la dessiccation a été arrêtée à point, elles ont une consistance un peu plus tendre que la corne. Une propriété de plus qui les rend précieuses en chirurgie, c'est que dans cet état elles retiennent, pendant des années, la faculté d'absorber l'humidité et de reprendre en peu de temps leur volume primitif.

Le *Laminaria digitata* me paraît se prêter le mieux aux applications chirurgicales. C'est une de nos algues de mer les plus communes, très facile à reconnaître par son aspect; elle possède racine, tiges et feuilles. Dans notre climat, elle acquiert une longueur qui varie de 2 à 12 pieds. Le diamètre de la tige peut avoir de 1 à quelques pouces.

La propriété qu'elle possède de diminuer de volume quand elle est sèche était employée par les Celtes occidentaux dans la fabrication des manches de couteaux et d'autres objets. A cet effet, on fait pénétrer l'extrémité qui doit tenir au manche dans un des bouts de la tige encore fraîche. Celle-ci en se desséchant se contracte et serre fortement le fer. En même temps de molle et comparativement fragile qu'elle était d'abord, elle acquiert l'apparence et presque la consistance de la corne de mouton.

(Suivent quelques observations, dans lesquelles la substance en question a été employée pour la dilatation du col de l'utérus et des trajets fistuleux. Plusieurs raisons la font préférer à l'éponge préparée; elle agit au moins aussi bien qu'elle, peut servir plusieurs fois, est d'un maniement plus facile, n'a pas l'odeur désagréable de l'éponge, et enfin revient à bien meilleur marché.)

Une des applications les plus importantes du *Laminaria*, continue M. le docteur Sloan, consiste dans la dilatation des rétrécissements de l'urèthre chez l'homme. Le but qu'on se propose peut être atteint de deux manières : nous avons dit déjà que la substance en question a une structure purement cellulaire, par conséquent ce ne seront que les points exposés à l'humidité qui se dilateront. Une couche de vernis au copal peut prévenir l'action de l'humidité, et si l'on se sert d'une bougie, on peut faire qu'elle ne se dilate qu'à un point donné; ou bien l'on peut se servir d'un dilatateur conique tenant à un cathéter, comme le porte-caustique de Lallemand. Quel que soit le moyen qu'on choisisse, il vaut mieux avoir à sa disposition deux ou plusieurs dilatateurs de dimensions différentes plutôt que de se servir continuellement d'un seul. Par ce moyen, on se précautionne contre la formation d'une expansion bulbeuse derrière le rétrécissement.

Les conduits lacrymaux et la trompe d'Eustache me paraissent se prêter parfaitement à l'emploi de cette substance comme dilatateur.

J'ai trouvé que les jeunes plantes ayant 1 pouce à 1 pouce et demi de diamètre à l'état frais se dilatent plus vite et d'une manière plus complète que les autres. En ce qui regarde le pouvoir d'expansion du *Laminaria*, j'ai trouvé que le même poids qui tient l'éponge aplatie, et l'empêche de se dilater, ne fait que retarder la dilatation du *Laminaria*. Une tente de *Laminaria* exposée librement à l'humidité double de diamètre en quatre heures; en quarante-huit heures elle augmente d'un diamètre et demi. La racine de gentiane n'augmente que d'un tiers dans le même espace de temps. Il y a aussi dans la tente du *Laminaria* une augmentation de volume en longueur dont il faut tenir compte. M. Hilliard (de Glasgow) conseille de plonger la tente du *Laminaria* dans de l'eau chaude pendant quelques secondes avant de l'employer, dans les cas où il y aurait défaut d'humidité dans les parties.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 MAI 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

PALÉONTOLOGIE HUMAINE. — *Troisième note sur la mâchoire d'Abbeville*, par M. *A. de Quatrefages*. — La dernière note que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie concernant la mâchoire humaine retirée par M. de Perthes du diluvium d'Abbeville, paraît avoir reçu de quelques personnes une interprétation que je tiens à rectifier. On a cru y trouver la preuve que, moi aussi, je mettais en doute l'authenticité de la découverte. J'espère que la lecture attentive de ma note aura déjà montré combien ma pensée avait été mal comprise. Bien loin que mes convictions premières aient été ébranlées par l'examen minutieux et souvent répété que j'ai dû faire de mes haches et de la mâchoire, elles n'ont fait que se fortifier.

J'ai eu le plaisir de voir aussi mes convictions partagées par toutes les personnes qui ont bien voulu vérifier par elles-mêmes l'exactitude des faits sur lesquels elles reposent. M. Delesse, à la suite d'un second examen plus long, plus minutieux encore que le premier, est resté pleinement convaincu de l'identité des gangues qui recouvrent l'une de mes haches et une partie de la mâchoire, de l'ancienneté de cette gangue, de l'impossibilité de l'imiter artificiellement. MM. Desnoyers et Gaudry ont accepté comme parfaitement authentique, la mâchoire aussi bien que les deux haches que j'ai rapportées d'Abbeville. M. de Vibraye, M. Lyman, qui vient d'étudier les silex du Danemark, m'ont exprimé les mêmes convictions. M. Pictet, après avoir examiné la mâchoire avec le plus grand soin, m'a déclaré qu'il ne s'était pas attendu à « lui trouver des caractères aussi probants », et m'a autorisé à répéter à l'Académie qu'il partait pleinement convaincu de son authenticité.

A ces témoignages, qui commencent à contre-balancer ceux qu'on aurait pu m'opposer jusqu'ici, j'ajouterai quelques courtes considérations.

Et d'abord remarquons que la plus grande objection faite à l'authenticité de la mâchoire repose sur l'examen d'une dent qu'on aurait trouvée, dit-on, très blanche et conservant au moins une grande proportion de la gélatine normale.

On a constaté, si je ne me trompe, la présence de la gélatine dans divers os *proprement dits* appartenant à des fossiles bien plus anciens que ne peuvent l'être en tout cas ceux du diluvium. Qu'y aurait-il d'étrange à ce qu'*une dent* provenant de ce dernier gisement conservât encore une portion notable de sa substance organique première?

D'ailleurs, la dent examinée à Londres n'appartient pas à la mâchoire. C'est là un fait constaté avant toute discussion. — On ne peut donc rien conclure de l'une à l'autre. Bien plus, des détails que m'a donnés M. de Perthes il résulte que cette dent lui laissait à lui-même des doutes, et *jamais*, m'assure-t-il, *il n'a voulu en répondre*. Comment, dès lors, chercher dans cette dent, *récusée d'avance par M. de Perthes*, des arguments sérieux contre l'authenticité de la mâchoire?

Pour nier cette authenticité, on se fonde encore sur la faible coloration de l'os, sur le peu de profondeur à laquelle cette coloration a pénétré. Mais ce sont là encore des particularités qui dépendent, en très grande partie, de la composition du sol et de la nature de la matière colorante. Si celle-ci est insoluble, il est clair qu'elle s'arrêtera à la surface des os, et ne pénétrera pas leur substance même.

Un mot encore au sujet de ma seconde hache, de celle que j'ai retirée *des parois à vif* de la carrière. Sur la demande de M. Delesse, j'ai lavé par affusion avec de l'eau bouillante une de ses extrémités. Un gravier de la carrière a été lavé de la même manière. Tous deux ont été nettoyés avec la même facilité. On comprend que si, pour faire adhérer une gangue factice, on avait employé la gélatine ou la gomme, l'une et l'autre eussent été faciles à reconnaître sur les surfaces humectées de la gangue. On n'en a pu découvrir la moindre trace.

L'Académie peut voir que, dans l'espèce d'*enquête* à laquelle je me livre, je n'ai à enregistrer aujourd'hui que des faits favorables à l'authenticité de la *mâchoire* d'Abbeville. S'il s'était produit des faits conduisant à une conclusion contraire, je les aurais publiés de même; mais jusqu'à présent tout milite en faveur de cette authenticité, tout tend à confirmer la réalité de la découverte de M. de Perthes.

— M. *de Vibraye*, à la suite de cette communication, présente de vive voix quelques remarques sur les caractères qui permettent de distinguer les silex travaillés anciens des contrefaçons modernes.

CHIMIE APPLIQUÉE. — M. *Garrigou* adresse, comme supplément à sa note sur la composition de l'air des cavernes de l'Ariége,

une indication des hauteurs au-dessus du niveau de la mer du plancher des principales grottes. (*Comm.* : MM. Chevreul, Boussingault, Peligot.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 MAI 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans les départements de la Nièvre, de Vaucluse et de la Seine-Inférieure. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Un rapport de M. le docteur *Laissus* sur le service médical des eaux minérales de Brides (Savoie) en 1862. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit une série d'observations de lithotomie, par M. le docteur *Vincenzo Modugno* (de Bitonto). (*Comm.*: MM. Malgaigne, Civiale et Ségalas.)

M. *Larrey* offre en hommage : 1° au nom de la famille de feu le professeur *Chomel* et de M. *Noël Gueneau de Mussy*, la cinquième édition du TRAITÉ DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE; par *Chomel;* 2° un rapport général sur l'état actuel des hôpitaux et hospices de Londres, présenté par M. *Husson*, directeur général de l'assistance publique.

M. *Mélier* fait hommage, au nom de l'auteur, d'une brochure sur les eaux de Brides (Savoie), par M. le docteur *Laissus.*

Lectures.

HYDROLOGIE. — M. *Gobley*, au nom de la commission des eaux minérales, lit deux rapports officiels dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

HYGIÈNE COMPARÉE. — M. *Magne*, directeur de l'École d'Alfort et candidat pour la place vacante dans la section vétérinaire, lit un travail intitulé : DES EFFETS DE LA CONSANGUINITÉ, ET DE LA NÉCESSITÉ DU CROISEMENT DES FAMILLES.

L'auteur résume ce travail en ces termes :

« La consanguinité agit plus promptement et exerce des effets plus sensibles sur l'homme que sur les animaux; l'organisation à certains égards plus simple de ces derniers explique en partie les différences que nous observons à la suite des unions entre parents.

» Les affections communes à l'espèce humaine et aux espèces domestiques qui se montrent après les mariages consanguins sur l'homme, se montrent aussi sur les animaux après les accouplements du même genre.

» Il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, de dire si la consanguinité agit en altérant la constitution ou seulement en facilitant la transmission des maladies et des vices de conformation.

» Mais en raison des causes de maladies si nombreuses et si variées auxquelles sont soumis l'homme et les animaux, les unions croisées sont toujours nécessaires pour maintenir la santé, et elles sont souvent utiles dans les animaux pour conserver les qualités produites par la domesticité.

» Et comme la consanguinité propage les maladies en les aggravant, si elle ne les produit pas, le croisement des familles offre une sécurité que les hommes soucieux du bonheur de leurs enfants et de leurs intérêts ne doivent pas négliger, serait-il démontré que les unions entre parents n'ont rien de malfaisant par elles-mêmes. » (*Renvoi à la section de médecine vétérinaire.*)

Discussion sur la fièvre jaune.

M. *Rufz* ne vient pas contester la nature de la maladie observée à Saint-Nazaire au mois d'août 1861, et sur laquelle M. Mêlier a lu un si volumineux rapport : oui, c'était bien la fièvre jaune.

M. Rufz ne doute pas plus que M. Mêlier que la fièvre jaune n'ait été importée à Saint-Nazaire par le navire *l'Anne-Marie.* La démonstration fournie par M. le rapporteur est sur ce point péremptoire et sans réplique.

Mais comment la fièvre jaune a-t-elle été importée? quel en a été le véhicule? quel a été l'agent de transmission?

Sont-ce les marchandises? M. Rufz ne le croit pas dans le cas présent. Le dessèchement du sucre, les soins de son emballage, tendent à faire innocenter entièrement cette substance.

Sont-ce les hommes? M. Rufz ne révoque pas en doute la possibilité de la transmission par l'homme. Mais quel est chez l'homme le véritable foyer de la fièvre jaune? Sont-ce les vêtements, les sécrétions, la matière des vomissements, l'air expiré? Les faits connus jusqu'à ce jour ne permettent de rien conclure de positif encore sur la part d'influence de chacun de ces éléments. Il s'est trouvé des médecins courageux qui ont revêtu les habits portés par les morts de la fièvre jaune, qui se sont couchés dans leurs lits encore tout chauds de la maladie, et cela impunément. Il existe aussi dans la science plus d'une expérience de sueur et de sang inoculés, et même de matières du vomissement avalées, sans aucune suite. Quant à l'air expiré, on n'en a tenu compte que dans les inductions tirées de l'encombrement des hôpitaux, mais il n'a pas été fait là-dessus des expériences particulières.

En résumé, des faits rapportés par M. Mêlier comme de ceux observés par M. Rufz, il résulte que l'organisme humain est évidemment un conducteur de la fièvre jaune, sans qu'on puisse préciser le *modus faciendi* de cette propagation ni toutes les conditions qui peuvent la favoriser.

Mais ce qui est bien mis en lumière par les investigations de M. le rapporteur, c'est l'influence de la cale du navire. Toutefois, M. Rufz ne croit pas, avec quelques auteurs, que la fièvre jaune puisse s'engendrer spontanément dans le fond de cale des navires par le simple fait de certaines causes d'insalubrité. Ainsi qu'à M. Mêlier, le fond de cale ne lui paraît être qu'un réceptacle, comme les salles d'un hôpital, comme le corps de l'homme, susceptibles de recevoir les germes de la fièvre jaune, de les développer et de les rayonner au delà. Ce sont de véritables foyers d'infection. A cet égard, il serait curieux de savoir et de constater expérimentalement quelle sorte d'influence les épidémies ou de simples foyers de fièvre jaune exercent sur des organismes autres que l'organisme humain, par exemple sur les animaux.

Le fait de l'importation de la fièvre jaune, les voies et moyens de cette importation semblent donc, aux yeux de M. Rufz, avoir été parfaitement établis par M. Mêlier. En est-il de même pour la propagation de la maladie en dehors et au delà du foyer d'importation, pour ce genre de propagation que M. le rapporteur a très bien nommé *de seconde main?*

Jamais ce fait n'a été plus distinctement ni plus incontestablement démontré que dans le cas du médecin de Montoir, le docteur Chaillon, qui, sans avoir été à Saint-Nazaire et seulement pour avoir donné des soins à un malade qui en venait et qui avait travaillé à bord de l'*Anne-Marie*, fut lui-même atteint d'une fièvre jaune des mieux caractérisées. Mais, chose remarquable ! la propagation s'est arrêtée là. Or, partout et toujours jusqu'à présent, les choses paraissent s'être passées ainsi. Il faut noter encore que ces cas de propagation de seconde main sont des cas rares, exceptionnels; celui du médecin de Montoir trouve une explication dans les soins assidus donnés à un malade.

Ces arrêts de propagation à la seconde transmission se peuvent expliquer par des causes générales, telles qu'une température exceptionnellement élevée, une exposition particulière des lieux, le degré de leur altitude, etc. Il est constant, par exemple, que la fièvre jaune s'arrête à 500 ou 600 mètres au-dessus du niveau de la mer. C'est d'après cette observation qu'on a élevé sur les montagnes des Antilles des camps de refuge et de préservation contre la fièvre jaune. Or, on a vu des individus qui étaient descendus de ces camps dans les villes

contracter la fièvre jaune, rentrer dans les camps et y transmettre la maladie de seconde main, comme dans le fait si bien constaté au Matoaba par M. Dutroulau. Mais ici encore la propagation n'a pas été au delà.

On pourrait donc présentement s'arrêter à cette formule pour exprimer l'étiologie de la fièvre jaune : maladie importable, transmissible, mais d'une propagation limitée, dont le développement épidémique exige certaines conditions d'altitude et de localité, et aussi d'individualité; car tous les individus ne sont pas également aptes à contracter la fièvre jaune : ceux qui sont nés ou acclimatés dans les pays où cette maladie règne souvent en sont généralement exempts, et en cela la fièvre jaune paraît différer des maladies réputées contagieuses, lesquelles ont une sphère d'action bien plus étendue.

M. Rufz adopte entièrement les mesures de précaution et de préservation proposées par M. Mêlier. Comme lui, il condamne les quarantaines et considère comme suffisant l'isolement des navires suspects, leur prompt déchargement, l'emploi d'une ventilation libre ou complète et de quelques procédés de désinfection. Quant au sabordement, même aussi restreint que l'enseigne le rapporteur, c'est une mesure qui ne peut être que très exceptionnelle.

Quels seront les navires considérés comme des foyers d'infection? Ce ne peuvent être tous ceux arrivant des pays où règne la fièvre jaune, c'est-à-dire avec ce qu'on appelle la patente brute. Car, toutes les années, la fièvre jaune règne sur un ou plusieurs points du littoral de l'Amérique qui forment son domaine. Un navire ne peut être considéré comme suspect que tout autant qu'il aura perdu un ou plusieurs malades dans la traversée.

L'état actuel de l'expérience sur ce point est qu'aucun navire qui n'avait eu de mort dans la traversée n'a encore communiqué la maladie. Et même dans ces conditions, les médecins chargés d'appliquer les règlements sanitaires devront-ils user de beaucoup de discernement.

A quatre heures un quart, l'Académie se réunit en *comité secret*.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 15 MAI 1863.

1° Discussion sur les suites de la trachéotomie et du séjour prolongé de la canule dans la trachée.

2° Discussion sur l'opportunité d'une statistique établie sur les faits remarquables observés par les membres de la Société.

3° M. *Richard*. Rapport sur les travaux de M. le docteur Delore (de Lyon).

4° M. *Peter*. Observation de bronchite pseudo-membraneuse.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 22 AVRIL 1863. — PRÉSIDENCE DE M. BÉHIER.

CONSTITUTION MÉDICALE DE L'ANNÉE 1862. (SUITE.) — ICTÈRE GRAVE. — ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE.

M. *Chauffard* achève la lecture de son mémoire sur la *constitution médicale de* 1862, dont nous avons analysé les deux premières parties (voy. *Gaz. heb.*, n° 19, p. 310).

Dans la troisième partie de son travail, l'auteur recherche quelle a été, dans son ensemble, la nature de la constitution médicale de 1862, dont il vient de décrire les éléments principaux. Le caractère dominant de tous ces états morbides c'est l'asthénie : les maladies véritablement inflammatoires font défaut, celles qui s'accompagnent ordinairement d'une réaction vive sont marquées d'une tendance à la dépression des forces; en dehors même des affections gastriques et rhumatismales, qui prédominaient, les pneumonies, par exemple, supportaient mal les saignées, et devenaient adynamiques sans qu'on eût appliqué ce traitement. Les fièvres typhoïdes, les érysipèles s'accompagnaient rapidement d'une prostration profonde, et cet état grave et redoutable avait une durée insolite que le traitement tonique le plus énergique pouvait à peine abréger. On peut en dire autant des fièvres puerpérales et de quelques fièvres éruptives. Les varioles furent quelquefois hémorrhagiques; toutes, à partir de la fièvre secondaire, montrèrent une réaction faible, et les malades succombèrent quelquefois dans l'adynamie. Enfin le scorbut sporadique, le pourpre hémorrhagique, les ictères typhiques, dont le nombre semble s'accroître, et les affections diphthéritiques complètent ce tableau, et montrent l'asthénie marquant d'une physionomie commune toutes les maladies fébriles de l'année 1862, et imposant à la thérapeutique l'indication générale d'une médication tonique et d'une alimentation précoce, même dans celles qui réclament ordinairement une médication antiphlogistique et une diète sévère.

La constitution médicale de 1862 se signale donc par deux ordres de faits : le premier, se divisant en espèces morbides distinctes, prédominant toute l'année ou se montrant par intervalles et accidentellement; le second, consistant dans un état unique et constant, s'imposant à toutes les espèces particulières, et leur imprimant un caractère commun.

Comment comprendre l'étiologie de ces deux ordres de faits, présentant à la fois une existence indépendante et une alliance intime? Comment expliquer cette subordination des espèces morbides à un type supérieur? C'est l'étude des constitutions médicales qui peut seule nous fournir la solution, et pour la chercher l'auteur se reporte aux enseignements des pathologistes du XVIII^e siècle. Ces enseignements, encore confus et inachevés dans Sydenham, sont poursuivis à la fin du siècle dernier par deux grandes écoles : à Vienne, par Stoll, qui élève un monument durable à l'histoire des constitutions médicales dans ses APHORISMES SUR LA CONNAISSANCE ET LA CURATION DES FIÈVRES, et à Paris dans l'œuvre collective de la *Société royale de médecine*, dont les MÉMOIRES contiennent des descriptions particulières de constitutions médicales, et se distinguent par des vues largement conçues sur ces grandes vérités pratiques. C'est avec leur aide que l'auteur cherche à interpréter les deux ordres de faits qu'il signalait tout à l'heure.

En effet, dans les espèces morbides prédominantes de 1862, les unes, comme l'état gastrique et l'affection rhumatismale, ont régné pendant toutes les saisons, et ont même eu leur maximum dans les saisons où habituellement elles ne paraissent pas; ces maladies peuvent être dites *annuelles*; d'autres, comme les affections catarrhales et les douleurs rhumatismales, ne se sont montrées qu'à certaines époques, ce sont des maladies *saisonnières*; d'autres enfin, comme les fièvres éruptives, typhoïdes, puerpérales, les érysipèles, dues à des causes spécifiques, ont été intercurrentes, sporadiques ou épidémiques, ce sont celles qui n'ont subi de la constitution médicale que l'influence supérieure et générale.

Mais à côté de ces fièvres annuelles, saisonnières et intercurrentes qui constituent les espèces morbides distinctes, il reste à reconnaître ce type supérieur qui les influençait toutes dans leur marche, leur terminaison, leur génie propre. Cette modalité supérieure a reçu des médecins que l'auteur vient de citer le nom de *fièvre stationnaire*, et c'est une des conceptions les plus élevées et les plus pratiques de la médecine.

L'observation des fièvres saisonnières amène facilement à la conception des fièvres annuelles, qui ne sont qu'une prolongation, qu'une extension des premières à tout le cercle de l'année. Ce n'est qu'à travers ces fièvres qu'on arrive à l'idée de la fièvre stationnaire, conception abstraite dont on ne peut donner de descriptions fixes et précises, et qui ne tombe pas directement sous les sens. C'est une modalité qui domine toutes les modalités spéciales, c'est une notion synthétique dont on ne peut faire qu'une description essentiellement générale. Selon Stoll, la stationnaire embrasse un certain nombre d'années, elle s'accroît peu à peu, arrive à sa période d'état, et décroît ensuite pour faire place à une autre stationnaire.

Cette évolution, comme le fait remarquer M. Chauffard, n'est pas aussi nette que Stoll la présente, et l'illustre médecin de Vienne lui-même est obligé d'avouer que, dans l'état de la science, il est impossible de préciser assez les caractères des stationnaires pour reconnaître si elles reviennent dans un ordre déterminé, au bout d'un certain laps d'années, si leur nombre est limité ou s'il en naît de nouvelles. Il faudrait pour cela un grand nombre d'observations recueillies pendant de longues périodes, et comparées suivant les différentes localités.

Mais, après cet aveu, il fait ressortir la réalité de cette cause supérieure qui étend son pouvoir sur toutes les maladies fébriles d'une époque. Il indique la méthode qui permet d'en fixer les caractères par la comparaison générale de la marche et de la terminaison spontanée des maladies, de l'efficacité des méthodes de traitement, et des analogies symptomatiques.

Il n'en reste pas moins difficile de donner la définition nosologique d'une fièvre stationnaire. La vieille dichotomie de maladies sthéniques et asthéniques est encore le plus généralement applicable. Cette division ne répond évidemment à la nature que d'une manière incomplète, car il est des sthénies comme des asthénies très diverses dans leurs causes, dans leurs symptômes et leur évolution. Mais ce n'est qu'une longue suite d'études sur les constitutions médicales qui permettra d'en saisir les distinctions positives, et d'établir une classification fondée parmi ces modalités abstraites.

Si l'on s'en tient toutefois à cette division élémentaire des fièvres stationnaires en sthéniques et asthéniques, on en trouve amplement la justification dans l'histoire des maladies régnantes aux diverses époques, dans l'histoire même des doctrines, des réformes systématiques qui ont bouleversé le sol de la médecine. C'est sur les caractères de la constitution stationnaire soumise à leur observation que les novateurs ont appuyé leurs attaques contre les habitudes thérapeutiques contractées sous une stationnaire antérieure. C'est ainsi que Sydenham, observant sous une constitution sthénique, substitua la thérapeutique antiphlogistique à la thérapeutique stimulante, qui régnait depuis van Helmont; c'est ainsi qu'au contraire Cullen et Brown réagirent à leur tour contre Sydenham, et firent triompher les médications excitantes. Les médecins subirent un joug que la nature semblait leur indiquer. Hutchinson, en 1782, dans son livre De mutatione febrium e tempore Sydenhami, sut très bien signaler la véritable cause de ce revirement. Le grand mouvement révolutionnaire opéré par Broussais, et la réaction en sens contraire à laquelle nous assistons, n'ont pas d'autre origine. Aujourd'hui, sous l'empire d'une constitution asthénique, nous bannissons l'emploi énergique des antiphlogistiques, nous revenons aux médications évacuantes et toniques, nous ne craignons pas d'alimenter les fébricitants.

N'est-ce pas à la nature même des choses, est-ce uniquement à l'aberration des opinions qu'il faut attribuer ces grandes oscillations doctrinales? Les vastes erreurs des sciences d'observation ont toujours une certaine justification dans la science elle-même. D'ailleurs ces grands hommes n'étaient pas seuls, des générations entières étaient avec eux, se trompaient-elles entièrement?

En dehors des considérations historiques, les vieux praticiens en remontant dans leur vie médicale ne reconnaissent-ils pas qu'aujourd'hui ils voient et traitent les maladies autrement qu'ils ne le faisaient autrefois? Et qu'on ne dise pas que c'est là l'influence ordinaire de l'âge, puisque les jeunes se rencontrent avec leurs aînés dans les mêmes appréciations. C'est donc la nature des faits observés qui a changé.

Ces variations dans les caractères des constitutions médicales ont été d'ailleurs signalées par plusieurs médecins : l'auteur cite entre autres, parmi les mémoires de l'ancienne Société royale de médecine (t. IV, 1780 et 1781), l'extrait d'un travail remarquable de Raymond (de Marseille) sur les épidémies, où cette différence dans la constitution stationnaire, qu'il divise en station molle et station forte, est indiquée avec la plus grande netteté et avec la mention précise des dates et des périodes pendant lesquelles ces variations ont été observées.

L'ensemble des maladies aiguës, ajoute M. Chauffard, n'est pas immobile dans le temps et dans l'espace; il se transforme sans cesse, et chacune de ces transformations nous traduit un type stationnaire, qui modifie toutes les maladies aiguës, et dont la connaissance importe à un haut degré au médecin, dans l'appréciation complète des cas qui lui sont soumis. Stoll l'avait déjà dit, si l'on ne regarde que la face extérieure des maladies, on croira toujours les voir les mêmes, et l'on en soumettra mal à propos à la même thérapeutique de réellement différentes. C'est pourquoi il faut tenir compte, non-seulement des conditions individuelles du sujet, des influences saisonnières, mais aussi de la constitution stationnaire.

Cette idée éclaire la connaissance pratique des maladies actuelles, comme l'histoire du passé; elle réhabilite les erreurs de nos prédécesseurs, et montre qu'à côté de leurs systèmes erronés, leur pratique du moins a été salutaire. N'ayons pas la prétention de faire dater d'hier la vraie médecine, et ne renions pas les générations antérieures; renouons les traditions au lieu de les briser, et nous retrouverons bien des vérités oubliées, réputées nouvelles, dont la succession doit être recueillie. Sans remonter bien loin, reconnaissons que si nous avons renoncé en partie à l'usage des saignées que nos maîtres pratiquaient largement, il faut se garder d'y renoncer à l'avenir, comme le voudraient des théories pathogéniques nouvelles, nées dans le laboratoire. Une grande vérité doit dominer la clinique, c'est que quel que soit le processus pathogénique d'un état organique, la nature réelle de la maladie en est indépendante. L'acte pathogénique ne dévoile pas la cause affective qui le suscite, et c'est cette cause qui donne la nature vraie de l'état morbide et fournit les indications essentielles et supérieures du traitement.

L'histoire des maladies chroniques a été singulièrement fécondée par la connaissance de cette vérité, que ce n'est pas seulement dans l'individu, mais surtout dans la famille et même dans les générations successives, qu'il faut considérer l'origine et l'évolution de la maladie chronique. La thérapeutique s'éclaire de cette idée et lui emprunte des ressources nouvelles. La même conception doit s'étendre aux maladies aiguës; pour elles, une constitution médicale est comme une famille qui, à côté des caractères distinctifs de chacune, fait reconnaître entre elles une physionomie commune. Il faut sortir de la nosologie étroite et minutieuse de notre époque, pour rechercher les rapports mutuels et changeants des maladies. Nous perdrons dans cette observation l'idée petite et fausse de l'espèce morbide inflexible. Rien dans les phénomènes vivants n'est définitif et fixe, tout s'y transforme incessamment. Il faut faire à ces vérités un epart dans la science.

C'est ce que réalisera l'étude persévérante des constitutions médicales ; elle nous montrera la transformation, l'association des espèces morbides, et surtout la lente évolution des types stationnaires. Nous pourrons sortir alors de la dichotomie banale des sthénies et des asthénies, pour leur assigner des caractères plus précis, soit par la considération de leur origine, soit par la considération de leur évolution, soit par la considération de l'influence des grandes épidémies et des modes stationnaires qu'elles peuvent laisser après elles ; mais, pour cette étude, il faudrait des investigations laborieuses, poursuivies de génération en génération. Nos pères nous avaient donné l'exemple; il faudrait poursuivre leur œuvre.

Dans la même séance, M. *Goupil* rend compte verbalement du Bulletin de la société médicale d'émulation de Paris (nouvelle série, t. Ier, fascicule n° 1, 1863). Une préface explique par quelles vicissitudes les publications officielles de cette Société avaient été interrompues depuis 1826, et comment ses travaux estimables avaient dû être disséminés dans divers recueils périodiques. Tout en continuant à laisser à la presse médicale la primeur de ses publications, la Société se propose de les réunir dorénavant en un volume qui lui soit propre.

Le premier fascicule de cette nouvelle série inspire en effet le désir de voir le Bulletin paraître régulièrement. Après une notice sur la vie et les travaux de Ludger-Lallemand, redigée par M. Gallard, secrétaire général, M. Goupil signale surtout un travail de M. Perrin sur *l'intoxication par la benzine, et sur les effets physiologiques de cette substance.* L'ingestion accidentelle de ce liquide produisit les phénomènes d'une ivresse bruyante et gaie, puis d'un délire violent, qui conserva son caractère exhilarant. Cette action enivrante se manifeste aussi, à ce qu'il paraît, chez les ouvriers qui manient cette substance, elle s'accompagne de tremblement nerveux et de paralysies partielles des membres, surtout prononcées dans les parties en contact avec la benzine.

La partie chirurgicale occupe un espace assez considérable dans le fascicule; parmi les travaux médicaux, M. Goupil signale un mémoire de M. Cazalas, sur *l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde;* ni le mémoire, ni la discussion qui l'accompagne ne lui paraissent bien concluants.

Une observation de *kyste pileux abdominal*, fournit au rapporteur l'occasion de mentionner deux cas qui lui sont propres, et d'exprimer l'opinion que ces kystes paraissent d'une nature beaucoup plus bénigne que les kystes hydatiques, et guérissent assez bien par l'opération.

Un remarquable rapport de M. Besnier sur les travaux de M. Lancereaux, termine la fascicule. On y voit la preuve que l'embolie cérébrale n'est pas un fait entièrement nouveau, et que, dès l'année 1849, M. Pierre en avait montré un cas à la Société anatomique de Paris.

— Il nous reste, pour acquitter notre arriéré, à mentionner deux communications faites à la Société dans les séances précédentes qui ont été occupées presque intégralement par la lecture du mémoire de M. Chauffard, savoir :

1° Une observation d'*ictère grave* avec pièces anatomiques présentées par M. *Julliard*, interne de M. Empis. Le foie a présenté des masses jaunâtres disséminées, analogues à des bourbillons de furoncle, et composées, d'après l'examen de M. Ch. Robin, de pus concret provenant d'un ancien abcès qui n'aurait pu s'ouvrir au dehors. MM. Béhier et Chauffard font observer que les symptômes de l'ictère grave peuvent être produits par des lésions très diverses, pourvu qu'elles entravent le cours de la bile, telles qu'un calcul très volumineux, ou des calculs ayant déterminé une inflammation adhésive.

2° Des pièces anatomiques provenant de deux femmes atteintes d'*atrophie musculaire progressive*. M. *Vulpian*, le présentateur, a pu constater dans les deux cas l'atrophie des racines antérieures de la moelle. Cette atrophie est constituée, non par une altération de structure de la substance nerveuse, mais par une simple diminution de calibre des tubes nerveux dont le nombre reste normal. La moelle épinière est restée saine dans les deux cas. L'atrophie musculaire, consécutive à la lésion nerveuse, consiste bien dans la transformation graisseuse de la fibre; ce n'est que tout à fait à la fin, quand cette graisse a été résorbée, qu'on voit la fibre envahie par les granulations graisseuses décrites par M. Ch. Robin.

Dr E. Isambert.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Ligature d'une artère intercostale, par M. Howard.

Suivant la remarque très juste de Louis, il existe plus de procédés conseillés pour arrêter les hémorrhagies des artères intercostales ouvertes dans les plaies de poitrine, que d'exemples de cette espèce d'accidents. Sans regarder avec M. Howard le procédé qu'il a employé comme tout à fait nouveau, nous pouvons donner du moins son observation comme un fait intéressant, et sa conduite comme bonne à suivre en pareille circonstance.

J. B. Bruce, soldat âgé de dix-sept ans, fut blessé à la poitrine par une balle *Minié*, et fait prisonnier à la bataille de Shiloh le 6 avril 1862. Il fut transporté à l'hôpital de Louisville, et après avoir éprouvé les accidents qui accompagnent les plaies pénétrantes de la poitrine, le malade était presque en convalescence quand, le 29 avril, il survint une hémorrhagie secondaire très abondante. Un médecin chercha à l'arrêter par la compression, mais ne put y parvenir; M. Howard, appelé une demi-heure après, agrandit la plaie, enleva quelques esquilles; mais, voyant l'hémorrhagie devenir plus abondante et la faiblesse du blessé augmenter, il fit une incision d'un pouce et demi de longueur, commençant à un demi-pouce de l'extrémité de la blessure et correspondant au milieu de la face externe de la neuvième côte. Après avoir déterminé exactement le bord supérieur de la côte, le chirurgien introduisit par la plaie l'aiguille de Roux qui sert à conduire d'ordinaire la scie à chaîne, fit suivre exactement à sa pointe la face interne de la côte et la fit ressortir vers le bord inférieur de la côte. Le fil ciré que l'aiguille entraînait avec elle, ainsi passé en dedans de la côte, fut serré et la ligature comprit de cette façon et la côte et l'artère lésée. L'hémorrhagie s'arrêta immédiatement, mais afin de se mettre à l'abri de tout écoulement de sang par le bout sternal de l'intercostale lésée, une semblable ligature fut placée en dedans et en avant de la plaie. Le malade supporta très bien l'opération, mais il était si affaibli par l'hémorrhagie qui l'avait nécessitée, qu'il mourut le soir même. L'autopsie permit de constater que les deux bouts de l'artère étaient bien comprises dans les ligatures qui entouraient la côte, et que la plèvre, détachée de l'os par l'aiguille, n'avait pas été perforée. (*American Medical Times.*)

Anévrysme artério-veineux de l'artère et de la veine poplitées, par M. Maunder.

Un petit garçon fut blessé à la cuisse par un camarade de son âge. Il y eut immédiatement une abondante hémorrhagie, qu'on arrêta par la compression. Le membre gonflant beaucoup, on ne maintint la compression que pendant deux jours. Une semaine après on constata l'existence d'un anévrysme faux. L'enfant fut conduit à *London Hospital*. Après consultation, l'anévrysme fut ouvert, on trouva l'artère poplitée ouverte et l'on plaça une ligature au-dessus et au-dessous du point blessé. L'hémorrhagie continuant par la veine, M. Maunder pratiqua immédiatement l'amputation.

L'artère poplitée était divisée en grande partie, la veine avait été transpercée.

L'enfant mourut le cinquième jour. (*The Lancet.*)

— On se rappelle qu'il y a quelque temps, M. Nélaton eut aussi à traiter un anévrysme artério-veineux de ces mêmes vaisseaux. L'anévrysme était beaucoup plus ancien. M. Nélaton qui avait demandé à M. Laugier l'appui de son expérience, ouvrit le sac, fit aussi la ligature des deux bouts de l'artère, au-dessus et au-dessous de la poche, mais il fut obligé de lier la veine qui fournissait du sang. Des hémorrhagies consécutives entraînèrent la mort de son malade.

Dans un cas pareil, John Hunter fit la même chose, et récemment, M. Holthouse, ayant aussi à opérer chez un adulte un anévrysme poplité artério-veineux, dut lier, mais cette fois avec succès, l'artère et la veine.

Suffocation déterminée par la déglutition involontaire d'une sole, par M. Cobbold.

Il y a quelques jours les journaux extra-scientifiques rapportaient l'histoire d'un nommé Durand, garde-chiourme au bagne de Toulon, lequel était mort, suffoqué par un poisson nommé mulet, qu'il avait dégluté involontairement. Ce fait assez extraordinaire de déglutition forcée d'un poisson vivant,

imprudemment placé dans la bouche, n'est pas le seul qui existe dans les annales de la science.

Le musée anatomique de l'université d'Édimbourg renferme, parmi les pièces qui y sont conservées, une sole (longue de 20 centimètres et large de 6), laquelle, il y a quelques années, causa la mort d'un pêcheur, précisément de la même façon.

Cet homme était dans un bateau et retirait ses filets; une sole était prise dans les mailles, le pêcheur ayant les deux mains occupées et craignant de perdre sa capture, saisit le poisson entre ses dents. Une secousse convulsive de la sole la fit pénétrer dans le pharynx du malheureux, lequel mourut avant que le bateau eût regagné le rivage. On trouva à l'autopsie la sole descendue dans l'œsophage, et sa tête n'était qu'à 2 ou 3 centimètres de l'orifice cardiaque de l'estomac. (*Med. Times.*)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité médical pratique des maladies des yeux, par le docteur Émile Martin; in-12. Paris, 1863. J. B. Baillière.

Peut-on, dans la thérapeutique des affections oculaires, séparer le traitement médical du traitement chirurgical? C'est une question que M. Émile Martin semble résoudre par l'affirmative, car le livre est, comme il le dit lui-même, essentiellement médical, et destiné à la fois aux élèves et aux médecins. Quant au traitement chirurgical, dit l'auteur, si habilement et si complétement exposé dans les grands traités de nos maîtres, nous l'avons omis volontairement, car la chirurgie oculaire tendant de plus en plus à devenir l'attribut des spécialistes, la majorité de nos lecteurs n'auraient eu que faire d'une pâle exposition des procédés opératoires, si peu nécessaires aux besoins de leur pratique journalière.

Nous ne sommes pas tout à fait de l'avis de M. Martin, et nous ne croyons pas qu'on puisse aussi facilement séparer, dans le traitement des affections des yeux, ce qui est médical de ce qui est chirurgical. Médecin oculiste des dispensaires de Marseille, M. Martin a dû, nous aimons à le croire, employer autre chose sur ses malades que les collyres ou les pommades, il eût pu dès lors, non plus énumérer, mais apprécier suivant les résultats qu'il en a obtenus lui-même, les divers procédés chirurgicaux; c'est, du reste, ce qu'il fait à plusieurs endroits de son livre. Nous y trouvons même des figures représentant l'extraction de la cataracte, moyen que nous préférons, pour notre part, au traitement qui consiste à priser trois fois par jour de la bétoine, de l'assaret et de l'ellébore blanc.

Cependant il ne faudrait pas donner à notre critique plus de rigueur qu'elle n'en a réellement. Le livre de M. Émile Martin n'a pas la prétention d'être un traité des maladies des yeux. L'auteur, plus modeste, a cherché à mettre entre les mains des praticiens des villes et des campagnes un guide dans le traitement des affections oculaires. A ce titre, il a parfaitement réussi; son livre renferme un grand nombre de formules, un peu trop peut-être, car elles pourront quelquefois embarrasser par la diversité du choix le médecin peu exercé qui cherchera dans son cabinet ce qu'il pourra quelques instants après prescrire au lit de son malade. Ajoutons toutefois que les descriptions et les conseils que renferme le *Traité médical pratique* démontrent que l'auteur a acquis ailleurs que dans les livres une expérience étendue du sujet qu'il traite; c'est un livre destiné aux praticiens, et, comme tel, nous devons le recommander comme remplissant le but que s'est proposé son auteur.

VI

VARIÉTÉS.

Les sujets de thèse pour le concours de l'agrégation en chirurgie viennent d'être tirés au sort : MM. Després, Des hernies crurales; — Guyon, Des vices de conformation de l'urèthre chez l'homme; — Labbé, De la coxalgie; — Le Fort, Des vices de conformation de l'utérus et du vagin; — Panas, Des cicatrices vicieuses; — Parmentier, Des pseudarthroses; — Tillaux, De l'uréthrotomie.

Pour les accouchements : MM. Gueniot, Des vomissements incoercibles pendant la grossesse; — Joulin, Des cas de dystocie tenant au fœtus; — Salmon, Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

— M. A. Devergie commencera sa clinique des maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 22 mai, à neuf heures précises, et la continuera les vendredis suivants.

Enseignement au lit des malades.

— M. Fort, ancien élève de M. le professeur Ch. Robin, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours particulier d'histologie le 1er juin 1863, à quatre heures précises, et le continuera tous les jours, à la même heure, rue de l'École-de-Médecine, 62.

Trois microscopes et une belle collection de préparations seront à la disposition de MM. les élèves.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Traité élémentaire de pathologie externe, par le docteur *E. Follin*. Tome II, première partie. Grand in-8 de 580 pages, avec figures dans le texte. Paris, Victor Masson et fils. 8 fr.
Prix du t. I in-8, avec figures dans le texte. 10 fr.

Contre l'animisme, nouvel essai d'une théorie cartésienne, par le docteur *P.-E. Garreau*. In-8 de 134 pages. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr.

Du fucus vesiculosus (chêne marin, laitue marine) : de ses propriétés fondantes et de son emploi contre l'obésité et ses différentes complications, par le docteur *L.-V. Duchesne-Duparc*. 2e édition. In-12 de 46 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr.

Décollements traumatiques de la peau et des couches sous-jacentes, par le docteur *Morel-Lavallée*. 2e mémoire, In-8 de 80 pages. Paris, Germer Baillière. 2 fr.

Traitement de l'héméralopie par l'huile de foie de morue a l'intérieur, par le docteur *Desponts*. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

Guide de l'asthmatique : de l'asthme, sa nature, ses complications (bronchites et catarrhes pulmonaires chroniques, emphysème vésiculaire, etc.), son traitement rationnel, massage, par le docteur *C.-J. Berger*. In-8 de 200 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 4 fr.

Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés (céphalœmatome), par le docteur *V. Seux*. In-8 de 66 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.
Ce travail fait suite aux *Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés* (état physiologique du pouls, muguet, entérite, ictère). In-8 de XII-288 pages. 4 fr.

Traité de chirurgie d'armée, par le docteur *L. Legouest*. Fort in-8 de 1000 pages, illustré de 128 figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 12 fr.

Thèses.

Thèses subies du 1er au 21 mars.

34. Chalvet, P., né à Fomberlines (Cantal). [*Considérations sur l'influence de l'hygiène dans la pathogénie et dans le traitement des plaies.*]

35. Fauchen, Prosper, né à la Châtre (Indre). [*Méthodes d'exploration de l'atmosphère, et recherches sur les matières organiques qu'elle tient en suspension. Tentatives d'application à l'étude des miasmes, des influences endémiques et épidémiques.*]

36. Meilhac, P., né à Argentat (Corrèze). [*Recherches sur l'amaurose syphilitique.*]

37. Neyret, Adolphe, né à Lescheraines (Savoie). [*Des kystes hydatiques du tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin.*]

38. Rodineau, Alcide, né à Breuil-Barret (Vendée). [*Sur l'emploi de l'eau froide en chirurgie.*]

39. Delanoë, P.-L., né à Saint James (Manche). [*Du scorbut.*]

40. Landeta, Juan-Bautista de, né à la Havane (île de Cuba). [*Réflexions sur quelques tumeurs sublinguales.*]

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 22 MAI 1863. N° 21.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Fièvre jaune de Saint-Nazaire ; Académie de médecine : Rapport de M. Mélier. — II. **Travaux originaux.** Sémiologie : De l'altération épithéliale de la conjonctive oculaire dans l'héméralopie. — Syphiliographie pratique : Sur la forme de la lésion initiale de la syphilis, et sur la signification étiologique et pronostique de cette forme. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Des eaux thermales de Luxeuil contre le virus syphilitique caché et diverses autres maladies. — Du nitrate d'argent dans la paraplégie essentielle chez les enfants. — V. **Bibliographie.** Atlas d'ophthalmoscopie. — VI. **Variétés.** Lettre de M. Dubois (d'Amiens) à MM. Victor Masson et fils. — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — Réceptions au grade de docteur. — VIII. **Feuilleton.** La chirurgie d'Abulcasis.

I

Paris, 21 mai 1863.

FIÈVRE JAUNE DE SAINT-NAZAIRE; *Académie de médecine :* RAPPORT DE M. MÉLIER.

Nous arrivons aux mesures destinées à arrêter une épidémie et à en prévenir le retour. On comprend la terreur qui dut s'emparer de la population de Saint-Nazaire à la vue du fléau qui s'abattait sur elle, et dont elle devait s'exagérer les suites probables. Or, la terreur ne raisonne pas, et son premier mouvement est de faire disparaître à tout prix la cause qui l'a fait naître ou l'entretient. Éloigner l'*Anne-Marie*, la mettre hors de portée de nuire ne lui suffisait pas, il lui fallait pour se calmer quelque chose de plus radical. M. Mélier rappelle qu'autrefois, dans de semblables circonstances, on a brûlé ou coulé des navires. Ces temps sont loin de nous, et personne ne songe aujourd'hui à recourir à ces mesures extrêmes, toujours préjudiciables aux intérêts privés ou publics, et plus propres à entretenir l'erreur qu'à en empêcher le retour. Le sabordement lui-même, qui consiste à ouvrir les flancs d'un navire au-dessous de la flottaison pour le faire envahir par la mer, en l'appuyant sur un fond convenable, n'est qu'une manière un peu plus douce de le couler; si l'on préfère, c'est une immersion au lieu d'une submersion, et l'on peut très bien lui appliquer les paroles qu'adresse M. Mélier aux mesures précédentes, à savoir « qu'il n'est pas nécessaire d'en venir à une pareille extrémité... qu'au temps où nous vivons, et avec nos ressources actuelles..., il doit être possible de désinfecter un navire sans lui faire courir de tels dangers. » De 1849 à 1856 nous avons participé aux diverses mesures opposées aux épidémies qui ont sévi dans nos Antilles, et jamais nous n'avons jugé nécessaire de faire saborder un navire pour le désinfecter. Le débarquement de l'équipage, son isolement sur des points élevés reconnus comme de bons lieux de préservation, et cela pendant un temps suffisant pour que le navire ait pu être désarrimé ou déchargé plus ou moins complétement,

FEUILLETON.

La chirurgie d'Abulcasis, traduite de l'arabe par le docteur LUCIEN LECLERC, médecin-major. Un vol. in-8.

Suite. — Voir le numéro 20.

M. le docteur Leclerc a commencé la série des traductions qu'il se propose de faire par celle du chirurgien arabe connu sous le nom d'Abulcasis. Cet auteur avait été partiellement traduit en latin et publié à différentes époques; mais la meilleure sans contredit de toutes ces versions et la plus complète était celle publiée en 1778 par Jean Channing, avec le texte arabe en regard. Cette édition était enrichie de figures et dessins d'un grand nombre d'instruments de chirurgie dont étaient ornés les deux manuscrits qui avaient servi à Channing. Sans doute, cette version n'est pas irréprochable, et on y rencontre des incorrections et des lacunes; cependant il faut avouer que ce travail du savant anglais est extrêmement méritoire et digne à bien des égards du crédit et de la réputation dont il a joui jusqu'à nos jours. Jean Channing connaissait profondément la langue arabe; il était versé dans la médecine et d'une rare érudition. Son travail témoigne d'un soin exquis, de connaissances très étendues et d'une sagacité incontestable.

M. Leclerc a eu à sa disposition toutes ces versions latines plus ou moins anciennes, un manuscrit de chirurgie qu'il a découvert à Alger, le manuscrit d'Abulcasis appartenant à notre Bibliothèque impériale, et enfin les travaux de l'érudition moderne, parmi lesquels il nous fait l'honneur de citer, comme lui ayant été très utile, notre édition de la CHIRURGIE de Paul d'Égine. Il a pu, à l'aide de ces documents, redresser les incorrections et combler les lacunes de l'œuvre de Channing, et il est permis d'affirmer sans aucune réserve l'excellence de la traduction qu'il nous donne de la CHIRURGIE d'Abulcasis. Et ce n'est pas un éloge banal que nous entendons faire de son travail : nous l'avons lu la plume à la main avec la plus grande

suivant le cas, et que le germe de la maladie ait pu être attaqué et détruit par les désinfectants; telles sont les mesures que nous avons conseillées, et qui suffisent toujours quand elles sont judicieusement appliquées. Mises aussi en pratique dans nos ports, elles viennent tout récemment de subir une épreuve décisive. La frégate-hôpital *l'Amazone*, dont parle M. Mêlier, arrivée à Toulon en octobre 1862, après avoir eu au Mexique 175 hommes atteints de fièvre jaune, a été évacuée et désarmée, puis désinfectée par les moyens et suivant les procédés les plus généralement usités; peu de temps après, elle a pu prendre un chargement de 500 forçats pour Cayenne et ramener des passagers en France, sans éprouver le plus léger accident. En y réfléchissant d'ailleurs, on ne peut s'empêcher de regarder comme plus dangereux qu'utile, au point de vue de la fièvre jaune, l'envahissement d'un navire par la mer dans toutes ses parties. La mer a certainement sa part dans la production du germe de cette maladie, lequel ne prend jamais naissance que près de ses bords; que peut-on, dès lors, espérer de bon de son invasion dans un navire déjà malade? D'ailleurs le tableau que trace M. Mêlier lui-même de l'intérieur de l'*Anne-Marie*, après huit jours d'envahissement par les flots vaseux de la Loire, les détails qu'il donne des opérations qu'ont nécessitées l'enlèvement des matières pétrifiées qui s'y étaient accumulées et le nettoyage consécutif du navire, les dangers mêmes qu'ont dû courir, malgré les précautions prises, les hommes qui ont été employés à ces opérations, seraient la plus manifeste condamnation d'une telle mesure si elle devait être érigée en précepte. C'est par des raisons d'ordre moral plutôt que par des principes d'hygiène que M. Mêlier a dû se déterminer à faire saborder l'*Anne-Marie;* c'est ce qui semble ressortir du moins de ses propres paroles. Aussi n'est-il plus question de cette mesure pour les autres navires, et ne figure-t-elle pas dans les règles sanitaires instituées pour l'avenir.

Mais le soin des hommes ne doit pas le céder à celui des navires. A Saint-Nazaire, il y avait déjà des malades quand il fallut prendre des mesures; la plupart étaient disséminés et traités à domicile, et l'on remarquera que les accidents de transmission se sont bornés au fait du Montoir, et peut-être à ceux des gabares d'Indret. S'il y en a eu d'autres, il faut penser qu'ils ont été peu graves, puisqu'ils n'ont pas nécessité l'intervention du médecin. Quant aux hommes de l'équipage de l'*Anne-Marie*, qui tous ont été soigneusement recherchés, nous ne sommes pas surpris qu'ils n'aient présenté ni provoqué aucun accident. Ils avaient subi l'influence de l'épidémie déclarée en mer, et avaient continué à vivre, jusqu'à l'arrivée, dans l'atmosphère du navire infecté sans rien éprouver; il y aurait eu plutôt à s'étonner s'ils étaient tombés malades après en être sortis. Il n'en est pas de même du second, demeuré seul à bord, et soumis à de nouvelles et très actives émanations infectieuses par le fait du déchargement, peut-être aussi rendu plus impressionnable par des excès qu'il a avoués; il s'est trouvé dans un de ces cas, très nombreux aux Antilles, où des hommes restés indemnes pendant deux et trois ans d'épidémie sont frappés tout à coup à la suite du passage d'un foyer dans un autre, quelquefois même sans s'être déplacés, et sans autre cause plausible qu'un changement survenu chez eux dans les conditions d'aptitude.

Des lieux d'isolement et de traitement munis de toutes leurs ressources, des lazarets, en un mot, doivent être créés immédiatement dans de semblables cas. Tous les navires arrivant du foyer épidémique, d'où proviennent les premiers accidents, sont susceptibles d'en reproduire de semblables, et il y en a eu jusqu'à onze à Saint-Nazaire qui se trouvaient à peu près dans les mêmes conditions que l'*Anne-Marie*. On conçoit dans quel embarras a dû se trouver M. Mêlier en présence d'un défaut complet de ressources matérielles. Le campement dans des baraques ou sous des tentes, auquel il a d'abord songé, est un moyen extraordinaire dont la nécessité ne peut surgir qu'à l'arrivée d'une escadre ou d'un convoi considérable de troupes, après une expédition lointaine, mais dont l'utilité n'existait pas ici, et n'existera jamais, nous l'espérons, dans les ports du nord, quand il s'agira de fièvre jaune. Le lazaret flottant, au contraire, était bien le moyen le plus prompt et le plus sûr de lever toute difficulté. Il n'a fallu que quelques jours, comme on l'a vu, à la marine militaire pour expédier de Lorient à Saint-Nazaire une frégate transformée en hôpital, avec son personnel et son matériel au complet, un brig-ponton destiné à servir de lieu d'*observation*, un aviso à vapeur chargé de la police sanitaire de la rade. Mais cette ressource, toute précieuse qu'elle est, ne peut constituer qu'un moyen provisoire. M. Mêlier a trop bien mis en lumière l'action pernicieuse qu'a l'atmosphère du navire sur le principe de la fièvre jaune pour qu'il soit permis de faire d'un tel local un hôpital définitif pour des malades atteints de cette maladie. Salubre pendant un certain temps, il réagit bientôt sur le principe du mal, et peut devenir lui-même un foyer d'infection. Le fait bien constaté de la situation des foyers naturels

---

attention, et, en le comparant continuellement avec la version de Channing, que nous avions en même temps sous les yeux. Nous nous sommes, par conséquent, rendu un compte exact des améliorations qu'il a apportées au texte et à la traduction de son auteur. Aussi n'hésitons-nous pas à dire que le livre du chirurgien arabe est désormais à la portée de tout le monde, et deviendra aussi familier aux modernes que les ouvrages grecs et latins.

Le nom complet de l'écrivain arabe connu sous le nom d'Abulcasis est Aboulkassem-Khalaf-ben-Abbas-Ezzaharaoui, et se traduit ainsi : Khalaf, père de Kassem, fils d'Abbas, de Zahara. Selon les usages orientaux, il se compose du nom propre de l'auteur, accompagné de ceux de son père, de son fils et de son pays. Albucasis était donc né à Zahara, village situé à cinq milles de Cordoue, et c'est dans cette dernière ville qu'il exerça son art. Suivant l'illustre orientaliste Michel Casiri, il y mourut l'an de l'hégire 500 (de notre ère 1106). Comme ses œuvres furent souvent publiées par fragments, ses noms subirent aussi de nombreuses altérations, et plus d'une fois on fit des personnages différents à l'aide de chacun d'eux. Ces altérations sont aujourd'hui faciles à reconnaître et à corriger : l'identité notamment d'Alzaharavius et d'Albucasis est désormais hors de toute contestation.

Si cet auteur ne fut pas apprécié par les Arabes comme il méritait de l'être, ou du moins s'il ne fut considéré par eux que comme une personnalité brillante, on peut au moins assurer que son influence sur le développement de la chirurgie dans l'occident de l'Europe fut immense. Son autorité fut constamment invoquée par les chirurgiens italiens et français du moyen âge. Il fut traduit en latin dès le XII[e] siècle par Gérard de Crémone. Bien qu'on ne puisse le regarder comme un auteur original et qu'il copie très souvent les Grecs, et principalement Paul d'Égine, cependant il met fréquemment sa propre expérience à contribution, et il est impossible de ne pas reconnaître en lui un esprit judicieux, plein de réserve et de prudence, et un praticien consommé dans son art.

de la fièvre jaune dans le voisinage de la mer a fait naître le précepte de ne choisir les lieux de préservation, sous la zone torride, que le plus loin possible des bords de la mer en distance ou en altitude, précepte dont on ne doit pas s'écarter complétement pour l'emplacement des lazarets dans nos climats. Les îles ou les côtes élevées qui se rencontrent presque partout à proximité des ports de France répondent assez bien à cette indication.

Examinons maintenant le traitement sanitaire auquel doivent être soumis les navires arrivés ou arrivant dans le cas d'épidémie de fièvre jaune. Des deux indications tracées par M. Mélier, la première, l'éloignement et l'isolement du navire dans un lieu convenablement situé, quant à la distance et à la direction des vents locaux, reconnue de tout temps comme utile, doit être regardée désormais comme obligatoire; la seconde, le débarquement et le déchargement, qui concerne les personnes et les marchandises, a une importance qui justifie parfaitement tous les soins et les détails qui lui sont consacrés dans le mémoire. Les personnes valides, passagers et équipages, doivent être débarquées, soumises à des mesures de purification, et tenues en observation pendant le nombre de jours réglementaire applicable à leur cas. Ici, nous croyons qu'il est indispensable, après ce qui s'est passé à Lisbonne, de prescrire aussi pour les bagages : malles, sacs et linge sale surtout, des mesures particulières d'aération et de purification. Viennent ensuite les marchandises, le déchargement proprement dit. Une question préalable se présente touchant cette opération, qui a été la source de presque tous les accidents provoqués par l'*Anne-Marie*, à savoir, si les manœuvres qu'on y emploie et qui sont exposés sans défense aux émanations infectieuses, dès l'ouverture des écoutilles et pendant l'enlèvement du premier plan des marchandises, c'est-à-dire avant l'emploi des désinfectants, ne peuvent pas être préservés des atteintes de ces émanations. Dans nos colonies, on ne fait opérer, autant que possible, les désarrimages et les déchargements, que par des indigènes ou par des Européens dits acclimatés. Pour cela on s'appuie sur ce fait d'observation, que la fièvre jaune n'atteint qu'une fois le même individu et respecte ceux qui sont nés ou qui vivent depuis longtemps dans ses foyers endémiques. Ne pourrait-on pas obtenir des conditions d'immunité à peu de chose près semblables, en instituant dans les ports en relation habituelle avec les pays dits à fièvre jaune, un corps de déchargeurs spécialement affectés aux déchargements sanitaires pendant les périodes épidémiques, et soumis pendant et après les opérations au régime des personnes suspectes? Ces hommes finiraient très-probablement par s'accoutumer au principe de la fièvre jaune, et l'on n'aurait plus à redouter pour eux les dangers qui se renouvellent pour les hommes *neufs* à chaque déchargement; ils se recruteraient d'ailleurs facilement à l'aide d'une légère augmentation de paye. Il y a dans cette mesure, basée sur un des points les mieux établis de l'histoire de la fièvre jaune, une chance de sécurité de plus, et, pour cette raison, nous la signalons à l'attention de l'éminent inspecteur général des services sanitaires.

Quant aux marchandises elles-mêmes, les précautions prises à Saint-Nazaire contre celles qui formaient les cargaisons semblent presque du luxe. Toutes les fois qu'il s'agira de sucre, la simple exposition à l'air pendant quelque temps après la sortie du navire, sera une mesure suffisante. Le fait suivant nous a appris qu'il n'y avait rien à craindre de l'action de cette substance sur la propagation de la fièvre jaune. En septembre 1841, revenant des Antilles en France, en congé de convalescence pour la fièvre jaune, nous fîmes la traversée sur un trois-mâts barque du Havre chargé de 350 boucauts de sucre. Contrairement aux caisses, les boucauts, de la contenance de 1000 à 1200 kilogrammes, laissent suinter en grande quantité une sorte de mélasse ou de crasse noirâtre, exhalant une odeur fort désagréable. Il n'y avait pas huit jours que nous étions partis, que les parois du navire, jusque dans les chambres des passagers, en étaient recouvertes, et nous en étions fort incommodés. La fièvre jaune était dans toute sa force à Fort-de-France, au moment de notre départ; notre équipage avait été assez heureux pour y échapper, et les émanations du sucre, jointes à une propreté fort peu irréprochable, n'eurent pas le pouvoir de la faire éclater. Nous ne sommes pas pourtant sans attacher de l'importance à la nature du chargement, et nous pensons, avec M. Mélier, que les règlements sanitaires, encore de nos jours, font bien de reconnaître des marchandises sinon insalubres par elles-mêmes, du moins susceptibles de le devenir. Nous ne savons pas par expérience quelle peut être l'action sur le principe de la fièvre jaune, de celles qu'on désigne sous les noms de cuirs et peaux, crins et poils; mais nous tenons pour suspectes au premier chef celles qui rentrent dans la catégorie des chiffons et drilles, même quelque temps après qu'elles ont *rompu charge*. Nous avons toujours présent à l'esprit ce qui s'est passé à Lisbonne en 1857.

Enfin, l'assainissement du navire déchargé se fait par des moyens et des procédés analogues à ceux du déchargement.

Il se plaint déjà dans sa courte introduction de ce que la chirurgie n'est plus en honneur dans son pays, et de ce que les écrits des anciens sont corrompus par la transcription, par les erreurs et la confusion, ce qui les rend inintelligibles et inutiles. Il veut rendre la vie à cet art, et c'est pour cela qu'il entreprend de donner la figure des instruments qu'il emploie. Il recommande l'étude de l'anatomie, et prouve par des exemples combien il est indispensable de la connaître. Enfin il conseille d'éviter l'esprit d'aventure, d'être prudent et de s'abstenir des opérations périlleuses.

Le livre I^er^ est tout entier consacré à la cautérisation. On a souvent reproché à notre auteur d'avoir abusé de ce mode de traitement, et nous pensons que c'est avec raison. Toutefois, on a renouvelé dans ces derniers temps, et en les donnant comme nouveaux, des procédés décrits par Albucasis. Nous signalerons entre autres l'ouverture des abcès hépatiques à l'aide du cautère. C'est encore par la cautérisation qu'il conseille de traiter les hémorrhagies artérielles, sans oublier pourtant la ligature des vaisseaux ouverts ni leur compression à l'aide des doigts ou d'un bandage. Il est évident que les Arabes avaient étendu l'usage de la cautérisation, qui leur avait été transmis par les Grecs.

Le second livre est consacré aux incisions et aux ponctions. Ici Albucasis insiste sur les mesures de prudence et engage fortement ses élèves à ne jamais céder aux conseils de la cupidité. Plein de bonne foi, de probité et d'expérience, il donne les avis les plus sages, et les appuie sur des exemples tirés de sa propre pratique. Au chapitre dixième, M. Leclerc rapporte en note un fait curieux que nous n'avons encore vu mentionné nulle part : il s'agit de l'anesthésie, formellement conseillée par l'ophthalmologiste arabe Ben-Azzouz, qui veut qu'on *endorme jusqu'à perte de connaissance et de sentiment* les sujets indociles, afin qu'ils ne compromettent pas par des mouvements intempestifs le succès des opérations faites sur les yeux. Il paraît que c'était à l'aide de l'ivraie qu'on obtenait ce sommeil. C'est à la fin du chapitre 23^e^ qu'il est fait mention, comme

Les points les plus cachés ne doivent pas y échapper, mais les plus coupables d'infection ne sont pas tout à fait les mêmes pour le navire du commerce et pour le bâtiment de guerre. Dans le premier, toutes les souillures, celles qui se forment dans l'épaisseur des murailles comme celles qui proviennent du chargement, s'amassent au fond de la cale, les mailles allant jusqu'à la quille, et l'intérieur n'ayant aucun compartiment, aucune cloison, à part les logements de l'avant et de l'arrière, qu'il ne faut pas négliger. Dans le second, au contraire, la cale principale est toujours ouverte, et la propreté s'y fait comme ailleurs ; les fonds sont pleins, et les mailles s'arrêtent à cette partie pleine, déversant leur contenu entre le vaigrage et le lest par des ouvertures auxquelles on donne le nom de *tours-vides*. Mais à l'intérieur existent, comme on sait, des divisions nombreuses, les unes formant les étages ou ponts, les autres les cales secondaires et les soutes, celles-ci closes et servant à loger les vivres, les effets d'habillement, les rechanges, les munitions de guerre, etc. Nous signalons ces circonstances parce que nous pensons que ce n'est pas dans les eaux corrompues ou les matières putréfiées des cales que gît le danger pour la fièvre jaune, malgré les inconvénients qui peuvent s'y attacher, mais bien dans l'atmosphère confinée et sur les parois mêmes des cavités où ne pénètre pas librement l'air extérieur, et qui sont plus nombreuses sur le bâtiment de guerre.

Empressons-nous de reconnaître que toutes ces mesures constituent un régime sanitaire qui n'est pas comparable aux anciennes quarantaines. A l'aide des seules ressources de l'hygiène, elles remédient immédiatement à un mal dont l'extinction douteuse ou fort imparfaite était autrefois presque abandonnée au temps, et elles réalisent bien certainement ainsi ces importants *desiderata* de la santé publique et des intérêts matériels : sécurité, promptitude, économie. M. Mélier, en en faisant le premier l'application au commerce, et bien qu'elles fussent déjà en usage dans la marine de guerre, comme il le reconnaît lui-même, a accompli un progrès notable dans le service dont il a la haute direction.

D[r] DUTROULAU.

(*La suite à un prochain numéro*.)

L'espace nous manque pour apprécier l'intéressant débat qui a eu lieu mardi, entre MM. Ricord, Depaul, J. Cloquet et Devergie, au sujet d'une observation communiquée par ce dernier, et relative à la transmission de la syphilis par la vaccine. Nos lecteurs trouveront, au compte rendu de la séance, un résumé suffisamment étendu de cette discussion. — Ils trouveront aussi l'analyse d'une intéressante et instructive communication de M. le docteur Willemin, inspecteur adjoint des eaux de Vichy, *sur l'absorption, par le tégument externe, de l'eau et des substances solubles.*

Au commencement de la séance, après un rapport de M. Henri Roger, *sur des remèdes secrets et nouveaux*, rapport marqué au coin de l'esprit et du bon sens, et qui continue à cet égard les traditions de M. Robinet, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre dans la section de médecine opératoire. M. Michon, qui avait été placé le second sur la liste de la section, a été élu à la majorité de 44 voix sur 78 votants. Le nombre de voix obtenu par MM. Richet et Broca est suffisant pour marquer dès à présent, et à courte échéance, leur place dans la savante compagnie. A. D.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Séméiologie.

DE L'ALTÉRATION ÉPITHÉLIALE DE LA CONJONCTIVE OCULAIRE DANS L'HÉMÉRALOPIE, par M. J.-A. VILLEMIN, médecin-major de 2[e] classe, répétiteur à l'École impériale du service de santé militaire.

Il est peu d'affections qui aient fait naître autant d'hypothèses et fait surgir plus de théories que l'héméralopie. C'est que les observateurs n'ont signalé jusqu'ici aucune lésion organique capable de servir de point de départ à l'interprétation des phénomènes symptomatologiques auxquels cette maladie donne lieu. D'un autre côté, la physiologie si compliquée et si obscure encore de la vision n'a pu s'harmoniser avec des faits pathologiques très souvent faussés par des théories prématurément construites.

Cependant, dans un intéressant mémoire publié dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1[er] mai 1863), M. le professeur Bitot (de Bordeaux) signale un caractère particulier consistant dans une tache blanche nacrée siégeant sur la conjonctive oculaire, et pouvant servir de signe diagnostique important, s'il était retrouvé, dit-il, par d'autres praticiens.

La lecture de ce travail nous a causé un vif plaisir et peut-être en même temps un léger regret : plaisir de trouver la confirmation d'un fait que nous avions constaté nous-même ; regret d'avoir conservé inédite une note rédigée sur ce sujet dès le mois de juillet 1860 et dont nous avions ajourné la pu-

---

d'une opération nouvelle alors et venant de la Perse, de l'extraction de la cataracte par succion.

Dans le chapitre 43[e], consacré à la trachéotomie, M. Leclerc ne nous paraît pas avoir bien compris le sens de son auteur, qui, d'ailleurs, a pris ce passage dans Paul d'Égine, lequel l'emprunte lui-même à Antyllus. En effet, il dit : « *Dans les affections de la gorge*, il faut s'abstenir d'inciser le larynx, par la raison que toutes les veines du poumon sont malades. » Or, il est évident, par les textes mêmes d'Albucasis et de Paul d'Égine, qu'il s'agit ici, non point des affections *de la gorge*, lesquelles commandent au contraire l'opération, ainsi que la suite le prouve, mais bien des *suffocations* (Synanche) provenant des maladies des poumons qui contre-indiquent la trachéotomie. C'est ce que nous avons clairement démontré dans une note du chapitre 33[e] de notre CHIRURGIE de Paul d'Égine.

Le chapitre 45[e] présente une curieuse observation qui prouve une fois de plus l'habileté des chirurgiens anciens et le soin qu'ils mettaient à ne rien négliger de ce qui pouvait les éclairer. Albucasis conseille de faire avec une aiguille une ponction exploratrice dans le but de préciser le diagnostic des tumeurs enkystées. Il déduit avec une grande sagacité les indications qui résultent de cette exploration, et il se montre véritablement dans ce passage, comme en beaucoup d'autres, un grand et habile chirurgien. C'est donc à tort que beaucoup de médecins croient encore que la ponction exploratrice est un progrès moderne de la chirurgie. Un peu plus loin, au sujet du cancer, il déclare avec une admirable bonne foi qu'il n'a jamais pu en guérir et qu'il n'a vu personne qui en ait guéri.

Au chapitre 59[e] se trouve le fameux passage où il est fait mention du feu grégeois, et au sujet duquel Channing fait si justement la remarque suivante : « Il résulte de ce passage que le feu grégeois, ainsi que l'instrument à l'aide duquel on le projetait sur les ennemis, était généralement connu des Maures et des Arabes. Il paraîtra surprenant que la connaissance d'une invention si dangereuse soit perdue à ce point qu'aujourd'hui on ne sache absolument rien de ce qu'était ce

blication jusqu'au moment où l'occasion nous serait offerte de contrôler nos premières observations.

Cette simultanéité dans la constatation de la tache héméralopique est une présomption de plus en faveur de la relation entre l'existence de ce phénomène et celle de l'héméralopie. Aussi, pour donner plus de poids à la concordance de nos observations avec celles de M. Bitot, nous allons transcrire, sans y rien changer d'important, la note que nous écrivions en 1860.

Dans une petite épidémie d'héméralopie observée sur un bataillon du 10e de ligne, caserné à la citadelle de Strasbourg, nous avons été frappé par la constance d'une tache blanchâtre, brillante, siégeant sur la conjonctive oculaire.

Chez la plupart des individus, le segment, que circonscrivent sur le globe de l'œil les paupières légèrement entr'ouvertes, offre généralement une vascularisation plus marquée que sur le reste de l'organe. Cette partie, se trouvant en effet le plus continuellement exposée à l'action des agents extérieurs, éprouve des irritations répétées qui entraînent des modifications de texture dans les tissus de la conjonctive. Aussi, en dedans et en dehors de la cornée existent ordinairement deux surfaces triangulaires dont les bases s'appuient au cercle cornéal et dont les sommets convergent vers les angles de l'œil, surfaces qui présentent un poli moins parfait, souvent même la saillie plus ou moins prononcée d'une sorte de boursouflement de la muqueuse avec développements de vaisseaux abondants.

C'est sur ces surfaces triangulaires, mais principalement à leurs bases, à l'union de la cornée avec la sclérotique, que nous avons remarqué chez les héméralopes une petite masse blanchâtre ressemblant tout à fait à de la mousse de savon concrète et extrêmement fine.

Cette tache ne se laisse pas mouiller par les larmes pendant le clignement; le liquide glisse et se retire, comme cela se voit sur une tache grasse. Lorsqu'on abaisse la paupière avec le doigt, on constate la même particularité : la tache reparaît aussitôt brillante et non mouillée.

En essayant d'enlever cette substance au moyen d'un léger frottement exercé avec une plume taillée en cure-dent, on en détache les portions superficielles; mais il reste un fond blanchâtre ressemblant à une membrane chagrinée, plissée, adhérant imparfaitement aux parties sous-jacentes.

Cette tache jouit parfois d'une certaine mobilité, qu'il ne faut pas confondre avec celle de la conjonctive sur la sclérotique; on peut l'étaler, pour ainsi dire, en agissant sur elle avec la paupière mue par le doigt, de même qu'on peut la rassembler et lui donner une saillie assez prononcée. Dans cette dernière situation, elle est alors très visible, et, avec beaucoup d'attention, on remarque quelquefois qu'elle se continue sur la cornée en pellicule plus transparente. Mais, dans bien des cas, les taches ne font aucun relief sensible, et se présentent seulement comme de petits îlots sur lesquels les larmes ne prennent pas. Aussi, pour bien les voir, il faut ordinairement se placer obliquement; alors elles tranchent par un aspect mat sur le vernis humide et scintillant de l'œil.

Sur certains malades, la cornée est légèrement opaline à sa jonction avec la sclérotique; elle présente là un anneau ordinairement incomplet qui rappelle l'arc sénile, mais d'une opacité moindre.

Dès que notre curiosité a été éveillée par l'observation de ces taches, que nous retrouvions chez tous les héméralopes, nous avons poursuivi l'étude de ce processus au moyen du microscope; mais, avant d'entrer dans ces détails, qu'on nous permette de rappeler ici en quelques mots la structure de l'hémisphère antérieur du globe oculaire.

La cornée et la sclérotique se fondent l'une avec l'autre, sans autre ligne de démarcation que celle qui résulte de la différence dans le nombre et l'agencement des éléments cellulaires et fibreux qui les composent; mais la muqueuse qui revêt ces membranes se comporte différemment à l'égard de chacune d'elles.

Sur la sclérotique repose un derme muqueux qui se réfléchit sur les paupières, et qui en avant s'amincit et se termine brusquement en s'insérant à un liséré amorphe qui passe audevant de la cornée. Sur cette membrane muqueuse proprement dite, dans laquelle rampent des vaisseaux nombreux, repose un épithélium stratifié mesurant de 0mm,05 à 0mm,01 d'épaisseur, et qui se continue sur la cornée transparente.

Ce feuillet épithélial a une très grande analogie avec l'épiderme, et en général avec celui des muqueuses qui confinent la peau, telles que celles de la bouche, du canal de l'urèthre, etc. Les cellules profondes de cet épithélium sont oblongues et placées de champ; les superficielles sont des lamelles aplaties analogues à celles de la couche cornée épidermique; les cellules intermédiaires se rapprochent de la forme sphérique ou polygonale. Toutes sont pourvues d'un noyau.

La conjonctive de la cornée est donc restreinte à la couche épithéliale seule, appliquée sur un liséré amorphe, tandis que celle qui recouvre la sclérotique se compose du même feuillet épithélial et d'une muqueuse proprement dite (1).

Les rayons lumineux qui doivent arriver à la rétine ont donc à traverser les enveloppes suivantes : 1° une couche épithéliale stratifiée; 2° la cornée avec deux lisérés anhistes, l'un antérieur, l'autre postérieur; 3° enfin le revêtement épithélial postérieur de la cornée, composé d'une couche unique de cellules. Cette dernière forme, avec le liséré sur lequel elle repose, la membrane de Demours ou de Descemet.

(1) Voy. nos dessins du *Précis d'histologie*, par C. Morel. Paris, J.-B. Baillière (2e édition, sous presse).

---

feu grégeois. La poudre à canon en a fait perdre l'usage et jusqu'au souvenir. »

Le chapitre 60e, sur la lithotomie, mérite une mention spéciale. On y trouve, en effet, très bien indiqué un procédé de lithotritie. Il est vrai qu'il ne s'agit là que des calculs arrêtés dans le canal de l'urèthre. Mais tout le monde connaît un autre passage plus explicite du même auteur, où il dit qu'après avoir introduit un instrument subtil dans le conduit uréthral on fait tourner le calcul *dans la vessie, et on le brise* s'il est friable. Au reste, il existe bien d'autres traces de la lithotritie dans des auteurs anciens, et nous nous occupons depuis longtemps à réunir ces documents, à l'aide desquels nous espérons démontrer que le broiement de la pierre dans la vessie était assez communément pratiqué autrefois en Orient, et que c'est une réinvention qui en a été faite de nos jours. Nous avons publié un de ces documents dans la Gazette hebdomadaire, il y a quelques années (t. V, n° 9).

Le livre troisième de la Chirurgie d'Albucasis est consacré aux fractures et aux luxations. L'auteur déplore que cette partie de la science médicale soit revendiquée par d'ignorants médicastres, par des profanes qui n'ont jamais jeté les yeux sur les livres des anciens et n'en ont lu un mot : « Aussi, dit-il, cette branche de la science est-elle tombée chez nous à ce point que je n'ai pu rencontrer quelqu'un qui y excellât. Ce que j'en sais, je le dois uniquement à la lecture assidue des livres des anciens, à mon désir de les comprendre et de m'en approprier la science, puis j'y ai ajouté l'observation et l'expérience de toute ma vie. »

Dans la description de chaque fracture ou luxation, Albucasis est fidèle au programme qu'il vient de tracer : il suit presque mot à mot les écrits des Grecs, et ne manque pas de joindre à ses préceptes la figure des instruments et appareils nécessaires à la réduction et à la contention des os fracturés ou déplacés. Ces dessins ou illustrations, comme nous dirions aujourd'hui, ont puissamment servi à bien faire comprendre les textes des

Chez l'adulte et à l'état normal, toutes ces parties sont généralement dépourvues de vaisseaux, excepté vers la circonférence de la cornée, où l'on trouve quelques capillaires très fins.

Ces différentes membranes composent un appareil dioptrique parfait, et l'on comprend qu'il puisse résulter des troubles dans le passage de la lumière si quelques changements surviennent dans leur composition.

Cela dit, revenons à l'héméralopie.

En raclant légèrement avec un cure-dents la surface de la tache héméralopique, on enlève facilement une petite masse blanche qui, mise sous l'objectif, apparaît composée exclusivement de graisse en nappe et en globules, mêlée à des lames graisseuses ayant l'aspect des productions épidermiques en voie de dégénérescence régressive. L'idée que ce produit pouvait naître des cellules épithéliales de la conjonctive nous est venue naturellement à l'esprit, tout en faisant la part dans l'accumulation de cette graisse de la sécrétion des glandes de Meibomius.

Négligeant les parties de la tache qui se détachaient avec facilité et raclant des portions plus adhérentes, nous ramenons de véritables cellules lamelliformes graisseuses, les unes possédant encore un noyau plus ou moins altéré lui-même, les autres en étant dépourvues.

En pratiquant la même manœuvre sur la cornée, on entraîne, quoique moins abondamment, des cellules offrant une altération identique. On détache même parfois des plaques entières d'épithélium.

Du reste, sur certains sujets, on peut s'apercevoir que la cornée a perdu de sa transparence: elle est un peu nébuleuse; l'œil n'a plus la limpidité de l'état normal.

Si l'on examine des larmes d'héméralopes, on constate une grande quantité de débris graisseux, dont une certaine quantité provient sans doute des glandes de Meibomius; mais on retrouve des cellules de la conjonctive atteintes de dégénérescence.

Il faut se garder de prendre comme venant de la conjonctive des noyaux et de petites cellules (globules muqueux) plus ou moins abondants, finement granulés, et qui sont un produit des glandes muqueuses de la caroncule lacrymale.

La plupart des cellules qui se desquament ainsi sont de grande dimension et appartiennent à la couche superficielle du revêtement épithélial; cependant on en détache quelquefois de petites, qui sont assez altérées pour faire supposer que la dégénérescence atteint les couches d'une certaine profondeur.

On pourrait peut-être s'expliquer maintenant comment les taches héméralopiques se présentent parfois sous la forme de pellicules ridées. Les lamelles d'épithélium hypertrophié et graisseux, ayant perdu leur élasticité, ne s'appliquent plus exactement aux couches sous-jacentes. Alors les paupières, dans leurs mouvements, poussent devant elles, en allant l'une vers l'autre, ces membranules, qui se plissent nécessairement à la ligne de rencontre.

D'un autre côté, le clignement détache les cellules, les brise, les agglutine, les mêle à la sécrétion des glandes de Meibomius, et donne lieu à ce magma graisseux qui vient adhérer à l'endroit où le globe oculaire a perdu son poli. Le matin, au réveil, une humeur puriforme s'écoule quelquefois des yeux des malades lorsque les paupières s'entr'ouvrent; ce liquide n'est, pour ainsi dire, qu'une sorte d'émulsion formée par la graisse et les larmes.

Les taches mates, qui ne présentent pas de relief, sont sans doute produites seulement par les cellules superficielles graisseuses restées à demeure, lesquelles résistent pendant un certain temps à la desquamation, et ne se laissent plus imbiber par le liquide lacrymal.

Observée dans d'autres tissus, la métamorphose graisseuse se révèle comme le dernier terme de l'évolution d'un processus pathologique qui débute par une hypertrophie des éléments cellulaires avec trouble de leur contenu. Tant que l'altération n'a pas dépassé cette première phase, la rétrocession du processus peut avoir lieu, les éléments sont encore susceptibles de revenir à leur état normal. Mais dès qu'il s'est opéré en eux une séparation entre les principes protéiques et les principes hydrocarbonés, que la graisse apparaît sous forme de perles brillantes, le rôle physiologique des cellules a cessé: elles sont mortes pour l'organisme; elles se détachent et s'éliminent si elles reposent sur des surfaces libres. Or, l'épithélium situé au-devant de la cornée transparente peut bien n'atteindre que ce premier degré, la tuméfaction opaque suffisant pour expliquer la perte de ses propriétés dioptriques. D'un autre côté, l'altération procédant de dehors en dedans, les cellules superficielles qui sont arrivées au dernier terme de leur évolution pathologique, peuvent se détacher par le clignement et être entraînées au fur et à mesure par les larmes, dans lesquelles on les retrouve.

D'après ce qui précède, sommes-nous autorisé à conclure que la lésion organique de l'héméralopie consiste dans la dégénérescence et la desquamation de l'épithélium de la conjonctive? Ou bien cette altération ne serait-elle qu'un fait concomitant sans importance dans la diminution de la puissance visuelle des héméralopes? On comprend facilement, ce nous semble, que cette couche épithéliale puisse, lorsqu'elle est ainsi altérée, former une sorte de vernis gênant d'une manière notable la pénétration des rayons lumineux; ce serait comme un verre dépoli qui ne laisserait plus passer les rayons réfléchis par les objets faiblement éclairés.

Si la lésion épithéliale était acceptée comme le caractère anatomique constant de l'héméralopie, rendrait-elle compte des symptômes de la maladie? Nous le croyons.

---

anciens et jette une grande clarté sur leurs descriptions écrites.

M. le docteur Leclerc a enrichi sa traduction d'un grand nombre de notes, dont quelques-unes offrent beaucoup d'intérêt; mais il n'a pas dit son dernier mot sur Albucasis: il nous promet d'entreprendre une étude sérieuse sur la vie et les ouvrages de ce chirurgien aussitôt qu'il aura pu recueillir des matériaux suffisants. En attendant ce travail complémentaire, rendons-lui grâce de nous avoir rendu facile la lecture d'un auteur qui a tant servi à régénérer la chirurgie dans l'Europe occidentale, à une époque où les Grecs étaient très incomplétement connus. On peut dire que ses écrits furent véritablement livrés au pillage par les maîtres en chirurgie des XIII^e et XIV^e siècles; et cependant ceux qui s'enrichirent ainsi de ses dépouilles n'indiquèrent pas même la source où ils puisèrent à pleines mains. La publication de M. Leclerc permettra de rendre à chacun la justice qui lui est due. Ajoutons que la traduction de notre confrère de l'armée est claire, précise, et dénote chez lui une érudition aussi judicieuse que bien ordonnée, qualité précieuse et encore plus rare qu'on ne le pense généralement.

Nous aurons cependant une critique à lui adresser, mais elle s'applique uniquement au caractère extérieur de son livre. Il a été imprimé à Alger, et nous devons dire qu'il ne fait point honneur à la typographie de notre colonie africaine. Outre que la correction du texte laisse beaucoup à désirer, le papier, les caractères, la forme, tout ce qui concerne, en un mot, les détails de la composition typographique, est de beaucoup inférieur à ce que nous sommes accoutumés à voir à Paris. Il est regrettable qu'un aussi excellent travail soit dépourvu de ces qualités extérieures qui contribuent à rendre agréables la lecture et la possession d'un livre.

D^r René Briau.

Et d'abord il ne faut pas admettre, suivant certaines définitions, que les sujets atteints de cette affection jouissent toujours de l'intégrité parfaite de la vue pendant le jour, tandis que la disparition du soleil de l'horizon les plonge dans une obscurité absolue. Non, les héméralopes sentent les défectuosités de leur vue, dès que les objets ne sont plus baignés par une suffisante quantité de lumière. Dans une chambre peu éclairée, dans un couloir obscur, ils y voient peu ou pas du tout. Ils voient à peine quelquefois pendant des jours très sombres où le soleil est fortement obscurci par d'épais nuages (1).

Dans une chambre artificiellement éclairée au moyen d'une chandelle, ils ne peuvent distinguer les objets, mais ils aperçoivent la lumière sous l'aspect d'une teinte rougeâtre.

Pendant le jour et dans un lieu obscur, les malades voient les objets enveloppés d'un nuage, ils se plaignent d'avoir la vue gênée par une sorte de voile dont ils essayent de se débarrasser en se frottant les yeux ; ils perçoivent véritablement sensation de quelque chose d'étranger, d'opaque, qui assombrit le champ de la vision et dont ils rapportent le siége sur l'œil.

Cette sensation singulière et les circonstances dans lesquelles la vue fait défaut aux héméralopes, s'expliqueraient, nous le croyons, par l'altération du revêtement épithélial de la cornée. En outre, la pupille se trouve dans un état de dilatation exagérée comme si elle essayait de compenser par le nombre la diminution d'intensité des rayons lumineux.

Les héméralopes éprouvent le besoin de cligner les paupières plus souvent qu'à l'état ordinaire. Cette nécessité ne trouverait-elle pas son explication dans les changements survenus dans la surface de l'œil? Le clignement est un phénomène réflexe qui a son point de départ dans la sensibilité de la conjonctive. Les yeux sont ordinairement larmoyants et la sécrétion des larmes a aussi son incitation dans les impressions qu'éprouve la muqueuse oculaire.

Celle-ci est souvent un peu injectée, ce qui s'expliquerait par l'état d'inflammation de l'épithélium, inflammation qui se communiquerait peut-être à la muqueuse proprement dite, ou qui déterminerait de l'hypérémie simple. De même que l'on voit des affections bornées à l'épiderme provoquer une vascularisation plus ou moins prononcée dans le derme.

Ceci nous conduit à voir une certaine analogie entre la lésion héméralopique et certaines desquamations épidermiques, comme le pityriasis, je suppose.

Nous n'accordons pas à toutes ces explications plus d'importance qu'elles n'en méritent. Ce sont des déductions, des interprétations susceptibles d'être vraies, mais qui cependant peuvent varier et changer. L'essentiel, pour le moment, c'est que le fait sur lequel elles s'appuient se confirme et se rectifie, s'il s'est glissé dans ses particularités des erreurs d'observation.

L'héméralopie, c'est-à-dire l'*inaptitude à percevoir les faibles quantités de lumière* (Netter, *loc. cit.*), n'est pas, croyons-nous, une espèce morbide toujours identique avec elle-même ; elle reconnaît sans doute des causes diverses, et son mécanisme pathogénique n'est vraisemblablement pas le même dans tous les cas. Tout trouble qui atténue la vivacité de l'impression des rayons lumineux sur la rétine nous paraît susceptible de produire l'héméralopie. Aussi nous pensons que la lésion organique que nous venons de décrire, si tant est qu'elle soit la cause de l'obscurcissement de la vue chez les héméralopes, ne s'observe que dans l'héméralopie épidémique, affection ordinairement éphémère. Ces héméralopies chroniques qui conduisent à l'amaurose, ainsi que les héméralopies congénitales, ont probablement un autre mode de production.

Voilà ce que nous écrivions en 1860. C'est conforme, dans les faits, à ce qu'a relaté M. le professeur Bitot ; aussi il est à croire que nos observations se confirmeront, et que la question de l'héméralopie, prenant appui sur des faits matériels et palpables, sortira un peu du domaine de l'hypothèse pure et se débarrassera de cette teinte de surnaturalisme qui choque tout esprit rigoureux.

(1) M. Netter, dans un judicieux travail, a fait justice de toutes ces idées bizarres sur la périodicité dans l'héméralopie : *Des cabinets ténébreux dans le traitement de l'héméralopie*. Paris, Germer Baillière, 1863.

Syphiliographie pratique.

SUR LA FORME DE LA LÉSION INITIALE DE LA SYPHILIS, ET SUR LA SIGNIFICATION ÉTIOLOGIQUE ET PRONOSTIQUE DE CETTE FORME, par M. P. DIDAY (1).

La lésion initiale, primitive, a-t-elle une forme identique dans tous les cas de syphilis acquise, ou bien existe-t-il parmi les lésions primitives deux classes à part méritant chacune un nom distinct?... Oui et non. Oui, il y a réellement, on observe souvent des extrêmes tellement tranchés qu'une même dénomination ne saurait leur être applicable. Mais non, il ne serait pas possible, sans violenter la nature, de distribuer tous les cas de lésion primitive dans l'une ou dans l'autre classe. Entre les extrêmes on voit des intermédiaires qui rappellent au théoricien le plus tenté de l'oublier que ces produits, en apparence si dissemblables, procèdent tous de la même origine.

Or, quand sans parti pris doctrinal, sans souci des conséquences que pourrait porter un aveu, quand en clinicien, c'est-à-dire empiriquement, on examine chez un grand nombre de syphilitiques leur lésion primitive, que voit-on?

On voit d'abord qu'elle est loin de présenter chez tous un aspect, une évolution identiques. La différence, tantôt légère, tantôt très accentuée, existe, soit pour la durée de l'incubation, soit pour la durée de l'état papuleux qui précède l'ulcération, soit pour la profondeur (pour l'existence même) de cette ulcération, soit pour l'étendue et le degré de consistance de l'induration ambiante.

Mais remarquez-le, ces traits distinctifs ne sont pas arbitrairement épars, la longue papulation, par exemple, se trouvant dans un cas associée à une forte induration, ou l'ulcération profonde se montrant dans un chancre qui a très-longtemps incubé... Non, les caractères *en moins* existent en général tous ensemble, de même que les caractères *en plus*. De telle sorte que, en les groupant (comme on les voit si souvent groupés chez les malades), on est conduit par l'observation la plus indépendante à décrire deux formes de lésion primitive, savoir :

L'une, l'érosion chancriforme, où, après une longue incubation, apparaît une papule restant longtemps sous forme d'une élevure cuivrée, sèche ; se desquamant ensuite, plus tard se couvrant d'une croûte ou plutôt d'une écaille mince. Celle-ci persiste ou se détruit, selon que le siége de la lésion est à l'air libre ou à l'abri de l'air. Sous la squame existe une surface rosée à peu près de niveau avec la peau voisine, fournissant un faible suintement séreux. La base est légèrement indurée, comme parcheminée ; les ganglions lymphatiques correspondants sont durs, indolents.

Dans la seconde forme, — vrai chancre, — moins de temps s'écoule entre l'action de la cause contagionnante et le début d'une lésion visible. Celle-ci passe rapidement à l'état d'ulcère. Cet ulcère, sécrétant un liquide moins séreux, plus abondant, s'étend en largeur et en profondeur. Il y a dépression, véritable perte de substance. Une induration large et consistante en occupe la base. Même état des ganglions.

On a fait, je dois le reconnaître, de vigoureux efforts pour maintenir *l'unité symptomatologique du chancre*. Des arguments incisifs, de laborieux commentaires se sont produits pour m'amener à une concession que j'avais faite d'avance, mais que l'observation m'interdisait de compléter au gré de certains désirs doctrinaux. Pour moi, la lésion primitive, quelle que

(1) Extrait des *Leçons sur l'histoire naturelle de la syphilis*, qui doivent paraître dans la première quinzaine de mai, chez Asselin, libraire, place de l'École-de-Médecine.

soit son origine, quelle que doive être la force de la syphilis dont elle est le premier indice, la lésion primitive, dis-je, a plusieurs traits qui sont *toujours* identiques. Toujours elle incube, toujours elle apparaît sous la forme d'une papule qui ultérieurement s'érode; toujours elle s'accompagne d'adénopathie; toujours elle précède de plusieurs semaines l'invasion des symptômes généraux. Mais à part ces caractères, — caractères d'évolution plus que de forme, — je persiste, dût-il en ceci ne me rester à l'Antiquaille d'autre allié que les syphilitiques, — je persiste à dire que les lésions primitives, que les *chancres* sont extrêmement loin de se ressembler chez tous les sujets.

En voulez-vous des preuves? Regardez autour de vous, messieurs, je ne vous demande rien autre chose que de fermer les oreilles et d'ouvrir les yeux. Examinez non-seulement les malades, mais les écrits spécialement publiés, pour soutenir la doctrine du *chancre toujours et partout identique*. Et lorsque vous y voyez, par exemple, le mot *induration* manquer huit fois sur treize, dans le relevé d'observations recueillies expressément pour prouver que tous les caractères du chancre existaient chez ces treize malades, vus par l'auteur lui-même;

Lorsque, dans une thèse de la même école, vous trouvez le mot *ulcération* ajouté sans façon à la traduction d'un texte allemand;

Lorsque surtout, à propos de quelques cas de vérole d'origine secondaire, vous y lisez ceci: « Les enfants des nourrices furent infectés. Qu'eurent-ils? Des chancres infectants des lèvres, provenant du chancre infectant du mamelon. L'auteur *ne note pas* ce chancre spécial aux lèvres; cependant les choses *n'ont pu* se passer autrement... »;

Lorsque, en preuve de la virulence d'un ulcère, vous entendez alléguer *sa largeur*, largeur tenant uniquement à ce que cet ulcère résultait de la réunion de quatorze inoculations contiguës;

Lorsque, toujours dans cette vue, on vous présente comme « pouvant loger un œuf de pigeon » un ulcère, également dû à quatorze inoculations, dont l'auteur allemand dit seulement que « sa base avait les dimensions d'un œuf de pigeon... »; lorsque vous observez de pareils écarts dans la marche scientifique d'hommes d'ailleurs judicieux, savants, considérables, éminents; concluez, et dites si le spectacle de ce parti pris qui argue d'une induration absente ou d'un chancre *qui a dû* exister ne vous renvoie pas forcément, je ne dis point à ma doctrine à moi, mais à la nature, ce grand arbitre entre toutes les doctrines!

A côté de la preuve, voulez-vous la contre-épreuve?... C'est assez ma manière, et cette fois j'y cède encore plus volontiers, puisque j'ai à ma disposition non pas seulement des faits cliniques épars, comme je vous en ai déjà cité dans ma première leçon, comme je pourrais les multiplier par centaines, mais deux faits observés dans le même hôpital, à la même clinique.

Le 6 mai 1861, je montai à l'Antiquaille pour prier mon cher et savant collègue M. Rollet de me faire un chancre mixte, comme il a si lumineusement prouvé que la chose est possible en déposant du pus de chancrelle à la surface d'un chancre.

Il s'agissait donc de trouver d'abord le chancre sur lequel cette inoculation serait faite, et pour cela nous nous mîmes, M. Bouchard, alors interne, et moi, à chercher dans les salles.

Nous en examinâmes d'abord un, situé sur le reflet, dur, à bords non taillés à pic, il est vrai, mais creusé à sa surface d'une excavation de 2 à 3 millimètres de profondeur, et sécrétant une matière jaune et épaisse. Je récusai celui-ci comme offrant déjà, à quelques égards, l'aspect d'un chancre mixte, ou chancre chancrellé. Il m'échappa même de dire à M. Rollet que cet ulcère me semblait mal choisi pour l'expérience que nous projetions, puisque l'inoculation du pus chancrelleux n'y pourrait rien faire de plus que ce qui y existait déjà. — Il n'était cependant pas chancrellé, car, quatre jours auparavant, du fluide pris sur cet ulcère (offrant alors le même aspect) avait été inoculé au malade même, et l'inoculation n'avait pas réussi. Donc ce n'était pas un chancre mixte; mais je signale la méprise où je fus sur le point de tomber pour vous faire remarquer que, outre sa dureté si caractéristique, ce chancre offrait une ulcération et une sécrétion des plus manifestes.

Cherchant plus loin, M. Bouchard et moi, nous trouvâmes sur un autre malade un chancre du reflet, datant de trois semaines. Je dis *chancre*, mais je le dis d'après la théorie, car nous ne vîmes là qu'une écaille mince et sèche recouvrant une plaque large de 4 à 5 millimètres. La consistance parcheminée de sa base et la pléiade ganglionnaire inguinale concomitante nous firent seules diagnostiquer une lésion primitive de syphilis. (Ce malade ne put se rappeler positivement de quelle femme il tenait son mal.)

Je fis plonger la verge pendant quelques minutes dans un verre d'eau, et, après avoir détaché l'écaille, nous vîmes une surface rouge, simplement humide plutôt que couverte d'un liquide qu'on pût recueillir en quantité perceptible. Cette surface était parfaitement de niveau avec la peau du voisinage.

C'est sur cette surface que fut déposé le pus de chancrelle. — Mais les suites de l'expérience ne sont pas ce qui nous intéresse en ce moment. Je n'ai voulu, en vous citant ces deux exemples, que vous faire, en quelque sorte, toucher de l'œil et du doigt les différences saillantes que l'on rencontre souvent entre les diverses lésions primitives. J'ai voulu, en somme, à côté d'un cas de *chancre type*, vous montrer un cas non moins tranché d'*érosion chancriforme*.

Ainsi l'érosion chancriforme, sans constituer une espèce morbide, distincte, sans être rien de plus qu'une nuance de forme, correspondant à un degré d'intensité virulente, mérite d'être étudiée à part.

D'abord, elle a une double origine, car elle peut être produite, soit par le contact d'une lésion secondaire, soit par le contact d'une érosion chancriforme.

C'est l'érosion chancriforme qui propage le plus de véroles. Étudiée comme agent de contagion, on ne peut nier qu'elle n'offre toutes les qualités requises pour bien jouer ce rôle. Véritable lésion primitive, elle recèle, à ce titre, un pouvoir contagieux sinon égal à celui du vrai chancre, du moins supérieur à celui des lésions secondaires.

Puis, remarquons-le, l'érosion chancriforme est indolente, superficielle, peu étendue, souvent ignorée ou prise pour un insignifiant bouton, souple (du moins comparativement au vrai chancre induré). En faut-il davantage pour que celui qui la porte ne trouve dans sa présence aucun obstacle à aucune espèce, à aucune multiplicité, à aucune prolongation de rapports sexuels? — Au contraire, le vrai chancre, le chancre huntérien, excavé, large, saignant au contact, à base inflexible, avertit si vite et si haut, le cas échéant, sa victime d'ajourner les plaisirs où il a pris naissance, que sa voix ne saurait être méconnue.

Il était donc tout naturel que l'*érosion chancriforme* fût, parmi les lésions primitives, la plus fréquente. C'est ce qui existe, en effet. Sur 311 cas de syphilis, M. Bassereau a constaté que la lésion primitive fut 137 fois un chancre et 174 fois une *érosion chancreuse* (nom qu'il donne à ce que nous appelons érosion chancriforme).

(La suite prochainement.)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 MAI 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

PALÉONTOLOGIE. — *Note sur deux articulations ginglymoïdales nouvelles existant chez le Glyptodon, la première entre la deuxième*

et la troisième vertèbre dorsale, la seconde entre la première et la deuxième pièce du sternum, par M. *Serres*. — En dehors des articulations spéciales de l'occipital avec l'atlas, de l'atlas avec l'axis, la colonne vertébrale des mammifères n'est mobile sur aucun autre point de son étendue.

Une exception très-remarquable à cette règle générale se rencontre chez le Glyptodon.

Chez cet animal fossile, de la famille des Édentés, animal déjà si singulier par la vaste carapace qui le recouvre presque entièrement, il existe une articulation ginglymoïdale entre la deuxième et la troisième vertèbre dorsale, articulation qui permettait un mouvement de flexion de la région cervicale et de la tête sur cette partie de la colonne vertébrale.

Chez le même animal, la pièce supérieure du sternum offre dans son bord inférieur une double facette articulaire concave qui lui servait de moyen d'union avec la grande pièce inférieure du même os, qui doit offrir deux surfaces convexes s'adaptant avec les deux précédentes pour permettre le mouvement de flexion indiqué. Cette articulation sternale, qui n'a rien d'analogue chez les mammifères vivants, correspond à l'articulation vertébrale, et sa présence avait pour effet de permettre une flexion de la pièce supérieure du sternum sur sa pièce inférieure, mouvement de flexion qui, concordant avec celui de la colonne vertébrale, agissait sur les médiastins antérieur et postérieur sans compromettre l'action des viscères logés dans la partie supérieure de la poitrine.

Physiologie. — M. *Husson* adresse un nouveau mémoire *sur la quantité d'air indispensable à la respiration durant le sommeil.*

Ce travail, qui résume et complète deux précédentes communications de l'auteur, séances du 19 janvier et du 2 mars 1863, est renvoyé à l'examen des commissaires alors désignés : MM. Payen et Longet.

Prix Ernest Godard. — M. *le ministre d'État* transmet l'ampliation d'un décret rendu sur sa proposition, en date du 6 mai courant, à l'effet d'autoriser l'Académie à accepter le legs d'une rente de 1000 francs instituée par feu M. le docteur *Godard*, pour la fondation d'un prix qui sera décerné chaque année à l'auteur du meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes urinaires.

M. *le Secrétaire perpétuel*, après avoir donné lecture de ce décret, communique une lettre de M. *Charles Robin*, professeur à la Faculté de médecine et exécuteur testamentaire de feu M. *Ernest Godard*, qui, au nom de la famille du défunt, annonce que le capital de cette rente de 1000 francs sera à la disposition de l'Académie du moment qu'elle aura reçu de l'État l'autorisation d'accepter le legs.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 MAI 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans les départements du Lot et des Pyrénées-Orientales. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Onze rapports d'eaux minérales pour l'année 1861, par MM. les docteurs *Perelli, Lebret, Chabraud, Alquié, Périer, Vidal, Rérolle, Reullié, Grazietti, Lapeyre, Crouzet* et *Tillot*. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Padioleau* (de Nantes), relative à la fièvre jaune. (*Commission de la fièvre jaune.*) — *b*. Un travail sur les eaux sulfureuses désulfurées naturelles, par M. le docteur *Puig* (d'Olette). (*Même commission.*) — *c*. Un pli cacheté adressé par M. le docteur *Jutet* (de Lyon). (*Accepté.*)

Le docteur *Willemin*, inspecteur adjoint des eaux de Vichy, a adressé à l'Académie de médecine la conclusion d'un travail ayant pour titre : Recherches expérimentales sur l'absorption, par le tégument externe, de l'eau et des substances solubles.

Ses expériences ont été faites à l'aide de bains tièdes, de 31 à 34 degrés, et diversement composés. On a noté la hauteur barométrique, la température et l'humidité du cabinet du bain, ainsi que la tension de la vapeur, comparées à celles de l'air extérieur. Les personnes soumises à l'expérience étaient pesées immédiatement avant et après le bain, à l'aide d'une balance romaine, qui, chargée, était toujours sensible à 10 grammes. Elles urinaient avant la première pesée et après la seconde; on notait le pouls à l'entrée et à la sortie du bain.

Pour le dosage des éléments de l'urine et notamment de l'urée, de même que pour la recherche dans ce liquide des substances introduites dans le bain, M. Willemin a eu le concours d'un habile chimiste, M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital civil de Strasbourg.

M. Willemin a fait d'abord deux expériences sur lui-même; il a eu recours ensuite à sept étudiants en médecine, dont chacun s'est prêté à un certain nombre d'expériences; celles-ci ont formé un total de vingt-six; deux adultes en bonne santé ont pris chacun un bain. Enfin, neuf malades ont pris dix-sept bains simples ou minéralisés. Il s'appuie donc sur le résultat de cinquante-cinq expériences.

Voici ses conclusions :

Dans un bain tiède, à la température de 31 à 34 degrés, la peau paraît absorber de l'eau.

On retrouve dans l'urine, en petite quantité, des substances solubles introduites dans le bain, telles que l'iodure et le cyanure de potassium.

La densité de l'urine diminue après un bain tiède, sans que la quantité de ce liquide paraisse augmentée.

Généralement, après un bain simple pris en état de santé, la réaction de l'urine change; d'acide elle devient neutre ou alcaline.

Après un bain alcalin, elle reste le plus souvent acide; après un bain acide, elle devient alcaline.

La proportion de l'urée, dans les conditions normales, diminue constamment à la suite d'un bain simple ou minéralisé.

Les matières solides, notamment le chlorure de sodium, diminuent également dans le plus grand nombre des cas.

L'absorption est sujette à varier beaucoup, soit chez la même personne, soit chez des individus placés dans les mêmes conditions physiques.

Toutes choses égales d'ailleurs, le bain d'eau semble favoriser moins l'absorption que le bain minéralisé.

L'activité de cette fonction paraît augmenter avec la pression barométrique et la sécheresse de l'atmosphère.

Un état de fatigue et d'agitation semble également la rendre plus active.

Immédiatement après une transpiration forcée, l'absorption paraît ne point se faire : si donc elle est en rapport avec le phénomène inverse de l'exhalation, si elle augmente proportionnellement à celle-ci, les deux phénomènes, dans ce cas particulier, ne se succèdent pas sans intervalle.

En faisant l'application de ces résultats à la pratique de la médecine hydrominérale, on doit conclure qu'il ne faut pas se présenter au bain aussitôt après un exercice violent qui a activé la transpiration; il faut auparavant un temps de repos suffisant pour que le mouvement imprimé à l'exhalation ait complétement cessé.

Il serait préférable aussi, pour favoriser l'absorption, conformément aux règles établies par l'usage, de se baigner par un temps sec.

Les variations continuelles, et souvent inattendues, de l'absorption autorisent à conclure qu'elle n'est pas seulement sous la dépendance des conditions physiques; c'est une fonction éminemment vitale et qui varie surtout avec les différents états de l'organisme.

Puisque l'on a retrouvé dans l'urine des substances solubles

introduites dans les bains, il est légitime d'en inférer qu'ils agissent par le passage de ces substances dans l'organisme.

Nous ne nions pas toutefois que ces bains ne puissent exercer sur l'économie une autre action bien moins démontrée, qui dépendrait de leurs conditions physiques, et dont le système nerveux serait l'intermédiaire.

M. *Wurtz* présente, au nom de M. *Eugène Caventou*, un travail imprimé sur le bromuro de butylène bibromé et ses isomères, et sur un nouvel hydrogène carboné.

M. *Métier* fait hommage, au nom de M. le docteur *Alvarenga*, d'une thèse de concours, soutenue à l'École de médecine de Lisbonne, sur la physiologie de la moelle épinière.

M. *Tardieu* dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur *Pénard*, le *Compte rendu des travaux du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de Seine-et-Oise pour les années* 1861 *et* 1862.

M. *Larrey* présente, au nom de M. le docteur *Heyfelder*, un Traité des résections, traduit de l'allemand par M. le docteur *Eugène Bœckel*.

Lectures.

M. *H. Roger*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture de plusieurs rapports officiels dont les conclusions négatives sont adoptées.

M. *Tardieu*, à l'occasion de certains délits d'exercice illégal de la médecine signalés dans ces rapports, demande que de semblables faits soient déférés, comme de droit, à M. le ministre de la justice.

M. *le Président* invite la commission des remèdes secrets et nouveaux à prendre en considération la proposition de M. Tardieu.

Élections.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la *section de pathologie chirurgicale.*

M. *Rayer* ayant déposé son vote avant le scrutin, l'Académie, consultée sur la validité de cet acte, le déclare contraire aux règlements, nul et non avenu.

La liste de présentation, dont M. le président donne lecture, porte : en première ligne, MM. Broca et Richet; en deuxième ligne, M. Michon; en troisième ligne, M. Legouest; en quatrième ligne, M. Follin; en cinquième ligne, M. Morel-Lavallée.

Le nombre des votants étant 78 et la majorité 40, M. *Michon* obtient 44 voix; M. *Richet*, 19; M. *Broca*, 13; M. *Morel-Lavallée*, 1; M. *Legouest*, 1.

M. *Michon*, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

— M. *le Président* déclare une place vacante dans la section d'accouchements.

Lecture.

Syphilis communiquée par la vaccine. — M. *Devergie* lit une note intitulée : Syphilide tuberculeuse généralisée chez un enfant de quinze ans, avec présomption d'infection par la vaccine inoculée de bras a bras a l'hôpital Sainte-Eugénie.

Obs. — S... (Désiré-Alfred), âgé de quinze ans, ébéniste, entré le 11 mars 1863 à Saint-Louis. Père mort d'une blessure; mère très-bien portante. Sept mois auparavant, Désiré-Alfred avait été reçu dans le service de M. Barthez, à l'hôpital Sainte-Eugénie, pour une pleurésie : il était sorti guéri au bout de vingt-trois jours. Huit ou dix jours après son entrée à Sainte-Eugénie, on lui inoculait, par deux piqûres au bras droit, du vaccin pris sur le bras d'un enfant à la mamelle. Un certain nombre d'enfants fut vacciné le même jour avec le vaccin de la même provenance. La lancette qui avait servi à cette vaccination était exclusivement affectée à cet usage, comme il résulte de la déclaration de M. Fritz, interne du service.

Trois jours après la vaccination, petite croûte brune sur les piqûres. La croûte s'élargit, la peau devient rouge; mais l'enfant ne s'en préoccupe nullement, et ne fait pas examiner son bras avant sa sortie de l'hôpital, ni pendant son séjour à la maison de convalescence. Et cependant, durant ce temps, non-seulement la rougeur primitive avait persisté, mais elle s'était étendue, sans que l'enfant en éprouvât d'ailleurs d'incommodité.

Cinq ou six semaines après, éruption de boutons aux bras et aux cuisses; épaississement de la peau au niveau de la plaque colorée du bras; deux nouvelles poussées de boutons plus étendues; enrouement vers le troisième mois; douleurs ostéocopes et rhumatoïdes.

A l'entrée du malade à Saint-Louis (11 mars), éruption papuleuse généralisée; impétigo de forme elliptique à la lèvre supérieure; trois tubercules assez récents et indurés sur le prépuce; quelques ganglions au pli de l'aine à gauche. Au voisinage des piqûres, au bras droit, surface arrondie où la peau est épaissie, dure, inégale, d'un rouge sombre; ganglions de l'aisselle volumineux et indurés à droite seulement. L'anus est sain, et ne présente aucun des signes caractéristiques de la pédérastie passive.

Traitement antisyphilitique (iodure de potassium; pilules de Dupuytren), suivi d'amélioration au bout de six semaines : impétigo des lèvres guéri; tous les tubercules devenus plus pâles; la peau, au niveau de la plaque vaccinale, devenue souple, décolorée à sa circonférence; enrouement disparu; santé excellente.

« Le diagnostic de la maladie, dit M. Devergie, n'a jamais été douteux un seul instant. Aujourd'hui que les symptômes sont notablement atténués, ils n'ont cependant pas encore soulevé la moindre incertitude de la part des membres de l'Académie auxquels l'enfant a été montré.

» Quel est le point de départ des accidents? Là est la difficulté. Nous n'avons pas le certificat d'origine; peut-être pourrons-nous l'obtenir à la suite des recherches auxquelles l'administration des hôpitaux doit se livrer.

» On n'a trouvé sur la verge de l'enfant aucune trace de chancre. Les renseignements qu'il a donnés s'accordent avec ce qu'enseigne la science relativement à l'évolution des accidents syphilitiques. Toutes ces raisons établissent de fortes présomptions, dans le cas actuel, sur l'inoculation de la syphilis au moyen de la vaccine. »

Discussion.

M. *Ricord* avoue qu'il a repoussé d'abord la transmissibilité de la syphilis par la vaccine. Longtemps les faits démonstratifs ont manqué, et tout autorisait à nier. Mais les observations se sont multipliées, les preuves se sont accumulées; et la démonstration est aujourd'hui tellement convaincante, qu'il n'est plus permis d'hésiter à accepter comme certain ce mode de transmission. Récemment encore on observait dans le service de M. Trousseau un cas analogue à celui de M. Devergie. L'analogie est complète entre ces deux exemples. Malheureusement, dans l'un comme dans l'autre, un élément important fait défaut, c'est le certificat d'origine, suivant l'heureuse expression de M. Devergie. Mais, malgré tout, ce qu'il y a de positif, c'est que de part et d'autre les accidents syphilitiques n'étaient pas le résultat et comme l'explosion d'une syphilis constitutionnelle antérieure et latente. Chez les deux malades l'infection était récente, et la piqûre vaccinale avait évidemment servi de porte d'entrée à la vérole.

Néanmoins, malgré les faits recueillis jusqu'à présent, une question reste encore à éclaircir, c'est celle relative aux conditions où doit se trouver le vaccinifère pour transmettre la vérole. Là-dessus tout est obscurité, tout est confusion.

En effet, quelle présomption tirer de l'examen des parents ou de celui de l'enfant? Un enfant né syphilitique peut présenter à sa naissance, et longtemps encore après, les apparences de la plus parfaite santé; il pourra donc fort bien, au moment où on le vaccine, n'avoir aucune manifestation de la vérole constitutionnelle. Le père et la mère pourront également, quelque syphilitiques qu'ils soient, ne conserver aucune trace d'accident primitif, et ne porter actuellement sur eux aucun signe secondaire de la maladie. Puis, autre difficulté, autre mystère : le père selon la loi, *pater quem nuptiæ demons-*

trant, est-il toujours le père selon la nature? Hélas! non; et c'est ce qui fait qu'un enfant peut être syphilitique, quoique son père légal ne le soit pas, et qu'en conséquence il n'est guère possible, dans quelques circonstances, d'inférer de la santé du père à celle de l'enfant.

Sera-t-on mieux édifié par l'âge de l'enfant? Nullement. L'époque où éclatent les symptômes de la syphilis constitutionnelle chez les enfants est très-variable : ces symptômes se montrent rarement dès la naissance; on ne les voit apparaître, le plus souvent, qu'au bout de six semaines ou de deux mois, ou même dans le cinquième et le sixième mois. Ce défaut de fixité dans les manifestations de la syphilis héréditaire fait donc que l'âge n'autorise à rien préjuger.

Sera-t-on mieux instruit par l'examen de la piqûre et de l'éruption vaccinales? Si, dans quelques cas exceptionnels, le bouton vaccinal a pu paraître suspect et légitimer des doutes ou des soupçons; dans l'immense majorité des faits, comme dans celui de M. Devergie et de M. Trousseau, l'éruption vaccinale n'offrait aucun caractère spécifique, et avait toutes les apparences de la meilleure vaccine.

M. Ricord conclut de toutes ces considérations que très-souvent, le plus souvent même, aucun indice ne pourra éclairer le médecin sur le fond même de la santé de l'enfant vaccinifère, ni sur la qualité du vaccin qu'on lui emprunte; qu'on ne saurait, en conséquence, faire peser sur l'opérateur la responsabilité d'une syphilis transmise par la vaccine.

— M. *Gosselin* est très-porté à croire que la syphilis peut se transmettre par la vaccine; mais c'est là un fait si grave, qu'il ne voudrait pas qu'on divulguât de semblables observations avant de les avoir préalablement appuyées de toutes les preuves. Il serait nécessaire, par exemple, de connaître et d'examiner les parents de l'enfant vaccinifère, de suivre les traces de cet enfant, et de savoir ce qui est advenu à tous ceux qu'on a inoculés avec son vaccin.

— M. *Devergie* répond qu'il a provoqué lui-même une enquête de ce genre, et qu'il compte sur le zèle et le dévouement bien connus de M. Husson, directeur général de l'Assistance publique, pour mener l'entreprise à bonne fin.

— M. *Depaul* est, depuis longtemps, convaincu de la contagion des accidents secondaires, et notamment de la transmissibilité de la syphilis par la vaccine. La science possède aujourd'hui sur ce sujet des faits bien authentiques et autrement complets que celui que vient de faire connaître M. Devergie, lequel, assurément, ne suffirait pas à lui seul pour entraîner les convictions.

L'honorable académicien s'inscrit en faux contre les opinions que vient d'émettre M. Ricord. Il croit, pour sa part, qu'on peut très-bien reconnaître en général et à des signes certains un enfant atteint de syphilis héréditaire. Et d'abord, c'est une erreur que de prétendre que la plupart des enfants syphilitiques présentent, à leur naissance et longtemps encore après, les plus belles apparences de santé, et que les accidents n'éclatent chez eux qu'à l'âge de deux, trois et six mois. Une pareille opinion ne peut reposer que sur une étude incomplète ou superficielle de la question. La vérité est que la syphilis constitutionnelle se manifeste le plus ordinairement chez les enfants dès la naissance ou dès les premières semaines, soit par le pemphigus *neo-natorum*, soit par d'autres symptômes moins évidents peut-être, mais non moins caractéristiques pour un observateur sévère, pour un clinicien rigoureux.

M. Depaul ne croit pas s'y être jamais trompé, soit dans sa pratique des hôpitaux ou de la ville, soit dans le service de vaccine dont il partage les fonctions avec M. Bousquet. Il examine avec le plus grand soin tous les enfants qui lui sont amenés ainsi que leur mère, et il déclare qu'après ce double examen, il est tellement sûr du vaccin qu'il emploie, qu'il n'hésiterait point à se l'inoculer à lui-même.

— M. *Ricord* félicite M. Depaul de l'espèce d'immunité dont jouit le vaccin académique; mais, à ses yeux, cela prouve tout simplement que la transmission de la syphilis par la vaccine est fort rare et très-difficile. Car quelle garantie sérieuse peuvent offrir tous ces enfants qu'on apporte on ne sait d'où à l'Académie pour être vaccinés? Sait-on d'où ils viennent et ce que sont exactement les parents? Il faut donc attribuer, non-seulement à l'habileté de M. Depaul, mais peut-être aussi un peu au hasard, le fait heureux signalé par l'honorable vaccinateur.

M. Ricord n'a pas vu assurément autant d'enfants nouveau-nés que M. Depaul; mais il croit avoir vu autant d'enfants syphilitiques que son contradicteur, ou peu s'en faut. Eh bien! il soutient avec l'énergie la plus absolue qu'il a vu rarement, très-rarement la syphilis constitutionnelle se manifester dès la naissance; tandis qu'il l'a vue souvent, le plus souvent, ne se montrer que deux, trois et six mois après. Il ne saurait donc, quant à lui, partager la sécurité de M. Depaul, en présence d'un enfant ayant des apparences parfaitement saines; et jusqu'à plus ample informé, il se défiera toujours d'un vaccin pris sur un enfant d'un à six mois, surtout quand il aura des doutes sur la santé des parents. M. Depaul a-t-il donc oublié que, dans plus d'une occasion, le vaccin infectant provenait d'enfants très-sains en apparence et nés de parents ayant aussi tous les dehors d'une santé irréprochable!

— M. *Cloquet* pense aussi que la syphilis héréditaire se manifeste quelquefois tardivement. Il rapporte des cas où l'infection est demeurée, pour ainsi dire, latente jusqu'à l'âge de la puberté.

— M. *Devergie* exprime la même opinion, et rapporte qu'il n'est pas rare de voir à Saint-Louis des jeunes gens de quatorze à quinze ans présenter des accidents tardifs de syphilis héréditaire, accidents auxquels il donne le nom de scrofulo-syphilides.

Quant aux doutes émis par M. Depaul, relativement à l'observation présente, ils ne sont partagés par aucun des membres de l'Académie qui ont examiné le sujet. Aux yeux de tous, il portait de la manière la plus évidente les stigmates d'une syphilis récente.

— M. *Depaul* conteste que M. Ricord ait observé autant d'enfants syphilitiques que lui, au moins dans les hôpitaux; et il donne les raisons de cette différence. Il maintient que la majorité des enfants syphilitiques le sont dès leur naissance, dans la proportion énorme de 40 sur 50.

— M. *Ricord* revient avec une nouvelle insistance sur ses premières affirmations.

M. *le Président*, pour mettre un terme à la contestation, invite MM. Depaul et Ricord à présenter un nombre d'observations suffisant pour appuyer leurs assertions contradictoires, et permettre à l'Académie d'apprécier avec discernement.

A cinq heures, l'Académie se réunit en *comité secret* pour entendre la lecture d'un rapport de M. le secrétaire perpétuel.

Société de chirurgie.

SÉANCES DES 22 ET 28 AVRIL 1863.

RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTÉES. — POLYPE DU LARYNX. — PROTHÈSE DE LA FACE.

M. *Forget* avait cité, pour les ajouter aux insuccès des résections sous-périostées, les opérations faites par M. Jordan (de Manchester) pour des pseudarthroses, et dans lesquelles, malgré la conservation du périoste, les extrémités osseuses tenues en contact ne se sont pas réunies. Mais de l'avis de M. Trélat et de M. Giraldès, ces opérations, dont le but était la réunion et non la reproduction des os, ne doivent pas être mises en cause.

M. *Giraldès* ne veut pas qu'on les assimile avec celle qu'il a pratiquée et qui constitue bien positivement un succès de la nouvelle méthode. Les 10 centimètres d'humérus enlevés chez le jeune enfant dont il a parlé étaient, il est vrai, nécrosés, mais l'étui osseux entourant l'humérus était aussi nécrosé; il a été enlevé également. Il a fallu en détacher le périoste, en raclant avec force, et c'est ce périoste conservé qui a rétabli la continuité de l'humérus.

M. *Trélat*, dans un cas semblable à celui où M. Jarjavay a échoué complétement, a obtenu un demi-succès. Le cinquième métatarsien, qu'il avait enlevé en conservant la gaîne périostique, s'est reproduit en partie, et est resté plus court et plus grêle.

M. *Marjolin* pense qu'au voisinage des articulations atteintes depuis longtemps d'ostéite suppurante, le périoste subit, par le fait de cette suppuration prolongée, certaines altérations de texture qui lui font perdre ses facultés reproductrices. Ainsi s'expliqueraient les insuccès des résections sous-périostées entreprises à un degré trop avancé de la maladie. Il a cité à ce propos l'observation d'un enfant de sept ans dont il avait amputé le bras pour une ostéite scrofuleuse, et chez lequel il dut faire consécutivement la résection sous-périostée de toute la partie supérieure de l'humérus. Malgré l'amélioration survenue dans la constitution du malade, l'os ne s'est nullement reproduit.

Doit-on pour cette raison se décider à des opérations hâtives, au lieu d'attendre, comme on le fait généralement, que tous les autres moyens aient échoué, que le malade soit réellement en danger et arrivé à une période d'épuisement inquiétante? M. Marjolin ne se prononce pas à cet égard. Il n'hésite pas, au contraire, à se prononcer dans une autre question, celle de savoir si le périoste doit être conservé dans les affections osseuses susceptibles de récidiver. A son avis, le périoste doit être alors sacrifié en même temps que l'os malade.

M. *Voillemier* fait d'abord remarquer que la dénomination de résections sous-périostées n'est pas suffisamment justifiée, attendu qu'elle semble assimiler ces opérations aux opérations sous-cutanées qui se font réellement sous la peau; mais on n'opère pas sous le périoste, qu'on cherche seulement à décoller et à conserver avec les autres parties molles.

La physiologie du périoste et son importance dans la reproduction du tissu osseux sont connues depuis longtemps. Les os nouveaux qu'il produit sont d'une grande utilité, mais il ne faut pas l'exagérer. Ces os sont loin d'avoir les conditions de solidité et même de vitalité de l'os ancien. Ce sont des tubes volumineux, avec un large canal médullaire, et percés de trous nombreux. Ces os sont si faciles à se nécroser qu'on croirait qu'ils n'ont jamais cessé d'être travaillés par une inflammation profonde.

Tels qu'ils sont, il est naturel de désirer les obtenir; mais dans quel cas le pourra-t-on? Va-t-on, dans le cas de nécrose, renoncer à l'habitude si prudente d'attendre, avant d'intervenir, que le séquestre soit mobile au centre du nouvel os spontanément développé à son pourtour? Si l'on n'attend pas la mobilité du séquestre, dans quel point ira-t-on le reséquer? Si l'on coupe dans la partie morte, on n'a rien fait, puisqu'on laisse le malade exposé à tous les dangers du travail d'élimination. Si l'on coupe dans le vif, on fait une perte de substance inutile, et avec la scie on produit une nécrose superficielle là où il n'y avait pas de nécrose. Le périoste sur lequel on compte pourra bien ne pas combler cette trop grande perte de substance. Autant le travail de réparation est assuré quand on le laisse s'accomplir naturellement, autant il est douteux quand, pour le provoquer, on livre le périoste à une inflammation vive et qu'on le plonge dans une suppuration destructive.

L'impossibilité de savoir où s'arrête le mal, les fâcheux effets de l'inflammation sur la faculté ostéogénique du périoste rendent les résections aussi hasardeuses pour les cas d'ostéite que pour les cas de nécrose. Blandin a reséqué plusieurs fois des côtes cariées en conservant le périoste; les morceaux d'os enlevés ne se sont pas reproduits, et l'ostéite a persisté. Fût-il prouvé même que certains os dussent se reproduire, M. Voillemier aimerait mieux, surtout s'il s'agissait d'un métacarpien ou d'un métatarsien, perdre ces os que de s'exposer aux dangers qu'entraînerait le travail nécessaire à leur reproduction après leur résection sous-périostée.

Quant aux affections organiques des articulations, ce n'est pas en allant au milieu de tissus altérés disséquer péniblement quelques lambeaux de périoste qu'on pourra espérer obtenir un résultat autre que la pseudarthrose ou l'ankylose, double éventualité qui a toujours été celle de toutes les résections.

Dans plusieurs cas où il avait voulu conserver le périoste, M. Voillemier a constaté que cette membrane avait été détruite par la suppuration. C'est ainsi qu'au bout de quinze jours il n'a plus trouvé de traces du périoste, que, dans une amputation de la cuisse, il avait conservé pour recouvrir l'extrémité de l'os. Dans un autre cas, il avait enlevé une volumineuse esquille du tibia, dépouillée de son périoste, qui était resté adhérent aux parties molles. Au bout de huit jours, il n'y avait plus de vestiges de cette membrane. La même destruction du périoste fut constatée par M. Voillemier dans un cas où il avait reséqué de chaque fémur une longueur de 5 à 6 centimètres sur les fragments supérieurs faisant saillie à travers les parties molles. Les lésions traumatiques ne paraissent donc pas se prêter beaucoup mieux à la nouvelle méthode, et il y a loin de ce qui a été observé à la prétention partagée par l'Institut d'avoir trouvé le moyen de reséquer ce qu'on amputait et de sauver au moyen du périoste des membres qu'on aurait perdus sans lui.

M. *Verneuil* voudrait qu'on mît hors de cause les fractures compliquées dans lesquelles le périoste n'a rien à faire. Il n'est nullement de l'avis de M. Voillemier sur l'utilité des résections articulaires sous-périostées. Sans doute, on ne reproduira pas des surfaces articulaires, mais on pourra obtenir le résultat auquel M. Verneuil est arrivé une fois dans une résection du coude. Il a enlevé, en conservant le périoste, 8 centimètres de l'humérus et 3 centimètres du cubitus. En agissant ainsi, il a eu une plaie petite et sans vaisseaux; la guérison est survenue sans accidents, et, au lieu d'un moignon petit, il s'est formé deux masses osseuses larges qui constituaient une fausse articulation solide. Avec la nouvelle méthode, quand on veut couvrir une cavité osseuse comme les sinus, on peut inciser du premier coup jusqu'à l'os et enlever le périoste avec le lambeau des parties molles; une substance osseuse vient combler l'ouverture.

— M. *Trélat* a montré le polype du larynx qu'il a enlevé chez une malade de M. Hillairet au moyen de la ligature extemporanée. La Gazette hebdomadaire (1er mai) a donné déjà la relation de cette opération.

MM. *Follin* et *Verneuil* ont proposé, à l'occasion de ce fait, d'établir dans les polypes laryngiens deux groupes: ceux qu'on voit et qu'on peut opérer sans le laryngoscope, et ceux qu'on ne voit pas et qu'on ne peut opérer sans cet instrument. Cette distinction est importante au point de vue pratique, parce que les tumeurs qui se voient peuvent être saisies et enlevées par la bouche, tandis que la laryngotomie sera souvent nécessaire pour enlever les polypes qui ne peuvent être aperçus sans le laryngoscope.

M. *Trélat* croit qu'il serait préférable de fonder la distinction des polypes laryngiens sur leur point d'implantation au-dessus ou au-dessous de la glotte. Ceux qui sont au-dessus de la glotte pourront être enlevés par les voies naturelles. A l'orifice supérieur, la muqueuse laryngée supporte un contact qui, au niveau de la glotte, provoquerait les accidents les plus redou-

tables, en sorte qu'il paraît très-difficile de songer à porter un instrument dans la glotte.

— M. *Debout* a montré un homme qui présente une horrible mutilation de la face, consécutive à un coup de feu. Le nez n'existe plus; il n'y a plus de vestiges ni des os propres ni des apophyses montantes des maxillaires supérieurs. Les fosses nasales, dans lesquelles plongent librement les regards, ne font plus avec la bouche qu'une même cavité, car la voûte palatine et la partie antérieure de l'arcade dentaire sont entièrement détruites. La mâchoire inférieure a perdu la portion d'os qui soutenait les quatre incisives. Dans cet état, cet homme ne pouvait se nourrir qu'avec des aliments liquides; il ne retenait pas sa salive, et sa prononciation était inintelligible. Grâce à un appareil prothétique construit par M. Preterre, et dans la description duquel nous ne pouvons pas entrer, cet homme peut aujourd'hui manger, parler, fumer et retenir sa salive. Sa mutilation est assez bien dissimulée à l'extérieur.

M. Debout a rapproché de l'histoire de ce malade celle du blessé dont Larrey a parlé dans sa CLINIQUE CHIRURGICALE. Ce malheureux, qui offrait des lésions d'une gravité semblable, mais au secours duquel on n'avait pu employer qu'une prothèse bien incomplète, ne put supporter la vie à laquelle il était condamné, et finit par se tuer.

Dr P. CHATILLON.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Des eaux thermales de Luxeuil contre le virus syphilitique caché et diverses autres maladies, par M. MARTIN-LAUZER, médecin-consultant aux eaux de Luxeuil.

Swediaur avait déjà dit que les eaux minérales ferrugineuses (très-probablement froides) ont la propriété de provoquer les manifestations secondaires de la syphilis.

« Si nous étions, dit-il, en possession d'un remède qui eût le pouvoir de rendre actives les dernières particules du virus cachées dans le corps, ce serait une découverte des plus précieuses, qui nous mettrait en état de découvrir sa présence comme l'aimant décèle le fer. J'ai observé que les préparations ferrugineuses, et particulièrement les eaux minérales imprégnées de ce métal, ont produit cet effet dans plusieurs cas, étant prises intérieurement dans la saison la plus chaude de l'année; mais je n'ai pas un nombre suffisant de faits pour en tirer une conclusion générale. » (Swediaur, *Traité des malad. syphil.*, t. II, p. 64.)

Si les préparations ferrugineuses, surtout les eaux ferrugineuses froides, ont suffi pour amener ce résultat, que ne devrait-on pas attendre des eaux ferrugineuses qui, comme celles de Luxeuil, sont par exception thermales? La thermalité a une extrême importance pour M. Yvaren, auteur des *Métamorphoses de la syphilis.* « Lorsqu'il s'agira de reconnaître la pureté actuelle d'une organisation jadis entachée de vérole, d'en tâter la disposition morbide, *l'épreuve des eaux minérales thermales l'emportera sur toutes les autres épreuves.* » (Yvaren, *Des métamorphoses de la syphilis*, p. 571.)

Les eaux de Luxeuil ont-elles fait à cet égard leurs preuves? Voici, à ce sujet, dit M. Martin-Lauzer, un témoignage qu'on ne peut récuser; c'est un témoin à charge, c'est Faber, qui résume, en 1773, les mémoires inédits de son père, ancien médecin de Luxeuil, et les observations qu'il a faites lui-même sur ces eaux. « Les eaux de Luxeuil sont dangereuses pour tous ceux qui ont eu quelque maladie vénérienne. » Faber fait cependant une exception : « à moins qu'elles ne soient guéries radicalement »; il craint d'avoir été trop loin, et il ajoute : « De quoi il est bien difficile d'avoir une pleine assurance; car il arrive souvent que, le virus de cette maladie étant enveloppé et comme assoupi, on se croit guéri sans l'être... Les eaux pourraient, par leur chaleur, développer ce virus, le réveiller, le répandre de nouveau dans le sang, et en renouveler tous les désordres. » (*Essai historique sur les eaux de Luxeuil.* Paris, 1773, p. 147.)

Ainsi, Faber redoutait ce que Swediaur appelait de tous ses vœux. Lui, que Carrère a faussement accusé de vanter les eaux de Luxeuil dans un trop grand nombre de maladies (*Catalogue raisonné des eaux minérales*, Paris, 1785), voulait éloigner de ces eaux toute une classe nombreuse de malades, en exigeant d'eux, avant de s'y rendre, de sonder leur cœur et leurs reins et de faire un examen de conscience; et il se trouve que ce sont précisément ceux-là qui en ont plus besoin que d'autres. Faber, en signalant comme un danger cette propriété précieuse, fait donc de ces eaux, sans le vouloir, un magnifique éloge.

M. Martin-Lauzer cite à ce propos le passage suivant de M. Alliès :

« Il est constaté par des milliers d'observations que les métrites et les vaginites, dépendantes d'un principe virulent, sont traitées avec le même succès par l'usage des eaux minérales de Luxeuil, lorsqu'elles ont passé à l'état chronique, que les blennorrhées et les leucorrhées non virulentes. J'ai vu une arthrite blennorrhagique guérie complétement en une seule saison; de même l'orchite vénérienne, après la cessation de l'état inflammatoire, est puissamment combattue par le même moyen. Je ne crois pas qu'il existe de médication dont les résultats, dans ce cas, soient plus certains ou plus rapides.

» Quant aux accidents secondaires ou tertiaires, loin d'être aggravés par la médication minérale, ils en reçoivent une influence évidemment bienfaisante. Cette opinion repose sur des faits nombreux, et observés avec d'autant plus de soin que l'autorité de nos devanciers (Faber) leur était contraire. Il est également constant que l'usage des eaux thermales de Luxeuil n'a rien d'incompatible avec celui des préparations iodurées. Cette médication combinée est employée journellement et donne les résultats les plus satisfaisants. » (Alliès, *Études sur les eaux minérales en général, et sur celles de Luxeuil en particulier.* Paris, 1850.)

Il importe de ne pas oublier que les eaux de Luxeuil sont thermales jusqu'à 63°,75 centigrades; que les sources se divisent en deux groupes parfaitement distincts, l'une d'une haute thermalité, depuis 33 jusqu'à 44 degrés, dans les bassins, et d'une composition plus particulièrement chlorurée sodique arsenicale; l'autre d'une thermalité plus faible, 19 à 29 degrés, et plus particulièrement ferro-magnésienne, également arsenicale. Il sera donc naturel de voir ces eaux recommandées dans les maladies où l'on prescrit journellement avec succès le chlorure de sodium, le fer, le manganèse, l'arsenic et les bains russes; plus particulièrement dans certaines maladies des voies digestives et des organes génito-urinaires, ainsi que dans le rhumatisme chronique et la paralysie. (*Revue de thérapeutique.*)

Du nitrate d'argent dans la paraplégie essentielle chez les enfants, par M. le docteur BOUCHUT.

OBS. — Le 6 octobre dernier, on amenait à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans la salle Sainte-Marguerite, n° 7, une petite fille âgée de quatre ans et demi (Julien Lévy), atteinte de paraplégie survenue à la suite d'une chute à la renverse faite dans les derniers jours de septembre, et ayant donné lieu à une vive douleur dans la région dorsale. Dès cet instant, il fut impossible à l'enfant de marcher; quand on la mettait debout, ses jambes fléchissaient et s'affaissaient sous le poids du corps. Les membres supérieurs avaient conservé toute leur force; mais on remarqua que la prononciation était devenue difficile, lente, peu distincte, et que les aliment sortaient en partie de la bouche pendant le travail de la mastication, inconvénient rendu plus évident encore par suite de la gloutonnerie habituelle de l'enfant. Les urines et les selles étaient rendues volontairement. On avait d'abord espéré que ces accidents cesseraient d'eux-

mêmes; mais, en voyant leur persistance, on se décida à amener la petite fille à l'hôpital, une dizaine de jours après la chute.

L'enfant, au moment de son entrée, se plaignit d'une douleur obtuse et mal limitée dans le dos; elle présentait quelques manifestations scrofuleuses légères, telles que croûtes d'impétigo derrière les oreilles et à l'entrée des narines, kérato-conjonctivite double chronique; elle avait de l'appétit, un grand embonpoint, et n'offrait pas trace de fièvre.

La parole était mal articulée, bredouillonte; les aliments s'échappaient en partie de la bouche, pendant le travail de la mastication. Dans le lit, l'enfant remuait encore un peu les membres inférieurs; mais, quand on la plaçait debout, elle s'affaissait immédiatement sur elle-même; soutenue par-dessous les bras, il lui était impossible de détacher les pieds du sol; les membres supérieurs avaient conservé l'intégrité de leurs fonctions.

A l'examen du rachis, la courbure dorsole parut un peu exagérée, mais c'était une courbe arrondie, uniforme, sans qu'aucune des apophyses épineuses présentât de saillie anormale.

La sensibilité cutanée était un peu diminuée aux membres inférieurs, mais nulle part abolie; il n'existait aucun mouvement convulsif désordonné, pouvant faire croire à l'existence d'une danse de Saint-Guy.

Jusqu'à la fin d'octobre, on se contenta pour tout traitement d'administrer quelques bains sulfureux. L'amélioration obtenue fut à peu près nulle; toutefois, la douleur du dos avait disparu; l'enfant, placée debout, s'affaissait encore; mais quand elle était soutenue, elle parvenait avec une extrême difficulté à détacher successivement les deux pieds du sol.

M. Bouchut eut alors l'idée de traiter cette paralysie par le nitrate d'argent. Le 30 octobre, il prescrivit à l'enfant 1 centigramme de nitrate d'argent, divisé en deux pilules, à prendre une le matin, l'autre le soir.

Le 3 novembre, l'enfant paraît déjà mieux assurée sur ses jambes; elle peut faire quelques pas en avant, quand on la soutient sous les bras. Encouragé par ce résultat, on donne trois pilules de nitrate d'argent, de 5 milligrammes chacune.

Le 6 novembre, les forces commencent à revenir dans les membres inférieurs; l'enfant peut marcher un certain temps, à condition d'être soutenue; mais elle jette lourdement les jambes en avant, et s'affaisse encore quand on l'abandonne à elle-même.

A dater de ce jour, quatre pilules de nitrate d'argent de 5 milligrammes. Le 21 novembre, six pilules (soit 3 centigrammes de nitrate). Il survient de la gastralgie et des nausées. On revient le 22 à quatre pilules. L'amélioration va croissant, et, le 10 décembre, la guérison est complète. Il ne reste aucun trouble de la motilité, rien qui puisse faire soupçonner que cette petite fille ait été paraplégique. La voix est nettement articulée, quoique un peu lente; mais cette lenteur paraît constituer l'état normal. (Il n'est pas survenu de coloration noire de la peau.)

L'origine de la paralysie, probablement une commotion des centres nerveux, pourrait donner à penser que les accidents étaient de nature à disparaître d'eux-mêmes. L'auteur va lui-même au devant de cette supposition; mais en même temps il fait remarquer, non sans raison, l'insuffisance des moyens autres que le nitrate d'argent et la rapidité avec laquelle la guérison a été obtenue dès que ce moyen a été mis en usage. C'est donc un fait à enregistrer soigneusement jusqu'à plus ample expérience. (*Bulletin de thérapeutique.*)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Atlas d'ophthalmoscopie, par R. Liebreich. Chez G. Baillière, 1863.

Un des vrais mérites de notre époque, c'est de voir avec quelle promptitude et quel élan les découvertes contemporaines sont fécondées.

L'ophthalmoscope n'est vieux que de douze ans, et l'admirable ouvrage que publie M. Liebreich semble marquer déjà la maturité et comme la perfection de la science nouvelle. Celle-ci, du reste, a été servie par des circonstances bien favorables.

Helmholtz, en 1851, trouve l'ophthalmoscope, simple épisode, pour ainsi dire, dans la carrière si remplie de ce grand physiologiste. A cette époque, M. Liebreich était son préparateur. Il reçoit des mains du maître, occupé à bien d'autres travaux, sa précieuse découverte. Il concentre désormais sur l'étude du fond de l'œil son incomparable talent d'analyse, ses connaissances si profondes d'histologie et de physiologie; bientôt près d'Albert de Græfe, dont il devient le collaborateur et l'ami, il rencontre d'inépuisables matériaux d'observations et la stimulation puissante d'une grande école.

C'est après dix ans que M. Liebreich livre enfin au public ses douze planches, spécimen complet de tous les types ophthalmoscopiques.

Indiquons successivement les sujets exposés par l'auteur : Avant tout, le fond de l'œil normal; c'est la base de tout le reste; l'étude imparfaite de l'état normal a été l'origine de ces diagnostics fantaisistes qui illustrent les consultations de quelques oculistes. Aussi rien n'égale l'inébranlable solidité que M. Liebreich a su donner à ces fondations de son édifice.

Le fond de l'œil, c'est surtout la choroïde, car la rétine échappe presque absolument par sa transparence et n'est indiquée que par ses vaisseaux. Or, ce qu'on voit de la choroïde dépend surtout de la pigmentation; pigmentation, 1° de la couche superficielle, ou épithélium; 2° de la couche profonde, ou couche intervasculaire ou stroma.

Si l'épithélium choroïdien est très-pigmenté, on ne voit aucun détail de la choroïde, mais seulement un fond rouge sombre, sur lequel se détachent les vaisseaux de la rétine (pl. II, fig. 1).

Si l'épithélium et le stroma sont l'un et l'autre peu foncés, alors se voient à nu tous les vaisseaux de la choroïde avec une richesse et une élégance dont n'approche aucune préparation anatomique (pl. II, fig. 2).

Enfin si avec un épithélium peu foncé, le stroma l'est beaucoup plus, les petits vaisseaux de la choroïde sont voilés, mais le réseau des moyens et des gros vaisseaux ressort encadré par les lignes foncées des espaces intervasculaires (pl. II, fig. 3).

C'est surtout dans la planche I non coloriée qu'il faut étudier dans leur type la forme et les limites de la papille du nerf optique, la position de la tache jaune, les ramifications des veines et des artères rétiniennes. C'est la géographie de la rétine dans ses plus minutieux détails. A l'aide des divisions nombrées, on peut fixer la latitude et la longitude de chaque point.

On voit le pourtour de la papille se dessiner par trois lignes: la plus extérieure, la noire, est la terminaison de la choroïde, puis une ligne blanche la terminaison de la sclérotique; enfin la ligne fine et grisâtre de la substance nerveuse.

Le centre de la papille est creusé en légère fossette ou en véritable excavation, source d'erreurs dans le diagnostic.

Quant à la tache jaune, on en voit une merveilleuse représentation dans les figures 1 et 2 de la planche II. Avant M. Liebreich, on n'avait vu à l'ophthalmoscope que le trou central de la rétine. M. Liebreich a figuré et montré la *macula lutea* proprement dite, c'est-à-dire la partie qui est jaune chez le vivant. C'est la zone jaunâtre qui entoure le trou central; puis, autour de cette zone, on en voit une autre formée surtout par une forte pigmentation de la choroïde.

La tache jaune cesse là où recommence (fig. 1) le reflet du fond de l'œil, car, chez les sujets (comme tous les individus jeunes) où ce reflet existe, la tache jaune en est toujours dépourvue, parce qu'elle n'a pas de couches de fibres nerveuses. En effet, les fibres nerveuses manquent à la tache jaune, pour laisser plus à nu les bâtonnets et donner au point central de la vision toute son acuité. Là où se serrent les fibres nerveuses, comme à la papille du nerf optique, la vision est nulle.

Le staphylome postérieur est devenu la banalité de l'ophthalmoscope; mais, outre la tache claire formée par la sclérotique dénudée, l'observateur doit apprendre à étudier :

1° Les débris de la choroïde disparue sous forme de taches grises, ou bien de quelques rares et pâles vaisseaux choroïdiens (pl. III, fig. 1, 4, 7);

2° La zone amincie de la choroïde autour de la tache, mesure du degré réel de la scléro-choroïdite postérieure (fig. 5);

3° La forme de la papille, dont le petit diamètre est toujours dans le sens de l'ectasie, ce qui la rend d'habitude allongée verticalement, puisque le siége ordinaire de la tache blanche est le côté externe (interne à l'image renversée);

4° Enfin les altérations circonscrites, dont la *macula lutea* est souvent le siége quand la sclérectasie est très-prononcée (fig. 1 et 6).

Comme type d'affection de la choroïde, la planche IV représente la choroïdite disséminée simple et syphilitique (fig 1 et 2), et différents foyers sanguins et exsudatifs; la planche VI, la rétinite pigmentaire. Cette dernière, en effet, dans l'étiologie de laquelle M. Liebreich a si bien établi la consanguinité des parents, est fort mal dénommée : c'est une vraie choroïdite. D'abord c'est un appauvrissement de l'épithélium choroïdal, puis cette atrophie gagne le stroma et dénude, pour ainsi dire, les vaisseaux. Comme résultat de ce processus, le pigment de la choroïde s'infiltre dans la rétine.

Résultat général bien développé par notre auteur, que, autour du travail atrophique ou autre qui envahit le tissu de la choroïde, le pigment se dépose et noircit tout le pourtour de la zone altérée; si l'adhérence vient unir la rétine à la choroïde, alors le pigment infiltre la rétine.

C'est là ce qui advient dans la rétinite pigmentaire : les taches, les îlots pigmentaires se groupent circulairement à une certaine distance autour du pôle et de la papille, suivant surtout la direction des vaisseaux rétiniens; plus tard, ils gagnent le pôle, et c'est alors que la cécité survient. C'est ainsi que consécutivement se prend la rétine, envahie par l'infiltration pigmentaire, et elle arrive peu à peu à une atrophie plus ou moins complète, dont témoignent la petitesse des artères, la rayure et l'éclat blanchâtre de la papille (pl. VI, fig. 2). La rétinite pigmentaire finit donc par être une rétino-choroïdite. On verra dans la planche V une affection à laquelle cette dénomination convient mieux encore. Rien de plus instructif que la comparaison des deux figures de cette planche, la première offrant la maladie même dans sa période initiale et d'état, la deuxième montrant la réparation et ce qu'on peut nommer la guérison. La même comparaison se retrouve dans le reste de l'ouvrage pour d'autres sujets.

Le décollement de la rétine, auquel est consacrée la planche VII, établit bien le passage des affections de la choroïde à celles de la rétine. Elle peut dépendre, en effet, de l'une ou de l'autre de ces deux membranes, plus fréquemment de la première. La planche VII qui la représente, est l'une des plus belles de l'ouvrage. Au niveau de la partie décollée de la rétine, le fond de l'œil est voilé, et il disparaît quand la membrane forme des plis; à ce niveau en effet, la rétine réfléchit la lumière. La figure 1 montre une déchirure de la rétine décollée, et à travers cette déchirure la choroïde altérée. On dit généralement que la rétine se décolle presque toujours en bas. M. Liebreich explique cette erreur. La rétine se sépare d'abord en haut, puis se recolle plus ou moins, et le décollement se poursuit en bas plus prononcé et plus persistant.

Dans la figure 2, décollement ancien et presque complet de la rétine, on juge bien de la différence des deux moitiés supérieure et inférieure de la membrane; on voit chatoyer les grands plis de la moitié inférieure. Comme annexe du décollement rétinien, la figure 4 montre un décollement entre la choroïde et la sclérotique, affection rare. Enfin, la même planche (fig. 5 et 6) représente un cysticerque du fond de l'œil : ici (fig. 6) presque entièrement caché sous la rétine; là, au contraire (fig. 5), plongé dans le corps vitré où l'on distingue les différentes parties du corps de l'animal, la tête avec la trompe et deux ventouses, le col et son attache à la vésicule, ces dernières parties parsemées de taches calcaires. C'est là qu'il faut saisir le parasite pour l'extraire, parce que c'est le point le plus résistant. C'est de cette façon que M. Lebreich a le premier pratiqué cette délicate opération, en se servant d'un ophthalmoscope fixé autour de sa tête pour éclairer le fond de l'œil.

Maintenant commencent les véritables affections de la rétine, hémorrhagies, embolie de l'artère centrale, rétinite albuminurique, syphilitique, leucémique, etc. C'est là le côté médical de l'ophthalmoscopie, qui, tôt ou tard, forcera tous les médecins curieux de leur science à se familiariser avec l'examen du fond de l'œil, car toutes les maladies de la rétine sont symptomatiques. Un malade se plaint d'un trouble, ou d'un affaiblissement, ou de l'abolition même de la vue; on l'examine, et, tout de suite, au premier coup d'œil, mieux qu'à l'aide de toute autre exploration, on prononce qu'il a ou une affection du cœur et des gros vaisseaux (pl. VIII, fig. 1, 3), ou une albuminurie (pl. VIII, fig. 5, 6; pl. IX, fig. 1, 2), ou une leucémie (pl. X, fig. 3), ou la syphilis (pl. X, fig. 1, 2), ou bien une tumeur du crâne ou du cerveau (pl. XI, fig. 5, 6, 7, 8, 9).

La dégénérescence de la rétine, dans la maladie de Bright, est de toutes ces affections la plus constante, la mieux caractérisée : 1° au centre (fig. 9), une papille troublée, à contours effacés; 2° autour de la papille, une zone grisâtre, opaline, causée par l'infiltration séreuse et l'augmentation du tissu cellulaire entre les fibres nerveuses; 3° plus extérieurement, une zone blanche et opaque, résultat surtout de l'envahissement des fibres nerveuses par la dégénérescence fibreuse et l'infiltration de graisse; 4° sur le bord de cette zone, une sorte de petite plaie graisseuse, d'éclaboussure blanchâtre, disposée par îlots; 5° enfin, le tout est piqueté de nombreuses hémorrhagies plus volontiers disposées en ligne entre les faisceaux nerveux, d'où leur aspect strié.

La rétinite leucémique (pl. X, fig. 3) appartient tout entière à M. Liebreich : coloration rose clair de tous les vaisseaux; papilles pâles; rétine trouble et striée, parsemée à la périphérie de petites taches brillantes, blanches et arrondies.

Planche XI : altération de la papille. Cinq figures (1-5) représentent les excavations glaucomateuses à des degrés variables. Dans toutes on remarque l'anneau jaune clair de la limite scléroticale qui entoure la papille, l'accentuation plus grande de la limite nerveuse, le dessin clair et étendu de la lame criblée, d'autant plus accusé, que l'excavation est plus profonde et les fibres nerveuses plus dissociées. Mais ce sont les vaisseaux rétiniens qui frappent le plus l'observateur. Leur continuité paraît rompue sur le bord de l'excavation, c'est que l'excavation est plus large dans son fond qu'à son bord antérieur. L'observateur ne peut voir tout le fond de l'excavation sur les parois latérales de laquelle s'appliquent les vaisseaux.

Dans la même planche XI, exemples de névrites du nerf optique et d'atrophie papillaire.

Enfin la planche XII et dernière est réservée aux anomalies congénitales, qui, presque ignorées jusqu'ici, ont donné naissance à de singulières erreurs de diagnostic. C'est l'état opaque dans une étendue variable des faisceaux nerveux de la rétine, d'où un éclat inaccoutumé du fond de l'œil, comme chez certains animaux, et enfin le coloboma de la choroïde et de la gaîne du nerf optique.

Telle est l'énumération de tous les sujets ophthalmoscopiques représentés par M. Liebreich. Tout a été dessiné et colorié par l'auteur lui-même avec une perfection et un art dont nul ouvrage en aucun genre ne peut donner l'idée. Chaque partie du dessin peut être examinée à la loupe, et l'instrument amplifiant y fait découvrir de fins détails qui échappent à la vue simple. Jamais de figure schématique ou idéale. Non-seulement chaque figure représente la nature, mais chaque coin du dessin est le calque et la copie de ce qui a été observé sur le sujet sain ou malade. Grâce à la chromolithographie, les exemplaires sont aussi beaux que les originaux eux-mêmes. Le texte est précis, substantiel. En quelques lignes, M. Liebreich fixe le lecteur sur ce qu'il doit voir, comparer, apprendre à observer. Ce texte est surtout fait pour celui qui est déjà assez avancé dans l'étude de l'ophthalmoscopie. Il y aurait peut-être avantage à le rendre plus explicite, plus élémentaire.

M. Liebreich a trouvé à Paris un accueil empressé et chaleureux qu'il doit à l'éclat de son talent, à la grâce et à la modestie de son caractère. Il vient, en quelques mois, d'imprimer chez nous un élan passionné aux études ophthalmoscopiques; cela est à merveille, mais ce qui serait mieux encore, c'est qu'il nous obligeât à un certain retour sur nous-mêmes. Demandons-nous, à cette occasion, si nous suivons d'assez près les progrès qui s'accomplissent à l'étranger. Et si nous répondons sincèrement à cet examen de conscience, le plus granp pas sera fait pour rentrer dans le rang, et bientôt même regagner la tête.

ADOLPHE RICHARD.

VI

VARIÉTÉS.

LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL DE L'ACADÉMIE A MM. VICTOR MASSON ET FILS, LIBRAIRES-ÉDITEURS.

Messieurs,

Vous venez de publier une cinquième édition de la PATHOLOGIE GÉNÉRALE de M. Chomel, et vous avez placé en tête de cette édition une notice sur la vie et les travaux de ce professeur, due à la plume de M. Noël Guéneau de Mussy.

Je n'ai rien à dire, bien entendu, sur les louanges si justement accordées dans cette notice à M. Chomel et à sa famille; mais au bas de la page 15 se trouve une note qui renferme, à mon égard, une allégation inexacte que je ne puis laisser sans réponse.

Après avoir dit, dans son texte, que la bonté et la générosité de M. Chomel étaient inépuisables, et qu'il prenait autant de soin pour cacher ses bienfaits que d'autres mettent d'ostentation à faire valoir les leurs, M. Noël Guéneau de Mussy ajoute en note, que *j'ai contesté, en pleine Académie, ce trait si saillant et si connu de son caractère.*

Or, messieurs, voici textuellement les expressions dont je me suis servi en parlant du caractère de M. Chomel.

« Il n'est personne, ai-je dit, parmi ceux qui ont vécu dans son intimité, qui n'ait conservé de lui le plus touchant souvenir; et comment aurait-il pu en être autrement? M. Chomel était un homme plein d'honneur et de délicatesse, d'une aménité, d'une *bienfaisance* et d'un désintéressement *sans bornes.* »

Ce n'est pas tout : M. Noël Guéneau de Mussy déclare que *je me suis étudié à dénigrer et à amoindrir une des illustrations les plus pures et la moins contestée de notre profession.*

Voici les derniers mots de mon Éloge :

« Le nom de M. Chomel restera parmi nous; on dira de lui qu'il a honoré notre profession par l'honnêteté et la droiture de ses vues, par la sagesse et l'excellence de sa pratique, par la modération et la dignité de son caractère. »

Je n'irai pas plus loin, messieurs, dans ces citations; je pense qu'elles suffiront pour édifier cette conscience publique dont parle M. Noël Guéneau de Mussy.

J'attends d'autant plus, messieurs, de votre loyauté l'insertion de cette lettre dans un journal dont vous êtes les éditeurs, que, si je suis bien informé, la note qui me mettait en cause n'avait pas été accueillie par vous sans observations ni sans difficultés.

Agréez, etc. DUBOIS.

— Dans la séance du 13 mai dernier, la Société médicale des hôpitaux a procédé au renouvellement de son bureau et de ses différents comités pour l'année 1863-1864.

Ont été élus : président, M. Béhier; vice-président, M. Henri Roger; secrétaire général, M. Lailler; secrétaires annuels, MM. Colin et Triboulet; trésorier, M. Labric. — Membres du comité d'administration : MM. Léger, Woillez, Guérard, Bergeron, Chauffard. — Membres du comité de publication : MM. Triboulet, Colin, Lailler, Simonet, Potain. — Membres du conseil de famille : MM. Barth, Hérard, Grisolle, Trélat, Vigla.

— Le concours pour un emploi de professeur agrégé à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, que nous avons annoncé la semaine dernière, s'ouvrira le 5 novembre prochain, à l'hôpital du Val-de-Grâce. Épreuves : 1° composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire; 2° examen clinique de deux malades fiévreux, atteints, l'un de maladie aiguë, l'autre d'affection chronique. (Leçon sur les deux cas observés.)

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Publications sur les eaux minérales, éditées par la librairie Victor Masson et fils.

GUIDE PRATIQUE DU MÉDECIN ET DU MALADE AUX EAUX MINÉRALES FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES, suivi d'études sur les bains de mer et l'hydrothérapie, et d'un traité de thérapeutique thermale (5e édition), avec une carte itinéraire des eaux et des vignettes représentant les principaux établissements thermaux, par le docteur *Constantin James.* Fort vol. grand in-18 de 600 pages. Broché. 7 fr. 50
Le même, cartonné. 9 fr.

DES PRINCIPALES EAUX MINÉRALES DE L'EUROPE, par le docteur *A. Rotureau.* — *Allemagne et Hongrie.* In-8 de 574 pages. 7 fr. 50
La France, ouvrage suivi de la législation sur les eaux minérales. In-8 de 943 pages. 10 fr.

DES EAUX MINÉRALES DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'ÉCONOMIE PUBLIQUE, LA MÉDECINE ET LA LÉGISLATION, par le docteur *C. Alibert.* In-8. 1 fr. 50

HISTOIRE CHIMIQUE DES EAUX MINÉRALES ET THERMALES DE VICHY, CUSSET, VAISSE, HAUTERIVE ET SAINT-YORRE; ANALYSES CHIMIQUES DES EAUX MINÉRALES DE MÉDAGUE, CHATELDON, BRUGHEAS ET SEUILLET, par *J.-P. Bouquet.* In-8, avec deux cartes et une planche. 7 fr. 50

LES CURES DE PETIT-LAIT ET DE RAISIN, EN ALLEMAGNE ET EN SUISSE, DANS LE TRAITEMENT DES PRINCIPALES MALADIES CHRONIQUES, ET PARTICULIÈREMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, par le docteur *Carrière.* In-8. 4 fr. 50

HYDROLOGIE MÉDICALE : BAINS DE LUXEUIL (Haute-Saône); EAUX THERMALES FERROMANGANIFÈRES, EAUX SALINO-THERMALES, par le docteur *A. Delaporte.* In-8 de 200 pages. 3 fr.

INDICATEUR MÉDICAL ET TOPOGRAPHIQUE D'AIX-LES-BAINS (Savoie), par le docteur baron *Despine.* 9e édition. In-18, avec figures dans le texte. 1 fr. 50

INDICATEUR MÉDICAL ET TOPOGRAPHIQUE D'AMÉLIE-LES-BAINS (Pyrénées-Orientales), par le docteur *E. Genieys.* In-18, avec figures dans le texte. 1 fr. 50

LES EAUX DE SAINT-SAUVEUR, ET DE LEUR INFLUENCE CURATIVE DANS LES DIFFÉRENTES FORMES DE DYSPEPSIE, par le docteur *Hédouin.* In-8. 3 fr.

LES EAUX DE NIEDERBRONN, description physique et médicale de cet établissement de bains, par le docteur *J. Kuhn.* 3e édition. In-8 de 200 pages, avec une carte. 4 fr.

TRAITÉ DE CHIMIE HYDROLOGIQUE, par le docteur *Lefort.* Grand in-8, avec figures dans le texte. 8 fr.

ÉTUDES CLINIQUES SUR LES EAUX DE PLOMBIÈRES, par le docteur *Liétard.* In-8 de 100 pages. 3 fr.

TRAITÉ PRATIQUE DES BAINS DE MER ET DE L'HYDROTHÉRAPIE MARINE, FONDÉ SUR DE NOMBREUSES OBSERVATIONS, par le docteur *Roccas.* In-18. 3 fr. 50

PRÉCIS SUR LES EAUX MINÉRALES DES PYRÉNÉES, par le docteur *Verdo.* 2e édition. Grand in-18, avec une carte. 3 fr. 50

CONTRE L'ANIMISME, nouvel essai d'une théorie cartésienne, par *P.-E. Carreau.* Brochure in-8. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr.

DES EAUX MINÉRALES DE VICHY : LEUR ORIGINE, LEURS PROPRIÉTÉS PHYSIQUES ET LEUR COMPOSITION CHIMIQUE, LEUR VERTU, LES MALADIES DANS LESQUELLES ON LES EMPLOIE ET LA MANIÈRE D'EN FAIRE USAGE, par le docteur *Casimir Daumas.* In-18 de 222 pages. Paris, Henri Plon. 2 fr.

DU CLIMAT DE L'ESPAGNE SOUS LE RAPPORT MÉDICAL, par le docteur *Édouard Cazenave.* In-8 de 280 pages. Paris, Henri Plon. 5 fr.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DU TARTRE STIBIÉ, par *Pécholier.* In-8. Paris, Asselin.

COURS DE MÉDECINE COMPARÉE, par *P. Rayer.* Introduction in-8 de 52 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr. 50

Thèses.

Thèses subies du 1er au 21 mars.

41. LIARD, Antoine, né à Osse (Basses-Pyrénées). [*Quelques remarques cliniques sur l'ictère.*]

42. ROGER, Alphonse-L.-J., né à Hédé (Ille-et-Vilaine). [*Observations de quelques cas curieux recueillis à Lourcine* (service de M. Verneuil).]

43. ROCHA CASTILLA, Rafael, né à Chaparral (Nouvelle-Grenade). [*Des abcès du foie.*]

44. SALAS, Ismael, né à Saltillo (Mexique). [*Étiologie et prophylaxie de la pellagre.*]

45. DUNANT, Pierre-Louis, né à Genève (Suisse). [*Recherches et observations sur l'hystéro-épilepsie.*]

46. MAUGER-LAVENTE, C., né à Ger (Manche). [*Des phlegmasies furonculeuses.*]

47. GUINEBERTIÈRE, B., né à Jallais (Maine-et-Loire). [*Remarques sur la cataracte capsulaire secondaire; de sa nature, de son traitement.*]

48. REGNAULT, Jean-William, né à Sancerre (Cher). [*Des fractures du pubis et de leurs complications.*]

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 29 MAI 1863. — N° 22.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêté ministériel. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Traitement chirurgical des polypes du larynx. — II. **Travaux originaux.** Anatomie et physiologie pathologique : Considérations sur les localisations cérébrales, et en particulier sur le siége de la faculté du langage articulé. — Syphiliographie pratique : Sur la forme de la lésion initiale de la syphilis, et sur la signification étiologique et pronostique de cette forme. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Recherches sur la nécrobiose graisseuse des os. — De l'emploi et du réemploi des sangsues. — V. **Bibliographie.** Sur quelques publications récentes relatives à la pathologie mentale. — VI. **Variétés.**

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté, en date du 23 mai 1863, M. VALETTE, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur titulaire de clinique externe à ladite École, en remplacement de M. Barrier, dont la démission est acceptée.

M. DESGRANGES, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur adjoint de clinique externe à ladite École, en remplacement de M. Valette, appelé à d'autres fonctions.

M. BERNE, docteur en médecine, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité de Lyon, est nommé professeur suppléant à l'École de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Desgranges, appelé à d'autres fonctions.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 28 mai 1863.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES POLYPES DU LARYNX.

Nous avons rassemblé dans un précédent article les essais chirurgicaux opposés aux polypes du larynx avant l'intervention de la laryngoscopie; nous nous proposons aujourd'hui de faire connaître les cas où cette précieuse méthode d'exploration a prêté son concours aux praticiens.

C'est à M. Victor von Bruns, professeur de clinique chirurgicale à Tübingen, que revient l'honneur d'avoir ouvert cette voie nouvelle, et c'est justice de placer son nom à côté de celui de M. Ehrmann dans l'histoire générale de l'affection qui nous occupe.

Non-seulement, en effet, M. Bruns a le premier mené à bonne fin une tentative de ce genre, et dans les conditions les plus difficiles, non-seulement il a obtenu une guérison radicale dans le sens le plus absolu de ce mot, mais il a mieux encore mérité de la science, en posant d'une manière précise les règles de ces opérations brillantes. Deux fois déjà, dans un court espace de temps, il a détruit dans les régions les plus profondes du larynx des tumeurs d'un petit volume qui avaient presque anéanti la fonction vocale. Deux fois la parole a repris sa puissance, et la prononciation sa pureté; ses deux malades, par profession, étaient obligés de parler en public, et pour eux la perte de la voix eût été irréparable : on peut donc apprécier l'étendue du service que l'opération a rendu. Grâce à une dextérité peu commune, M. Bruns a détruit les polypes sans exercer aucune violence, sans provoquer la moindre lésion sur les parties voisines, sur les cordes vocales en un mot, et pourtant c'était précisément sur ces replis délicats que les tumeurs avaient leur implantation. Débarrassés, sans dommages, du parasite, les agents de la phonation ont incontinent repris leurs fonctions, et les ont remplies comme auparavant (1).

Le premier malade de M. Bruns n'était autre que son propre frère; c'est assez dire avec quelle sollicitude le cas

(1) M. Bruns a publié ses observations dans deux brochures importantes illustrées de planches nombreuses. La première (*Die erste Ausrottung eines Polypen in der Kehlkopfshöhle durch Zerschneiden ohne blutige Eröffnung der Luftwege nebst einer kurzen Anleitung zur Laryngoscopie*, in-8 de 76 pages, Tübingen, 1862, Laupp und Siebeck) se compose, outre l'introduction, de trois chapitres distincts. Le premier renferme l'observation, qui remplit à elle seule 34 pages; le second contient la description de l'appareil instrumental imaginé par l'auteur pour conserver la vue du larynx pendant toute la durée de l'opération, et des divers instruments nécessaires à l'ablation de la tumeur. Dans le troisième enfin, M. Bruns a consigné des remarques utiles sur la pratique de la laryngoscopie en général.

La seconde brochure (*Nachtrag zu meiner Schrift : Die erste Ausrottung eines Polypen*, etc., in-8, Tübingen, 1863) renferme une nouvelle observation recueillie avec le plus grand soin.

Nous nous proposions d'abord de donner une traduction littérale de ces opuscules; mais leur étendue et la nécessité surtout où nous aurions été de reproduire les planches nécessaires à l'intelligence du texte nous ont détourné de ce projet. D'ailleurs, M. Bruns nous promet l'apparition prochaine d'une monographie complète à laquelle il met la dernière main et dont nous parlerons alors.

Toutefois, tout en conseillant à nos lecteurs de recourir aux originaux, nous donnerons prochainement une analyse étendue des deux faits cliniques de M. Bruns, qui à eux seuls jettent une vive lumière sur cette belle question de thérapeutique chirurgicale.

fut observé, avec quelle ingéniosité le manuel opératoire et l'appareil instrumental furent étudiés. Dans le second cas, les choses se passèrent plus facilement, car les obstacles étaient beaucoup moindres. Nous sommes à une époque où les bonnes choses, les vrais progrès ne courent plus le risque d'être ensevelis dans l'oubli; aussi l'impulsion donnée par le professeur de Tübingen se propage, et voici que de toutes parts les observations surgissent. La question est évidemment à l'ordre du jour.

Le laryngoscope sert actuellement la pratique de deux manières : d'abord il procure au diagnostic une précision tout à fait inconnue jusqu'alors; puis il aide directement la médecine opératoire en guidant les instruments jusque dans les profondeurs du larynx. De sorte que son emploi est utile, *quelle que soit la méthode que l'on emploie pour l'éradication du mal.*

J'invoquerai quelques exemples pour bien faire comprendre ma pensée. M. Follin rencontre un sujet affecté de polypes multiples inaccessibles à la vue et au toucher; il reconnaît leur situation, leur nombre, leur nature; il désespère de pouvoir les détruire par les voies naturelles; il crée une voie préliminaire sanglante, et déposant le laryngoscope, il opère à ciel ouvert.

MM. Hillairet et Trélat reconnaissent à l'aide du miroir un polype assez volumineux inséré sur le repli ary-épiglottique. Par hasard, et dans certains mouvements de contraction du pharynx, ce polype devient visible au fond de la gorge. Déposant le laryngoscope, M. Trélat extirpe très-habilement la tumeur.

Ici la laryngoscopie est purement exploratrice.

Au contraire, dans les cas de MM. Bruns, Walker, Fauvel, etc., le miroir, pour avoir fait constater l'existence du polype, n'a pas fini son rôle. Dans toutes les séances consécutives de destruction, il doit rester en place pour éclairer la marche des agents destructeurs, il fait partie intégrante de l'appareil instrumental; sans lui rien ne serait possible, ou du moins aucune manœuvre ne serait précise.

Ici donc la laryngoscopie est exploratrice et opératoire.

Je crois nécessaire de distinguer nettement ces deux conditions du traitement chirurgical des tumeurs du larynx, et c'est ce qui m'a fait dire, dans une discussion récente à la Société de chirurgie, qu'au point de vue pratique pur, bien différent du point de vue nosographique, et en ne considérant que les difficultés manuelles de l'extirpation, il y avait lieu de diviser les polypes en ceux qu'on voit et ceux qu'on ne voit pas au moment même de l'acte chirurgical.

Pour les premiers (qu'on les voie par le fond de la bouche ou par la fenêtre sanglante ouverte à l'extérieur), le miroir n'est plus utile. Pour les seconds, il reste toujours indispensable du commencement jusqu'à la fin, et la nécessité de le maintenir au fond de la gorge pendant toute la durée des séances opératoires n'est pas une médiocre complication du manuel.

L'article que j'écris aujourd'hui a pour objet principal de faire connaître une observation qui m'a été remise, il y a longtemps, par M. le docteur Fauvel, et à laquelle déjà il a été plusieurs fois fait allusion; je veux ensuite répondre à une lettre qui m'a été adressée par un chirurgien distingué de la province, M. le docteur Thomas, professeur à l'école secondaire de Reims. Si j'intervertis l'ordre que je m'étais proposé, et si cette fois encore je retarde la publication des faits si importants de M. Bruns, c'est que la place me manquant, je crois plus urgent, dans l'intérêt de la science, de publier un fait inédit, et, dans l'intérêt du malade de Reims, de ne point ajourner trop longtemps un avis qu'un honorable confrère veut bien me faire l'honneur de me demander.

Voici l'observation de M. Fauvel (1) :

Obs. — M. J. de B..., âgé de quarante-cinq ans, bonne constitution, ni syphilis, ni maladie diathésique quelconque, me consulte le 20 novembre 1862, et me fournit les renseignements suivants. La maladie a débuté en 1849, et a toujours progressé depuis; en voici l'origine. La voix était depuis un mois ou deux légèrement voilée, lorsque, dans un exercice militaire, M. de B..., voulant faire un commandement, émit, à sa grande surprise, une note très-basse et très-fausse; depuis ce moment, le timbre vocal a changé; l'enrouement augmentant sans cesse, la parole s'est métamorphosée en un véritable chuchotement; il y a trois mois, la voix a repris de l'éclat dans une circonstance assez singulière. M. de B... était à la chasse, il voit partir le gibier, et veut en prévenir un de ses amis; il pousse effectivement un cri rauque, et expulse par la bouche *un morceau de chair* du volume d'un pois. Le même phénomène s'est reproduit plusieurs fois dans la suite à l'occasion de quintes de toux. D'après l'avis de plusieurs praticiens, M. de B... a subi les traitements les plus variés : en 1850, lichen, tolu, tous les balsamiques; plus tard, eaux de Gleisweiler, hydrothérapie; puis cautérisations de l'arrière-gorge, vésicatoires volants, emplâtre arsenical, huile de croton à la partie antérieure du cou, électricité; en 1856, moyens empiriques, collier de vipère porté pendant un mois, etc. Tout étant resté sans succès, M. de B... cessa tout traitement; mais en 1859, à Pesth, il consulta le professeur Czermak, qui reconnut enfin le siége et la nature du mal, c'est-à-dire des polypes multiples de couleur rosée rappelant les végétations en chou-fleur, mobiles, logés entre les cordes vocales, et insérés dans l'angle antérieur de la glotte. Le seul traitement possible est l'extirpation.

Le 20 novembre 1862, j'examine à mon tour au laryngoscope, et je constate l'existence des polypes. Dans l'expiration, dans l'émission d'un cri, tous les polypes réunis ne semblent former qu'une masse bosselée, inégale, de couleur rosée, du volume d'un haricot, s'étendant depuis l'angle antérieur de la glotte jusqu'au milieu des cordes vocales. Quand, au contraire, la glotte est ouverte par une large inspiration, la tumeur se sépare en plusieurs portions, dont les unes s'insèrent au bord libre ou sur la surface des cordes vocales, les autres à l'angle de réunion de ces cordes. La trachée est saine; la colonne d'air, dans les mouvements respiratoires, élève et abaisse alternativement les polypes. M. Moura-Bourouillou constate les mêmes particularités dans un second examen, et conseille l'ablation par la bouche ou l'écrasement à l'aide d'une grosse sonde métallique introduite dans la glotte.

M. Ricord, également consulté, refuse toute nature syphilitique au mal, et conseille la cautérisation avec l'éponge chargée de nitrate acide de mercure.

Du reste, M. de B... n'éprouve actuellement et n'a jamais éprouvé ni douleurs, ni sentiment de corps étranger dans le larynx (2), ni gêne de la respiration, ni oppression; de temps en temps sensation due à l'accumulation de mucosités dans le larynx provoquant un peu de toux; raucité permanente, quelquefois extinction complète de la voix; grande fatigue après une courte conversation: tels sont les symptômes qui décident le malade à se faire opérer.

Pour agir par les voies naturelles, je fais construire une pince à anneaux recourbée presque à angle droit à 10 centimètres de son extrémité, et terminée par deux petites curettes

(1) J'ai quelque peu contracté les notes qui m'ont été remises, sans supprimer toutefois rien d'essentiel.

(2) Ce symptôme manque presque toujours chez les malades affectés de polypes du larynx. Il fait défaut dans trois cas de ce genre actuellement soumis à mes soins. (*Note de M. Fauvel.*)

concaves et munies de dents. Le malade tient lui-même sa langue. J'introduis le miroir de la main gauche, et de la droite la pince que je conduis jusqu'à la glotte. Pendant trois jours l'instrument provoque des contractions spasmodiques du larynx; mais le 28 je saisis une portion de la tumeur, dont l'extraction, sans douleur du reste, est suivie d'un léger écoulement sanguin.

Les jours suivants, mêmes manœuvres, souvent heureuses, la pince ramenant des débris plus ou moins volumineux; chaque fois un léger écoulement sanguin en résulte; la voix s'améliore; les efforts pour parler diminuent.

Pendant les premiers jours de décembre, je passe de temps en temps la grosse sonde d'étain, et réussis à écraser et à diviser le reste de la tumeur, dont les fragments sont expulsés à plusieurs reprises. Le 8, n'obtenant plus de résultats, ni par la sonde, ni par la pince, et ne pouvant détacher les dernières parcelles flottant dans la fente glottique, j'introduis tous les jours une petite éponge imbibée d'une solution de nitrate d'argent (1 gramme pour 30 d'eau distillée).

Le 11, on n'aperçoit plus trace de végétation dans l'angle antérieur de la glotte, la surface supérieure des cordes vocales inférieures est complétement détergée, leur bord libre est légèrement frangé; mais il reste encore de petits polypes à leur face inférieure; ils sont surtout visibles pendant l'expiration, la colonne d'air les chassant au dehors. Ces mêmes cordes vocales, de blanches qu'elles étaient, sont devenues rouges par suite des manœuvres opératoires et des cautérisations répétées.

Le 19 décembre, M. de B... quitte Paris; il m'écrit le 14 janvier: « Je me trouve très-bien, chacun constate le retour » d'une partie de ma voix, et moi-même, en me levant, je con- » state, non sans plaisir, une émission de son d'un volume qui, » de longue date, m'était devenu complétement inconnu... Il » y a dans mon état une amélioration telle, que le résultat final » m'apparaît maintenant comme une certitude... Je serai à » Paris dans le courant du mois de mai, et je compte sur vous » pour m'enlever le solde de mon polype. »

M. de B... conserve dix-huit fragments de sa tumeur, dont l'ensemble représente le volume d'un très-gros haricot.

La première parcelle extirpée a été examinée au microscope par M. Ordoñez, dont l'habileté est bien connue. Voici le résumé de la note qu'il a remise :

Tumeur de la catégorie des polypes papillaires, sorte de condylome ou de végétation, dans lesquels on reconnaît des papilles hypertrophiées revêtues d'une gaîne épaisse de cellules pavimenteuses à noyaux stratifiées, différant, par conséquent, des cellules épithéliales du larynx qui sont vibratiles. Chaque prolongement papillaire présente à son centre une anse capillaire flexueuse. M. Ordoñez ajoute que la plaie d'arrachement doit être très-vasculaire, qu'il y a chance de récidive si l'on ne prend pas soin de déterger avec un liquide astringent, et de cautériser vigoureusement ensuite.

Voici maintenant l'observation sommaire que M. Thomas m'a adressée le 5 mai dernier, et pour laquelle il veut bien me demander quelques renseignements :

« M. X..., âgé de soixante ans, d'une bonne constitution, est depuis longtemps affecté d'enrouement; mais, dans ces derniers temps, l'aphonie s'est considérablement accrue; la toux, autrefois modérée, devient fréquente et quinteuse; la déglutition est notablement gênée, surtout celle des liquides. Le malade maigrit sensiblement; l'examen laryngoscopique montre sur la moitié gauche de la face postérieure de l'épiglotte une tumeur de couleur rosée, sessile, offrant l'aspect d'un lobule de chou-fleur. Son sommet n'atteint pas le bord supérieur de l'épiglotte, un léger sillon l'en sépare. Sans adhérer à ce bord, le polype tend à le recouvrir. Après un grand nombre d'examens, il n'a pas encore été possible de reconnaître exactement la limite inférieure de la tumeur, parce que, sans être considérable, la saillie que forme la production pathologique est assez grande pour masquer les deux tiers antérieurs de la corde vocale inférieure. Aussi j'ignore encore si l'insertion se borne à l'épiglotte ou si elle descend jusqu'au ventricule du larynx.

» Mais ce n'est pas tout : sur la portion de la corde vocale qui reste accessible à la vue, c'est-à-dire qui n'est point masquée par la tumeur précitée, on aperçoit une petite granulation que je ne pourrais mieux comparer qu'à une granulation de la psorenterie cholérique. Enfin, à plusieurs reprises, j'ai vu nettement à la paroi postérieure de la cavité laryngienne, dans l'intervalle des cordes vocales, un peu à gauche, une saillie pédiculée grosse comme la moitié d'un grain de chènevis. Qu'ai-je à faire, quel procédé dois-je choisir (1)? »

Si M. Thomas, qui observe directement, est embarrassé, on comprend que je le sois bien plus encore. Toutefois je vais répondre par des remarques plutôt que par des conseils, fort difficiles à donner dans l'espèce. Le fait offre déjà quelque chose de remarquable, c'est la présence dans la cavité laryngienne de plusieurs lésions qui semblent indépendantes et de nature diverse. Une granulation sur la corde vocale, une autre petite tumeur pédiculée dans leur intervalle, enfin une masse morbide considérable occupant les parties supérieures de la cavité laryngienne; cette combinaison rendrait difficile une opération radicale en un seul temps, à moins qu'on ne se décidât à fendre le larynx pour le purger d'un seul coup de tous ses parasites; mais c'est là un parti extrême que je n'adopterais pas, si partisan que je sois des opérations préliminaires et des mesures radicales.

Je pense qu'il suffit pour le nommer d'aller au plus pressé, et de remettre à une époque ultérieure le complément de la cure; il est probable que la petite granulation inférieure et le petit polype jouent un rôle dans la production et la persistance de l'aphonie, mais en revanche les troubles de la déglutition, les accès de toux, l'amaigrissement; en un mot, les symptômes sérieux doivent, ce me semble, être rapportés à la tumeur épiglottique, et comme de ce côté il existe un danger réel, comme l'accroissement de volume du produit morbide pourrait amener des accès de suffocation, il convient d'intervenir hardiment.

Une opération est donc formellement indiquée, mais quelle opération, par quelle méthode et par quel procédé ? Avouons d'abord que le diagnostic est incomplet, car nous ne connaissons exactement ni la nature du mal, ni l'étendue précise des insertions.

La surface de la tumeur rappelle les végétations; il ne s'agit donc point d'une tumeur fibreuse enkystée, aisément énucléable, et l'on doit avoir affaire, soit à une tumeur papillaire, soit à une hypertrophie glandulaire. Dans le premier cas la muqueuse épiglottique serait le point de départ de la lésion; dans l'autre, le siége originel serait un peu plus profond, les glandules épiglottiques étant logées dans l'intérieur même de la lame cartilagineuse.

Le peu de mobilité de la tumeur, l'absence de pédicule plaident, pour une insertion à la fois large et interstitielle.

(1) Dans une lettre datée du 26 mai, M. Thomas m'écrit que le polype glottique est plus facile à reconnaître, qu'il est devenu plus gros et plus long, et que, dans un examen récent, il a vu son sommet reposer sur la corde vocale gauche ; que la granulation a disparu ; que la tumeur épiglottique s'est élargie sans changer d'aspect ; que, du reste, on observe les mêmes accès de toux, la même aphonie, la même gêne de la déglutition ; il y a donc une certaine urgence à agir.

L'existence d'une insertion étroite du côté des ventricules n'est guère probable, sans quoi les cordes vocales, au moins les supérieures, ne pourraient se rapprocher dans l'émission des sons aigus, *a* ou *è*, et d'ailleurs le sommet de la tumeur ne serait pas aussi intimement appliqué contre le bord supérieur de l'épiglotte. Je rapprocherais donc ce cas de ceux dont j'ai parlé dans mon premier article, et qui appartiennent à Middeldorpff et à Langenbeck. D'ailleurs au point de vue de l'anatomie pathologique, les tumeurs de la face laryngée de l'épiglotte ne sont pas très-rares, et malgré la concision des détails, il est déjà possible d'en soupçonner au moins quatre variétés :

Les tumeurs papillaires,
Les fibromes,
Les tumeurs fibro-glandulaires,
Les épithéliomes glandulaires ou autres.

Sans compter que ces productions, suivant la rapidité de leur marche, leur tendance à l'extension, etc., peuvent être de nature plus ou moins maligne, abstraction faite des troubles de voisinage qu'elles déterminent et qui sont si périlleux dans cette région.

Il importe donc beaucoup que M. Thomas pratique l'extirpation d'une manière complète, s'il veut s'assurer contre les chances d'une récidive. Il est certain que pour atteindre ce but désirable, la laryngotomie sous-hyoïdienne convieudrait merveilleusement : on aurait la tumeur sous les yeux, le toucher et la vue en suivraient les contours, et l'on pourrait, séance tenante, soit décortiquer l'épiglotte, soit au besoin en reséquer une portion, si l'éradication totale semblait l'exiger.

M. Langenbeck opéra un cas de ce genre par la bouche, il y eut récidive; il recommença, enleva une partie du fibro-cartilage, et paraît avoir obtenu un succès durable.

M. Middeldorpff, à la vérité, procéda autrement, et avec le galvano-cautère abrasa la tumeur. La récidive eut lieu certainement, mais le mal, probablement de nature bénigne, borna ses progrès, et l'élimination consécutive de quelques fragments morbides sembla procurer une guérison spontanée et définitive.

En dehors des indications théoriques les difficultés opératoires intrinsèques pourraient bien ne pas laisser le choix libre à l'opérateur.

Voici comment je procéderais dans cette occurrence. Le laryngoscope introduit, je toucherais à plusieurs reprises la tumeur, soit avec une anse métallique, soit avec un petit crochet mousse, pour m'assurer de sa mobilité de haut en bas et de droite à gauche. Avec l'anse ouverte ou le crochet, je chercherais à atteindre la limite inférieure du polype pour apprécier le niveau le plus déclive de l'insertion, et il est probable que ces explorations montreraient si, oui ou non, il est possible d'étreindre avec un fil la base plus ou moins large de la masse morbide. Si, à défaut de pédicule véritable, il y avait seulement rétrécissement léger au point d'insertion, l'anse métallique du serre-nœud se chargerait bien d'en faire un pédicule, surtout si, à l'aide d'une pince à griffe implantée dans le tissu, on parvenait à attirer et à soulever la tumeur; on procéderait donc comme l'a fait M. Trélat.

Les deux mains ne seraient pas de trop pour le maniement des instruments, c'est pourquoi il faudrait employer le laryngoscope fixé au bandeau frontal, dont M. Bruns s'est servi pour opérer son frère.

L'abrasion faite, on examinerait les jours suivants la surface traumatique, et si quelques points paraissaient suspects, on les toucherait avec un caustique approprié.

J'ai raisonné jusqu'ici dans l'hypothèse d'une tolérance assez grande des voies respiratoires actuelle ou possible à acquérir. Si cette tolérance n'existait pas, si des accidents suscités par la lésion ou les manœuvres opératoires se développaient ou mettaient la vie en danger, toute temporisation, tout ménagement seraient périlleux. Il faudrait recourir à l'incision thyro-hyoïdienne transversale. Cette opération compte deux procédés, suivant qu'on longe le bord de l'os hyoïde ou celui du cartilage thyroïde.

Chacun de ces procédés me paraît avoir ses indications spéciales, suivant l'insertion de la tumeur. Dans le premier, on ouvre réellement le pharynx. L'épiglotte, entièrement ménagée, attirée au besoin à travers la plaie du cou, est tout à fait accessible à la vue et à la main; c'est celui que M. Thomas devrait choisir. Comme exécution, du reste, les deux procédés diffèrent peu et n'offrent pas de difficultés sérieuses : point d'organe important à léser; quelques obstacles suscités seulement par les mouvements de déglutition et les mouvements respiratoires, on en triomphe avec de la patience. Il faut se rappeler seulement qu'il est dangereux de fixer trop solidement le larynx, et qu'il faut laisser libres ou à peu près ses mouvements alternatifs d'ascension et d'abaissement.

J'ai vu mon excellent ami, M. Follin, opérer de cette manière, et j'ai pu constater que l'opération, pour être un peu émouvante, n'était pas très-malaisée. Du reste, suites fort simples, cicatrisation prompte, sans qu'il soit même utile de recourir à la réunion immédiate.

Voici tout ce que je puis fournir à mon honorable confrère de Reims; si ces remarques peuvent lui être de quelque utilité, je n'aurai point perdu son temps ni le mien.

A. Verneuil.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Anatomie et physiologie pathologique.

Considérations sur les localisations cérébrales, et en particulier sur le siège de la faculté du langage articulé, par le docteur Ernest Auburtin.

(Suite. — Voir le numéro 20.)

Le langage, en tant que faculté générale, consiste à établir une relation entre une idée et un signe quelconque; parole mimique, figures, tracés, sont autant d'espèces de langages.

Gall est le premier qui ait cherché à localiser la faculté du langage; mais il ne s'en est occupé qu'au point de vue intellectuel, car dans son livre il n'est question que de l'organe de la *mémoire des mots* et *des noms*, que du *sens du langage*, que du talent de *philologie*. Dans l'acte de la parole, il y a deux phénomènes bien distincts : la faculté de créer des mots comme signes représentatifs de nos idées, celle d'en conserver le souvenir, et le pouvoir de *coordonner* les mouvements propres à l'articulation de ces mots. Il y a donc une parole intérieure, le *verbe*, et une parole extérieure, qui est le côté mécanique, *dynamique* du langage.

C'est celui-là que nous voulons seulement étudier ici, et qui n'avait même pas été soupçonné par Gall. Cet illustre observateur raconte cependant l'histoire de malades incapables d'*articuler des mots*, mais indiquant par des gestes très-expres-

sifs qu'ils ont toute leur intelligence, et, malgré cela, nulle part il n'établit de distinction entre ces deux facultés, celle de *créer* des mots et celle de les *exprimer*. Ces malades, qui ont perdu la parole tout en ayant conservé leur intelligence, sont pour lui atteints de *manie partielle bornée à la faculté de parler*.

Nous avons déjà eu l'occasion de montrer que le langage articulé étant l'apanage exclusif de l'homme, son étude ne pouvait être faite qu'à l'aide de l'anatomie et de la physiologie pathologiques; or, dans le livre de Gall, cette science est, pour ainsi dire, laissée dans l'ombre. Chacun sait, en effet, qu'il prétendait arriver à la localisation des facultés : 1° en déterminant sur le vivant le volume du cerveau ou de ses parties par l'étude de la forme extérieure du crâne : de là prit naissance le système que chacun connaît, et qu'il n'était pas difficile de réfuter; 2° il en appela à l'anatomie comparée pour avoir des lumières qu'elle était impuissante à lui fournir, car les inductions tirées des rapports que l'on avait cru saisir entre l'organisation du cerveau des animaux et leurs facultés n'étaient pas assez sûres pour que l'on pût les appliquer au cerveau et à l'entendement de l'homme.

Voilà où en étaient les choses en 1822, époque mémorable où l'étude de l'anatomie pathologique reçut de toutes parts une immense impulsion, la préférence étant toutefois pour les recherches propres au système nerveux; la raison de cette préférence est facile à comprendre. La doctrine de Gall et de Spurzheim venait de remuer profondément les esprits, et suivant qu'elle caressait ou qu'elle heurtait certaines idées philosophiques, elle était acceptée ou repoussée avec ardeur. Que d'indignation n'a-t-elle pas soulevé de la part de ceux qui veulent que la physiologie soit, esclave soumise, la très-humble servante de la métaphysique! M. Flourens, qui aspire à l'honneur d'être autant philosophe que physiologiste, puisqu'il a donné, dit-il, aux uns et aux autres ce qui leur manquait, des *faits* aux premiers, des *vues* aux seconds; M. Flourens, qui enseigne, propage tant d'hérésies pour avoir vécu complétement à l'écart des faits cliniques, repousse le principe même des localisations cérébrales par cet argument péremptoire : « *Gall supprime le moi, car le moi est l'âme; l'âme est l'intelligence générale et une, et s'il n'y a plus d'intelligence générale, il n'y a donc plus d'âme..... Il n'y a donc plus d'unité, plus de faculté une; et s'il n'y a plus d'intelligence une, il n'y a plus de moi, et s'il n'y a plus de moi, il n'y a plus d'âme!!!* » Voilà justement ce qui fait que votre fille est muette!... Voilà pourquoi le principe des localisations cérébrales est faux! Ce mélange d'*âme*, de *moi*, d'*intelligence générale*, d'*unité*, produit un effet de pénombre qui doit charmer ceux qui se complaisent dans les nébulosités de la métaphysique. M. Flourens est évidemment de l'école de ceux qui préfèrent les ténèbres à la lumière, — *melius est progredi per tenebras quam sistere gradum*; — il a pris à tâche de faire comprendre qu'il est absolument incompréhensible.

Les hommes sérieux, ceux qui cherchaient bien plus le triomphe de la vérité que celui d'une idée arrêtée à l'avance, et qui se sentaient portés à accepter le principe des localisations cérébrales, comprirent qu'une doctrine ne peut être scientifique sans preuves suffisantes, et que les moyens d'investigations des phrénologistes étaient insuffisants, trompeurs; ils pensèrent que les études cliniques seules pouvaient fournir une base solide. C'est dans ce but que furent entrepris les travaux des savants que nous avons signalés plus haut, ceux de MM. Foville, Pinel-Granchamp, Serres, et de tant d'autres.

M. Bouillaud, en recueillant un grand nombre d'observations relatives aux affections cérébrales, en étudiant avec soin celles publiées par les auteurs, fut frappé des rapports qui existaient entre la lésion des lobes antérieurs du cerveau et la perte de la parole. Ayant reconnu que, chez un certain nombre de malades, l'abolition de cette fonction existait seule, toutes les autres étant intactes, il en conclut que cette faculté pouvait périr isolément, qu'elle était donc régie par un centre spécial. Il se proposa de rechercher par l'anatomie et la physiologie pathologiques quelle partie du cerveau tient sous sa dépendance cette faculté spéciale.

Pour éviter toute équivoque, il importe de poser d'une manière précise les termes du problème que l'on se propose de rechercher; essayons donc de le faire.

La parole constitue un acte complexe auquel concourt des éléments divers. Il y a : 1° des instruments destinés à l'articulation des sons; la langue, les lèvres, le larynx, etc.; 2° un organe intérieur qui crée les mots, qui en conserve la mémoire, et qui *coordonne* les mouvements propres à l'articulation de ces mots; 3° enfin, entre l'agent articulateur, langue, lèvres, larynx, et le centre cérébral, il y a des instruments de communication. Le langage articulé peut donc être aboli de trois manières différentes : 1° par une lésion des agents articulateurs; 2° par une lésion des moyens de communication; 3° enfin par une lésion du centre cérébral qui *coordonne* les mouvements propres à la parole.

Je n'ai pas l'intention d'étudier ici toutes les difficiles questions qui se rattachent à la faculté générale du langage, mon but est de démontrer qu'aujourd'hui les observations sont assez nombreuses et assez précises pour considérer comme un fait définitivement acquis à la science que la faculté de *coordonner les mouvements propres à l'articulation des mots* a son siége dans les lobes antérieurs du cerveau. Je ne cherche pas à déterminer, pour le moment, si toutes les parties indistinctement de ces lobes président à cette fonction, ou si, au contraire, elle est localisée dans un point particulier, dans une circonvolution; plus tard nous aurons à nous en occuper.

S'il est vrai que les lobes antérieurs du cerveau soient le siége du principe coordinateur propres à la parole, il faudra que celle-ci soit abolie dans tous les cas où ils seront altérés; et réciproquement, elle devra être conservée lorsque ceux-ci seront intacts, et que la lésion portera sur un autre point du cerveau.

Dans un premier mémoire, qui remonte à 1825, M. Bouillaud appuie sa doctrine sur un faisceau de 64 observations, les unes recueillies par lui, les autres empruntées à Lallemand et à M. Rostan. Ces observations sont divisées en deux catégories : les unes sont relatives à des lésions occupant les lobes antérieurs, et avec perte de la parole, ce sont les arguments *positifs*; les autres sont les arguments *négatifs*, ils sont constitués par des cas dans lesquels la maladie intéressant d'autres parties du cerveau, la parole était conservée. Voulant faire subir à sa doctrine toutes les épreuves, il lut chaque observation, en commençant tantôt par la description des symptômes, tantôt par celle des altérations organiques trouvées après la mort. Lorsque, parmi les symptômes, il rencontrait la perte de la parole, il en concluait qu'au chapitre de l'anatomie pathologique il rencontrerait une altération des lobes antérieurs. Lorsque, au contraire, dans la description des lésions organiques il s'agissait d'une altération des lobes antérieurs, en consultant les symptômes, il devait trouver une perte de la parole. J'affirme avec sincérité, dit-il, que mon diagnostic s'est toujours rencontré juste.

Dans deux autres mémoires (1839, 1848), M. Bouillaud apporte à l'appui de sa doctrine de nouveaux faits, en même temps qu'il réfute les objections présentées contre elle; aujourd'hui elle repose sur une masse de plus de 200 observations. Toutes n'ont pas une égale importance; mais en laissant de côté celles qui peuvent paraître incomplètes ou douteuses, et je suis d'avis qu'elles doivent être écartées, les autres sont telles que, *comptées* et *pesées*, elles sont de nature à satisfaire les esprits les plus exigeants et à dissiper tous les doutes.

Les maladies du cerveau sont presque toujours complexes; elles présentent des symptômes très-variés, et lorsque l'on rapproche ceux-ci des altérations, souvent très-étendues, trouvées après la mort, on éprouve de grandes difficultés pour faire la part et de ces symptômes et de ces altérations. Telle lésion d'abord très-localisée, a une marche envahissante, et à un certain moment apparaissent des symptômes qui n'existaient

pas au début; la plupart des faits demandent donc à être analysés avec soin, et ce n'est pas un travail facile et exempt de graves erreurs, que celui qui consiste à remonter au point de départ des altérations, à les suivre dans leurs évolutions. Dans une question de la nature de celle que nous étudions ici, il faut procéder du simple au composé, rechercher d'abord les cas dans lesquels la seule lésion fonctionnelle est la *perte de la parole*, puis la rapprocher des altérations trouvées après la mort, de manière à s'assurer si entre la première et la seconde il y a bien une relation constante, forcée.

Il existe dans la science un nombre assez considérable d'observations dans lesquelles la perte de la parole est le seul symptôme, et pour notre part, nous en possédons plusieurs. Chez ces malades, l'examen le plus attentif ne permet de constater aucune paralysie du sentiment ni du mouvement, aucune déviation des yeux; les lèvres ont toute leur liberté, la langue exécute librement tous les mouvements; leur intelligence a toute son intégrité, toute sa vivacité; ils répondent aux questions qui leur sont faites avec une mimique très-expressive, avec des gestes d'une telle activité, que chez plusieurs malades la perte de la parole a passé inaperçue pour quelques médecins, tant ils parvenaient à se bien faire comprendre. Ils sont pour ainsi dire transformés en muets de naissance; si l'on cherche à les faire parler, ils font de vains efforts, leur physionomie prend une expression inquiète; ils s'impatientent, s'emportent de ne pouvoir rendre par des mots ce que leur intelligence conçoit si clairement. La plupart peuvent encore prononcer une ou deux syllabes, un ou deux mots même; mais il est rare qu'ils puissent aller au delà; alors, après bien des efforts, ils finissent par articuler un juron commun à presque tous ces malheureux. Nous avons eu longtemps dans les salles de clinique de la Charité, en 1854, un nommé Bacle, que nous avons revu plusieurs fois depuis, et qui est aux Incurables: il avait toute son intelligence, et pouvait quelquefois prononcer son nom une ou deux fois de suite; mais impatient de ne pouvoir le répéter à volonté, il articulait assez distinctement ce juron: *Sacré nom de D...!* Je cite cet exemple entre beaucoup d'autres.

Lorsque l'on vient à faire l'autopsie de ces malades, on trouve la lésion toujours localisée aux lobes antérieurs, et déjà Willis avait montré, par des observations, que les *membres ne devenaient point paralytiques* par un épanchement situé à la *partie antérieure* de la tête. On s'entend en général assez mal sur la limite des lobes antérieurs, de là bien des équivoques. M. Broca fait remarquer avec raison que beaucoup de personnes s'imaginent, à tort, que ces lobes comprennent seulement la partie des hémisphères qui est située en avant du chiasma des nerfs optiques, et de l'extrémité antérieure du lobe temporo-sphéroïdal. Leur face *inférieure* s'arrête là, en effet, mais leur face *supérieure* est presque double en étendue, car ils sont limités là par la scissure de Sylvius, dont ils forment le bord supérieur jusqu'au sillon de Rolando, qui les sépare des lobes pariétaux. J'insiste sur ce point d'anatomie qui nous permettra de réduire, à leur juste valeur, certains faits qui semblent contraires à la doctrine que nous défendons, et cependant ils ne lui portent pas la plus légère atteinte.

La nature spéciale du symptôme ne dépend pas de la nature de la lésion: dans un cas, c'est une tumeur squirrheuse ou cartilagineuse; dans un autre, c'est un foyer apoplectique ou purulent; tantôt c'est un corps étranger ayant pénétré dans la substance cérébrale. Quelquefois la lésion est beaucoup plus superficielle; c'est une simple adhérence de l'arachnoïde ou de la pie-mère aux circonvolutions avec ulcérations, érosions de la substance corticale.

Lorsque la lésion est profonde, la fonction est complétement abolie, les malades sont atteints d'*aphémie* (α privatif; φημί, je parle), expression heureuse proposée par M. Broca, et qui doit être conservée puisqu'elle donne une idée exacte de la maladie. Quand la lésion est superficielle, qu'il y a seulement quelques adhérences de l'arachnoïde, des érosions superficielles de la substance corticale, les malades peuvent encore parler, mais en bégayant; ils ont une véritable *ataxie locomotrice* des muscles destinés à l'articulation des mots; ils sont atteints d'*ataxophémie* (Bouillaud).

Cette localisation cérébrale n'a pas pris immédiatement droit de domicile dans la science, elle a même été attaquée par les hommes les plus considérables, et si l'autorité des noms devait décider du sort d'une question physiologique, nous convenons que celle-ci serait encore à chercher sa base. Dieu merci! l'autorité des faits est la seule devant laquelle tout doit céder, et nous nous souvenons du sage conseil d'Horace: *Nullius addictus jurare in verba magistri.* — Quelques-uns l'ont combattue, pour l'avoir mal comprise; d'autres ont été trompés par des faits incomplets et mal observés; d'autres enfin l'ont repoussée de parti pris, parce que, ennemis jurés du principe des localisations cérébrales, ils sentaient avec raison qu'une *seule* localisation démontrée suffirait pour établir la vérité de ce principe. M. Rochoux, opposé au système de Gall, a eu la franchise de le déclarer en pleine Académie. « Si la localisation de la parole dans les lobes antérieurs, dit-il, venait à être démontrée vraie, il pourrait bien en arriver autant pour la crâniologie! » Est-ce bien là un argument scientifique? Faut-il, avant de rechercher une vérité, se préoccuper de l'influence qu'elle pourra avoir sur telle ou telle doctrine, et la repousser ou l'accepter au nom de celle-ci?

Je ne puis ici reprendre une à une et examiner toutes les objections qui ont été faites contre la localisation de la parole articulée dans les lobes antérieurs du cerveau; je renvoie ceux qui voudront étudier cette question dans tous ses détails au mémoire de M. Bouillaud, publié dans les *Bulletins de l'Académie*, 1839. Pas une, par exemple, des sept observations présentées par M. Cruveilhier, comme opposées à cette doctrine, n'a pu résister à un examen sérieux. Dans plusieurs, il s'agit de malades qui avaient la parole gênée ou abolie sans altération des lobes antérieurs du cerveau, mais qui présentaient une altération de la protubérance annulaire, des corps olivaires, des tubercules mamillaires; or, on sait que c'est dans ce voisinage que prennent naissance les nerfs grands hypoglosses et glosso-pharyngiens. Chez ces malades, il y avait donc paralysie de la langue, et ces faits sont en dehors de ceux que nous devons examiner ici. On se souvient de la distinction que nous avons établie plus haut; jamais nous n'avons dit que la destruction des lobes antérieurs du cerveau fût la seule cause de perte de la parole, nous avons soutenu que c'était l'une de ces causes, la seule dont nous voulons nous occuper.

Dans d'autres cas, il s'agit de malades atteints d'hémiplégie avec gêne *extrême de la déglutition.* Enfin, on crut décisives des observations dans lesquelles, des malades ayant continué à parler, on rencontrait à l'autopsie une altération *plus ou moins circonscrite* des lobes antérieurs. Or, ces faits ne prouvent absolument rien contre la doctrine, car j'ai déjà montré que M. Bouillaud n'avait pas eu la prétention de déterminer *le point mathématique* des lobes antérieurs où est le siége de cette faculté du langage articulé, lobes qui président d'ailleurs à tant d'autres facultés.

A la Société d'anthropologie, j'ai déjà eu l'occasion de discuter des observations qui semblaient ruiner de fond en comble la doctrine que je défends (séance du 4 avril 1861). J'ai étudié avec soin tous les faits qui ont été publiés, et je ne sache pas *un seul cas* dans lequel on ait trouvé les lobes antérieurs du cerveau dans un état d'*intégrité parfait*, à l'autopsie des individus qui avaient perdu la faculté du langage articulé, avec conservation de leur intelligence. On m'a opposé des faits relatifs à des individus ayant parlé jusqu'au dernier jour, et chez lesquels on avait rencontré une lésion spontanée ou traumatique, mais n'occupant qu'une partie plus ou moins étendue des lobes frontaux. En étudiant plus loin les observations recueillies dans ces derniers temps, nous verrons que cette objection qui semble péremptoire, est cependant sans valeur, car cette lésion peut laisser intact le point même où siége cette

faculté. Pour qu'elle eût toute sa puissance, il faudrait que la parole fût conservée, *toutes les circonvolutions étant détruites jusqu'au sillon de Rolando*; or, j'affirme que dans la science il n'y a pas un *seul* cas de ce genre.

Je reconnais donc volontiers qu'une lésion des lobes antérieurs n'entraîne pas *nécessairement* une perte de la parole, mais je soutiens que lorsqu'elle sera abolie chez un malade en dehors de toute autre lésion fonctionnelle, on trouvera *toujours* une altération plus ou moins étendue de ces lobes; que le diagnostic dans ces conditions bien précises est possible, qu'il a été fait, et qu'il n'a jamais été démenti à l'autopsie. On a fait grand bruit d'une observation publiée par Bérard, et capable, disait-on, de réduire à néant toutes les preuves qui attribuent aux lobes antérieurs la faculté de *coordonner* les mouvements propres à l'articulation des mots. Il s'agit d'un homme atteint au front par un éclat de mine, et dont les deux lobes frontaux *auraient été complétement écrasés et réduits en bouillie;* malgré l'étendue de cette lésion, il aurait survécu pendant vingt-quatre heures, sans présenter de troubles ni du côté de la *motilité*, ni du côté de l'*intelligence*, il n'aurait présenté ni *contracture* ni *paralysie!* Quelle conclusion doit-on tirer d'un fait semblable? C'est que les deux lobes antérieurs peuvent être *complétement écrasés et réduits en bouillie* sans qu'il se présente *aucun symptôme*, et que toutes les fonctions intellectuelles et autres peuvent s'exercer *librement*, bien que cette portion de la masse cérébrale *soit détruite*. Quel physiologiste, quel clinicien accepterait cette conclusion, bien légitime cependant? Chez un malade dont je rapporterai l'histoire plus bas, et qui avait perdu l'usage de la parole, le cerveau, examiné avec soin, sembla avoir les lobes antérieurs intacts, et cependant la troisième circonvolution frontale était détruite dans une étendue assez considérable. Ce même malade est resté pendant dix ans jouissant de toutes ses facultés, de tous ses mouvements, et ne présentant qu'une seule lésion fonctionnelle, *la perte de la parole*. Au bout de ce temps, il devint hémiplégique à droite. C'est ainsi que les choses se passent le plus souvent; la lésion primitive restant localisée pendant un temps plus ou moins long aux lobes antérieurs, elle se propage graduellement vers les corps striés, les corps locaux, la voûte à trois piliers, qui sont très-rapprochés d'eux, comme on sait.

Si la doctrine que nous défendons est fausse, pour la ruiner il y a un moyen plus sûr que de lui opposer des faits tronqués, équivoques, véritables armes à deux tranchants avec lesquelles on peut indifféremment plaider le pour ou le contre; il faut aborder de face les observations détaillées très-complètes qui existent en grand nombre et qui forment la base sur laquelle elle repose. Or, personne, que je sache, parmi ceux qui se sont constitués ses adversaires, n'a entrepris cette tâche; donc, ces observations demeurent avec toute leur signification. Pour mon compte, je suis prêt à considérer comme complétement erroné ce point de physiologie, que *le centre cérébral qui préside aux mouvements de coordination de la parole a son siége dans les lobes antérieurs du cerveau*, si l'on peut produire une *seule* observation relative à un malade qui, ayant été privé de l'usage de la parole, ait présenté les lobes antérieurs dans un état d'intégrité complet, en les examinant par circonvolutions.

Plusieurs de ces malades, ne pouvant plus parler, répondent par *écrit* aux questions qui leur sont adressées, avec une grande précision, nouvelle preuve de l'intégrité de leur intelligence. Témoin cet individu dont Ph. Boyer rapporte l'observation, qui reçut un coup de parapluie dans l'orbite droite, et qui perdit *subitement* la parole. Le bout du parapluie avait défoncé la voûte orbitaire et profondément lacéré le lobe antérieur.

Les exemples de lésion de cette région du cerveau par cause traumatique sont assez nombreux dans la science. M. Bonnafond a publié en 1847, dans l'Union médicale, plusieurs observations relatives à des coups de feu chez des soldats. Les projectiles avaient traversé d'un côté à l'autre les deux lobes antérieurs du cerveau. Les blessés avaient *subitement* perdu la parole, en conservant l'intelligence. A la même époque, 1847, une femme âgée de trente-cinq ans était apportée dans le service de Blandin, ayant fait une chute sur la marche d'un escalier. Quelques jours après, l'intelligence, la motilité, la sensibilité étant intactes, elle perd l'usage de la parole et ne peut répondre aux questions qui lui sont faites que par *oui* ou *non*. A l'autopsie, on trouva les méninges adhérentes aux circonvolutions cérébrales dans toute l'étendue du tiers inférieur de la face convexe des deux hémisphères. A ce niveau, la substance grise est ramollie et se déchire lorsque l'on enlève la pie-mère. En pratiquant une coupe horizontale sur les deux lobes antérieurs, on y trouve deux abcès : l'un à gauche, du volume d'un œuf de pigeon, occupant le centre du lobe frontal; l'autre, à droite, du volume d'une noisette, creusé dans l'épaisseur de la circonvolution la plus antérieure. Les corps striés, *les corps locaux et les autres parties du cerveau ne présentaient aucune altération.*

Ces faits équivalent à de véritables vivisections. Lorsqu'une balle traverse les lobes antérieurs et abolit la parole sans troubler aucunement l'intelligence, n'est-ce pas pour le physiologiste observateur la même chose que si la plaie avait été pratiquée dans un but d'investigation scientifique?

Parmi ces faits de traumatisme, que je considère comme aussi démonstratifs que des vivisections, il en est un qui mérite d'être rappelé ici. On apporta un jour à l'hôpital Saint-Louis un homme qui, pour se suicider, venait de se tirer un coup de pistolet à bout portant sur le front. L'os frontal était complétement enlevé. Les lobes antérieurs du cerveau étaient à nu, mais n'étaient pas entamés. L'intelligence était intacte, ainsi que la parole. Ce malheureux survécut pendant plusieurs heures, et l'on fit sur lui l'expérience suivante. Pendant qu'on le faisait parler, on appliquait sur les lobes antérieurs le plat d'une large spatule, on comprimait légèrement, et la parole était *tout à coup suspendue*, le mot commencé était coupé en deux. La parole reparaissait dès que l'on cessait la compression. Chez ce blessé, la compression, faite avec beaucoup de prudence, ne portait aucune atteinte aux fonctions générales de l'encéphale; limitée aux lobes antérieurs, la *seule faculté abolie* était celle du langage.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Syphilographie pratique.

SUR LA FORME DE LA LÉSION INITIALE DE LA SYPHILIS, ET SUR LA SIGNIFICATION ÉTIOLOGIQUE ET PRONOSTIQUE DE CETTE FORME, par M. P. DIDAY.

(Suite et fin. — Voir le numéro 21.)

A présent que la variété des lésions primitives, la différence de leurs caractères est un fait établi, nous pouvons agiter la question principale; nous pouvons nous demander : « à quoi tiennent ces différences? » ou, pour serrer encore de plus près le problème pratique : « la lésion primitive, à caractères accentués, annonce-t-elle une syphilis forte; et la lésion primitive à caractères atténués, une syphilis faible?... »

Si je voulais soutenir cette loi de concordance entre la lésion-cause et la lésion-effet, je n'en aurais ni le mérite, ni la responsabilité. Carmichaël et Rinecker n'ont laissé à personne l'initiative de cette idée. Carmichaël, parlant au nom d'une expérience de quinze années, distinguait déjà entre la syphilis bénigne (*papular venereal disease*) produite par sa *patchy excoriation*, et la vraie syphilis (*true syphilis*) produite par le vrai chancre calleux. Rinecker décrit deux variétés de la maladie syphilitique : l'une, la syphilis proprement dite, qui a le chancre; l'autre, la syphiloïde, qui aurait la plaque muqueuse, pour points de départ.

De pareilles explications, des formules aussi tranchées seront toujours bien accueillies par les théoriciens. En voyant apparaître une certaine lésion chez l'homme, par exemple,

est-il rien de plus naturel que de supposer qu'une lésion identique existait chez la femme qui l'a contaminé ?

Mais l'existence de ces transmissions directes, en fait de syphilis, n'est plus aujourd'hui physiologiquement soutenable. Oh ! sans doute, quand il s'agit de maladies simplement contagieuses, non virulentes, la cause produit toujours un effet adéquat à elle-même, rien de plus, rien de moins. La chancrelle propage une chancrelle ; la blennorrhagie une blennorrhagie ; l'acarus, en sautant d'un individu à l'autre, retombe, pour ainsi dire, sur ses pattes, tel à l'arrivée qu'il était au départ.

Mais avec les virus, en matière de syphilis, tout change. Ni les lois d'évolution, ni les phénomènes visibles qui décèlent l'empire de ces lois, ne ressemblent à la marche des simples contagiums à effet purement local. Dès que la lésion primitive apparaît, on peut dire que l'intoxication générale est déjà commencée. Car cette lésion a eu un temps d'incubation ; elle est irréinoculable ; elle est inabortible. Vous en faut-il davantage pour admettre que le virus a déjà un pied dans l'organisme ? Sans doute il n'en a qu'un ; sans doute l'infection à ce moment est plutôt décidée que réalisée ; sans doute la lésion primitive est, de toutes celles que va offrir un syphilitique, celle qui traduit le plus l'intensité de la cause infectante, celle qui traduit le moins la force de réaction de l'organisme infecté. Mais enfin, je le répète, puisqu'elle a incubé, dès qu'elle est irréinoculable et inabortible, la lésion primitive est bien réellement un état constitutionnel

Or, ce virus peut-il avoir influencé la constitution sans que la constitution, réciproquement, l'ait influencé lui-même ? Et cela étant, n'est-il pas naturel que la lésion primitive, la seule qui existe à ce moment, accuse par ses différences le degré variable de cette action exercée par la constitution du sujet infecté !

Par sa forme, la lésion primitive dénote donc bien plus le degré de force de la syphilis dont elle marque le début, que le degré de force virulente de la lésion du contact de laquelle elle procède.

En termes plus précis, la lésion primitive offre dans sa forme le reflet de toutes les influences qui, au moment où on la voit, contribuent à faire que la syphilis sera forte ou sera faible. Certainement, parmi ces influences, la prédominante est bien celle qui tient au degré de force du virus infectant (degré dont nous jugeons par la forme de la lésion dont le contact a opéré l'infection) ; et c'est bien pour cela qu'il y a si fréquemment un rapport entre la forme de la lésion primitive de l'infectant et la forme de la lésion primitive de l'infecté ; c'est pour cela qu'on se laisserait si aisément entraîner à généraliser outre mesure, à affirmer qu'un vrai chancre produit toujours, et ne peut produire qu'un vrai chancre, qu'une érosion chancriforme, produit toujours et ne peut produire qu'une érosion chancriforme. Mais l'état de l'organisme du sujet infecté, la résistance plus ou moins considérable de ce sujet, joue aussi un rôle qu'il ne faut ni contester, ni amoindrir ; rôle réel, quoique difficile à calculer et à prévoir ; rôle dont l'effet sur la forme de la lésion primitive va en grandissant à mesure qu'on s'éloigne du moment où l'infection a eu lieu.

Rappelez-vous, du reste, messieurs, que la lésion primitive ne peut exprimer que deux choses : 1° l'origine, la source, d'où elle procède ; et 2° les dispositions acquises actuellement (au moment de l'examen) du sujet chez lequel on l'observe. Et ne vous étonnez pas des quelques exceptions qui vous montreront une syphilis forte, par exemple, survenant chez un homme qui n'avait eu qu'une érosion chancriforme. Cela vient, chose facile à comprendre, de ce que, à partir du jour de la contagion, des causes nouvelles auront surgi, ou d'anciennes causes auront alors seulement réalisé leur effet, de manière à rendre le sujet plus susceptible d'une vérole forte, qu'il ne l'était à l'époque où la lésion primitive s'est manifestée.

Rappelez-vous aussi, lorsque vous voudrez vérifier ce que je viens de dire, les modes variables d'*insertion* du virus, lesquels peuvent abréger ou allonger l'incubation ; rappelez-vous l'influence des *régions* et des *tissus*, qui amoindrit ou exagère l'induration ; mettez en ligne de compte le *traitement* dont l'action est si influente. Prenez, d'autre part, en considération tout ce qu'il y a ordinairement d'obscur dans les signes commémoratifs ou actuels par lesquels l'aptitude de tel individu à avoir une vérole forte ou une vérole faible peut se révéler au praticien. Et lorsqu'on vous opposera d'apparentes exceptions à la loi de concordance *entre la forme de la lésion primitive et la force de la vérole qui lui a succédé*..., n'en contestez aucune ; elles sont toutes dans la nature, — et le plus souvent la nature mieux interprétée saurait les faire rentrer dans la règle ; — n'en contestez aucune, mais demandez seulement qu'on ne s'en rapporte pas non plus à elles seules, et prenez pour arbitre la statistique.

Il faut véritablement ignorer le premier mot de la pathogénie des virus pour supposer qu'on va voir toujours et constamment une vérole forte naître du contact d'un chancre, une vérole faible naître du contact d'une plaque muqueuse. Cette plaque muqueuse est-elle donc toujours identique pour que vous lui demandiez de produire constamment un effet identique ? Si elle résulte de la transmission immédiate ou médiate d'une syphilis héréditaire, si elle était contemporaine de la première poussée de la syphilis dont elle fait partie, si le virus qui l'a engendrée n'avait, depuis 1494, subi qu'un petit nombre de migrations d'organisme à organisme, n'est-elle pas capable d'effets plus forts que si elle se trouvait dans des conditions opposées d'origine, d'âge, de numéro de transmission ? D'autre part, le sujet infecté, — car il faut être deux pour *faire* la vérole, aussi bien que pour la prendre, — le sujet infecté n'influe-t-il pas aussi sur le résultat, c'est-à-dire sur le degré de l'infection produite ? Sa constitution, sa santé antérieure n'exercent-elles pas une action dont tout vous fait admettre par anticipation la réalité ?

Voilà, au lieu de la vérité doctrinale, la vérité pratique, messieurs. Voilà par quelles questions je réponds à l'éternelle question de ces sceptiques bardés d'absolutisme, qui ne sauraient m'aborder sans me dire : « Eh bien ! je viens encore d'observer une exception à votre fameuse loi de la force du produit proportionné à la force de la cause ! » Ma loi !... Eh bien, soit ! veuillez, de grâce, mes chers confrères, me trouver, en ce genre, dix causes exactement égales, dix sujets également disposés à en ressentir l'atteinte, et alors seulement, du moment que vous m'aurez créé mes justiciables, je consens à me poser en législateur.

Mais, d'ailleurs, en dépit des prétendues exceptions, trop de faits, jusqu'à présent, ont confirmé le principe pour qu'on puisse le regarder comme moins justifié par-devant l'expérience qu'il ne l'est aux yeux de la raison. Je prends surtout pour exemple les inoculations pratiquées dans un but expérimental, sur des sujets sains, avec du fluide de lésion secondaire. Là, le virus à employer avait été choisi ; — sa qualité secondaire soigneusement mise hors de doute ; — l'heure et le mode de la transmission avaient été bien déterminés ; — de très compétents observateurs, parfois un public nombreux, étaient aux aguets pour enregistrer la nature des suites de l'expérience ; — ces suites furent, durant les six premières semaines au moins, soustraites à l'influence des spécifiques ; — enfin, leur description fut immédiatement publiée, *ne varietur*, et par les auteurs eux-mêmes, condition essentielle pour une discussion profitable et sérieuse.

Eh bien ! dans ces conditions de choix, où tout était vérifiable, où toutes les causes d'erreur, quant à ce qui concerne l'agent contagieux, avaient été écartées, qu'est-il arrivé ? Quel a été le résultat ?

Assurément, une vérole faible, ferez-vous dire d'avance à ce que vous vous obstinez à appeler *ma théorie* ; puisque l'on avait voulu puiser et que certainement (pour la plupart des cas) on avait puisé l'agent contagieux à une lésion secondaire.

Or, en réalité, qu'est-il arrivé ?

Une vérole incontestablement faible ; tellement faible que,

dans sa lésion primitive, on n'a pas reconnu la lésion primitive de la vérole ordinaire, de la vérole commune, de force moyenne.

Vingt fois, sous les yeux de syphilographes éminents, attentifs, la lésion ainsi produite a suivi son cours, hors de toute influence thérapeutique, sans qu'on l'ait reconnue pour l'analogue de la lésion primitive de la vérole clinique vulgaire.

Aucun de ceux qui l'ont vue les premiers, cette lésion, aucun de ceux qui l'ont faite, n'a songé à lui donner le nom de chancre. Trouver que ce nom pouvait à la rigueur lui être appliqué a paru une découverte importante, assez importante pour devenir une aigre pomme de discorde entre deux auteurs qui s'en disputent la priorité. Et cette assimilation, — d'abord formulée par les deux contendants, remarquons-le, comme une simple vue de l'esprit, — a tellement frappé le monde savant par son étrangeté, qu'elle a été jugée digne de devenir le signe de ralliement d'une école qui s'obstine à la maintenir dans toute sa rigueur; d'une école dont l'œuvre à ses yeux la plus méritoire, — et bien certainement à mon sens la plus laborieuse, — est de soutenir qu'il n'y a aucune différence entre la lésion née du contact d'un chancre et la lésion née d'une plaque muqueuse.

Mais revenons aux inoculateurs de secondaire et à la lésion née sous leur lancette. Quand je vois un chancre, moi, je l'appelle chancre. La lésion qu'ils ont créée, eux, ils ne la nomment pas ainsi; ce qui fait déjà une différence.

Pourquoi aucun d'eux ne lui a-t-il donné le nom de *chancre?* Très-probablement, parce qu'elle n'en présentait pas les caractères.

Ce n'est pas tout. Non-seulement aucun n'appelle cette lésion *chancre;* mais plusieurs lui donnent une autre dénomination. A côté des *tubercules*, des *condylomes* (vagues désignations dont les traductions de l'anglais ou de l'allemand nous forcent de nous contenter), deux auteurs, Rinecker (1) et M. Gibert appellent positivement *plaque muqueuse*, *tubercule plat*, la lésion qui apparut au point inoculé. Et le dernier auteur maintient fermement, contre toute opposition, contre toute ironie, la justesse de cette appellation, qui d'ailleurs n'avait été faite par lui que d'après la considération des caractères physiques de cette lésion; lésion qu'il avait vue, lui, et que certes n'avaient point vue ceux qui datent de Lyon leur argumentation contre le médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Mais il y a plus encore. Nous avons l'avis des inoculateurs sur les caractères de la lésion inoculée; nous savons comment ils ne l'appelèrent pas et aussi comment ils l'appelèrent. Après ce qu'ils en ont pensé, voyons ce qu'ils en ont fait.

Ces messieurs se proposaient, on le sait, de prouver la contagiosité des *lésions secondaires*. C'est dans ce but, dans ce but *unique*, qu'ils avaient quitté la plume pour la lancette. Seul il pouvait, jusqu'à un certain point, excuser l'attentat qu'ils allaient commettre. Car de quel intérêt doctrinal, de quelle perspective de découverte, je vous le demande, auraient-ils pu exciper, pour se croire autorisés à faire une chose aussi connue, aussi généralement admise que celle de voir un homme sain prendre la vérole par la contagion d'une *lésion primitive?...*

Eh bien! ces auteurs recommandables, ces spécialistes exercés, qui ne voulaient inoculer qu'une *lésion secondaire*, qui, dans la lésion où ils allaient puiser le fluide à inoculer, recherchaient, précisaient avec tant de soin les caractères objectifs propres à prouver qu'elle n'était bien réellement qu'une lésion secondaire... ils ont cependant trouvé cinq fois ces caractères-là tellement prononcés dans une lésion, qui, en réalité, était *primitive*, qu'ils ont de bonne foi cru satisfaire aux conditions de leur programme en inoculant celle-ci. Cinq fois, par la méprise la plus étrange en théorie, mais la plus concevable en fait, Rinecker, M. Gibert et l'anonyme du Palatinat, au lieu d'emprunter leur fluide à une lésion secondaire, l'ont emprunté à une lésion primitive. En effet, cette lésion était bien réellement primitive, puisqu'elle était la première qui se fût développée au lieu inoculé chez un sujet sain. Si elle a pu leur en imposer pour une secondaire, si elle en avait à ce point toutes les apparences, c'est uniquement parce que le fluide dont l'inoculation avait produit cette lésion était du fluide puisé à une lésion secondaire. Et notre honorable confrère, M. le docteur Guyenot, qui, très loyalement, a noté cette circonstance, ne relève cependant l'erreur qu'avec discrétion. Il n'en maintient pas moins ces cinq faits-là au nombre des preuves expérimentales de la contagiosité des lésions secondaires; se bornant à remarquer qu'ils « prouvent au moins la contagiosité du virus syphilitique de provenance secondaire ».

Ainsi considérée en bloc, née dans des conditions qui neutralisent autant que possible toute cause modificatrice étrangère à l'agent contagieux, telle est, telle se présente la lésion primitive de la vérole qui résulte du contact d'une lésion secondaire. A vous, messieurs, de décider à quel point elle ressemble au chancre induré, au chancre huntérien, tel que les descriptions classiques vous l'ont fait connaître, tel que vos propres souvenirs vous le rappellent. Mais les autres accidents, les lésions ultérieures de la vérole, ce qu'on appelait jadis les *symptômes constitutionnels*, participent-ils de cette bénignité comparative? Voilà ce qu'il faut maintenant examiner.

Examiner?... Non pas, messieurs. Je recule, — et moins encore voudrais-je vous l'imposer, — devant ce fastidieux travail qui consiste à interpréter, dans un but doctrinal d'atténuation ou de grossissement, la durée de telle incubation, la profondeur de telle exulcération, l'état croûteux ou seulement squameux de telle plaque, etc., etc. Ce travail, je le laisse volontiers à celui de mes adversaires qui voudra l'entreprendre; et je me contente, quant à moi, d'en appeler à la clinique, non pas telle que je pourrais vous la présenter, mais telle que vous l'étudierez vous-même dans le grand livre, le seul qui ne trompe jamais, et le seul contre lequel personne n'est en droit de s'inscrire.

Toutefois, à défaut des faits — que je possède, mais que je réserve, — rien ne m'empêche de citer mes autorités. L'idée de deux degrés inégaux de force entre la syphilis que transmet la lésion primitive et la syphilis que transmet la lésion secondaire, éclate dans l'œuvre entière de Carmichaël, — ce profond observateur si méconnu, si travesti, — ainsi que dans celle beaucoup moins pratiquement élaborée, il est vrai, de Wallace. Quant à Rinecker, il a trouvé entre ces deux sortes de syphilis des différences d'intensité telles, qu'il croit devoir les consacrer, par une dénomination différente, et qu'il appelle la première maladie *syphilis proprement dite*, réservant à la deuxième le nom de *syphiloïde*.

Mais pourquoi amonceler des autorités contre une école, quand nous avons pour nous cette école elle-même, confessant, par la bouche de son digne chef, de M. le docteur Rollet, que « les éruptions dites constitutionnelles ont toujours été assez bénignes après les inoculations que nous connaissons » (*Gaz. méd. de Lyon*, 1860, p. 265), — mon cher collègue me permettra d'arrêter là la citation, — déclaration répétée, pour ce qui concerne la transmission clinique, par l'un de ses plus fidèles et plus savants disciples, M. le docteur Chabalier, qui écrit : « La syphilis communiquée par un accident secondaire semble avoir perdu de son intensité. Les éruptions qui suivent l'accident primitif paraissent moins graves et plus courtes. » (*Thèse inaugurale*, mars, 1860, p. 3.)

Après de semblables aveux, qu'aurais-je à ajouter, messieurs? Pas un mot, il en affaiblirait la concise éloquence; pas un argument, en l'absence de contradicteurs, il se perdrait dans le vide. Rappelons-nous seulement que M. Gibert a publié

(1) Rinecker dit que « la forme élémentaire par laquelle débute la syphilis transmise par lésion secondaire est *toujours la plaque muqueuse.* » — Voici donc, chose assez singulière, un expérimentateur qui a produit deux fois la syphilis par l'inoculation de la lésion secondaire, chez les inoculés duquel on a dit, répété, soutenu que la lésion initiale avait été un *chancre*, et qui déclare, lui, que c'étaient, que ce sont toujours des *plaques muqueuses!*

un travail spécial dans le but de faire connaître les avantages que ses inoculés ont tirés de l'inoculation pour la guérison de maladies cutanées dont ils étaient antérieurement porteurs. Et, sans nier une seule des assertions de notre éminent confrère, sans même émettre ici le désir de voir paraître à cet intéressant mémoire une *suite*, calculons, s'il est possible, quelle bénignité exceptionnelle a dû avoir dans ces cas la maladie transmise, pour que, en France, un médecin d'hôpital ait pu ainsi se féliciter publiquement, et féliciter ses malades, de leur avoir donné la vérole !

Après quelques observations détaillées (1), *à l'appui des idées précédemment exposées, le professeur continue ainsi :*

Mais bien au-dessus de ces réminiscences cliniques, se place un grand fait statistique sur lequel je m'appuie, je le déclare, avec la plus entière confiance, parce qu'il a précédé mes recherches, au lieu de venir après elles, et aussi parce qu'il contient l'épreuve et la contre-épreuve. M. Bassereau, on le sait, a étudié les diverses espèces de syphilides qui signalent l'invasion de la maladie constitutionnelle; et l'on sait aussi qu'il les a divisées en quatre classes, classes qu'il a rangées dans un ordre énonçant le degré croissant de gravité de l'intoxication. Ainsi, pour lui, comme du reste pour tous les observateurs, quand l'éruption qui éclate au début de l'infection est un simple érythème, ceci dénote une intoxication moins grave que si l'éruption était papuleuse; la papuleuse, une intoxication moins grave que la pustuleuse; la pustuleuse, moins grave que la tuberculeuse.

Il faut encore rappeler que M. Bassereau a eu la chance de découvrir, la patience de compter quelles sont les *diverses formes* de chancre qui ont précédé telle ou telle éruption. Ainsi, on trouve sur son livre que, sur cent cas, par exemple, de syphilide érythémateuse, l'antécédent a été tant de fois une érosion chancreuse, a été tant de fois un chancre induré; même calcul pour la lésion initiale de la syphilide papuleuse, de la pustuleuse, etc.

Nous tenions donc là le moyen de vérifier cliniquement, et sur la plus ferme comme sur la plus large échelle, la justesse de nos convictions. Comme l'*érosion chancreuse* de M. Bassereau est notre *érosion chancriforme*, nous nous dîmes : « Si dans les tableaux de M. Bassereau il y a plus d'érosions chancreuses que de chancres indurés pour antécédent des syphilides légères; et s'il y a, au contraire, moins d'érosions chancreuses que de chancres indurés pour antécédent des syphilides graves, il sera démontré que la forme de lésion primitive que nous savons être la plus bénigne est suivie de la syphilis la moins grave, et réciproquement. »

Or, en compulsant les chiffres de M. Bassereau, nous avons eu la satisfaction, extrêmement précieuse, quand elle nous vient d'une autorité aussi notoirement consciencieuse et aussi universellement acceptée que celle de notre cher collègue, nous avons eu, disons-nous, la satisfaction d'y trouver la réalisation aussi complète que nous pouvions l'espérer, de nos prévisions. La table suivante donnera une idée de la proportion régulièrement et graduellement décroissante des érosions chancreuses par rapport aux chancres indurés, à mesure qu'on passe des syphilides moins graves aux plus graves.

(1) La 6e observation se termine comme il suit :
« Vu la bénignité de la lésion initiale, je ne me fis aucun scrupule de donner les meilleures assurances sur le peu d'intensité des symptômes ultérieurs, annonçant toutefois qu'ils serviraient eux-mêmes à compléter l'horoscope. Bref, tout se passa comme j'avais pris sur moi de l'annoncer, et, après quelques poussées de peu d'importance, nous sommes aujourd'hui débarrassés tous les deux, le malade de sa vérole et moi de ses visites. »

	NOMBRE de cas.	NOMBRE des érosions chancreuses comme lésion primitive.	NOMBRE des chancres comme lésion primitive.	PROPORTION de l'érosion chancreuse au chancre induré.
Syphilide papuleuse....	23	15	8	100 à 53
Syphilide érythémateuse.	170	140	24	100 à 16
Syphilide pustuleuse....	08	3	65	100 à 1160
Syphilide tuberculeuse (1)..	50	10	40	100 à 400
TOTAL......	311	174	137	

(1) Cette forme appartenant bien rarement aux premières poussées, M. Bassereau avertit lui-même qu'il n'a pu déterminer l'espèce de lésion primitive que d'après les souvenirs des malades et l'aspect de la cicatrice.

. . . .

Je conclus, car il est temps d'utiliser cette longue discussion au profit de la détermination pronostique qui nous occupe; je conclus que, lorsque la lésion initiale d'un malade offre les caractères que j'ai décrits comme appartenant au *vrai chancre*, on peut s'attendre à une vérole forte, et l'on doit, ou se tenir prêt à agir, ou agir dès lors en conséquence; que, lorsque, au contraire, la lésion initiale offre les caractères d'une *érosion chancriforme*, on peut (à moins de conditions de santé ou d'hygiène particulièrement mauvaises chez le sujet infecté), s'attendre à une vérole faible, et se conduire en conséquence, c'est-à-dire surseoir à l'administration du mercure.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 MAI 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

PALÉONTOLOGIE. — *Note sur les résultats fournis par une enquête relative à l'authenticité de la découverte d'une mâchoire humaine et de haches de silex, dans le terrain diluvien de Moulin-Quignon*, par M. *Milne Edwards*. — M. Milne Edwards, dans un historique détaillé de la question, rappelle la première découverte de haches de silex par M. Boucher de Perthes, en 1837, dans le *diluvium* d'Abbeville; les doutes qui accueillirent cette découverte; l'adhésion de quelques éminents géologues, MM. Prestwich, Évans, Lyell, Desnoyers, Lartet, Gaudry; enfin les recherches et les travaux de Schmerling, Tournal, Lartet et de Vibraye, s'accordant à démontrer la contemporanéité de l'homme et du mammouth (*Elephas primigenius*), du *Rhinoceros tichorhinus*, et de quelques autres espèces perdues.

M. Milne Edwards retrace ensuite les particularités de la découverte faite le 28 mars dernier, à Moulin-Quignon, d'une moitié de mâchoire humaine; le voyage et les constatations de M. de Quatrefages et de M. Falconer; le témoignage favorable et unanime d'abord de ces deux savants; puis les doutes et les protestations rétrospectives de M. Falconer publiées dans le TIMES.

En vue de résoudre définitivement la question, il fut décidé que la *mâchoire* d'Abbeville serait soumise à l'examen d'une sorte de congrès anglo-français, composé de MM. Falconer, Prestwich, Carpenter et Busk, d'une part; de Quatrefages, Milne Edwards, Lartet, Desnoyers et Delesse, d'autre part.

M. Milne Edwards rend compte des recherches et des explorations auxquelles se sont livrés ces savants, des études et des moyens de contrôle variés auxquels ils ont soumis les haches de silex, le fragment de mâchoire et les dents humaines trouvés à Moulin-Quignon; enfin des discussions auxquelles l'enquête a donné lieu, et auxquelles ont pris part, indépendamment des savants précités, MM. Delafosse, Daubrée, Hébert, Gaudry, Buteux, Alphonse Edwards, Delanoue, de Vibraye, Bert, Vaillant et Garrigou.

Après avoir présenté notamment dans tous ses détails la minutieuse enquête faite sur les lieux par tous ces savants réunis, M. Milne Edwards ajoute : « Le désir d'arriver à la connaissance de la vérité était l'unique sentiment dont étaient animés tous les paléontologistes qui, de Londres et de Paris, s'étaient rendus à Abbeville pour étudier les questions dont je viens d'entretenir l'Académie, et dès que l'obscurité dont le sujet était d'abord entouré disparut ainsi, tous les membres de cette réunion d'amis adoptèrent la même opinion. Écartant toute idée de fraude, ils ont reconnu, de la manière la plus franche, qu'il ne leur paraissait plus y avoir aucune raison pour révoquer en doute l'authenticité de la découverte faite par M. Boucher de Perthes d'une mâchoire humaine dans la partie inférieure du grand dépôt de gravier, d'argile et de cailloux de la carrière de Moulin-Quignon.

» La nouvelle découverte de M. Boucher de Perthes pourra donc, sans contestation ultérieure, prendre place à côté de celles de Schmerling, de Tournal, de M. Lartet, de M. de Vibraye, et des autres paléontologistes qui ont constaté précédemment des faits du même ordre.

» L'Académie a pu remarquer que, dans tout ce que je viens de dire, il n'a jamais été question de l'âge géologique du terrain dans lequel on trouve tant de preuves de l'existence de l'homme à une période bien reculée, mais dont la date nous est inconnue. En effet, nos investigations n'ont pas porté sur ce point de l'histoire du globe, car plusieurs d'entre nous n'auraient pas eu autorité pour en traiter, et nous étions tous désireux de ne pas sortir des limites de la question de fait, dont l'examen était le motif de notre réunion. »

— M. *de Quatrefages* explique les causes qui ont divisé d'abord les savants anglais et les savants français au sujet de l'authenticité des haches et de la mâchoire de Moulin-Quignon. Les géologues de Londres n'avaient pas entre les mains certains moyens de contrôle indispensables; mais dès qu'ils ont pu disposer de ces éléments d'appréciation, dès qu'ils ont eu *vu* retirer des haches de la carrière, dès qu'ils ont pu comparer les caractères de cette hache avec les caractères des haches jusque-là regardées par eux comme fausses ou douteuses, ils se sont ralliés à l'opinion des savants français avec la loyale franchise dont ils avaient fait preuve pendant la discussion.

Au reste, ajoute M. de Quatrefages, le désaccord même qui nous a séparés pendant quelques jours aura été très-utile à la science. « Le procès de la mâchoire (*the trial of the jaw*), m'écrit » M. Carpenter, prendra place parmi les causes célèbres de la » science. » Or, ce procès a été instruit de telle sorte qu'il me paraît impossible de ne pas accepter le verdict porté à l'unanimité par un jury naguère si profondément divisé. L'authenticité de la découverte faite par M. Boucher de Perthes est donc désormais hors de doute.

— M. *Élie de Beaumont* dit qu'il ne croit pas que le terrain de transport exploité dans la carrière de Moulin-Quignon appartienne au *diluvium* proprement dit.

Dans son opinion, ce terrain détritique, d'apparence clysmienne, doit être rapporté aux dépôts auxquels il a appliqué la dénomination de *dépôts meubles sur des pentes*.

Les dépôts meubles sur des pentes sont contemporains de l'alluvion tourbeuse, et de même que la tourbe ils peuvent contenir des produits de l'industrie humaine et des ossements humains. Mais ces mêmes dépôts (sortes de *post-diluvium*), étant formés de débris détachés et entraînés par les agents atmosphériques (les orages, les gelées, les neiges, etc.), peuvent contenir en même temps que ces débris tout ce que contiennent les petits dépôts diluviens répandus partout à la surface, et dans les anfractuosités des roches en place, notamment des dents et des ossements d'éléphant, d'hippopotame, etc., qui sont au nombre des matières que le transport et l'action des agents extérieurs détruisent le plus difficilement.

Les hommes et les éléphants, dont les ossements seraient confondus dans un pareil dépôt, n'auraient pas été nécessairement contemporains, et l'état de conservation différent de leur matière gélatineuse suffirait, suivant M. Élie de Beaumont, pour avertir qu'ils remontent à des époques très-différentes. Quant aux haches de silex véritablement antiques, il serait naturel, ce semble, de les rapporter à l'*âge de pierre* des habitations lacustres de la Suisse : or les habitations lacustres étant coordonnées au niveau *actuel* des lacs, on peut affirmer qu'elles sont post-diluviennes; car, dans les lacs de la Suisse, dans ceux même, s'il en existe, dont le lit n'a pas été façonné par le phénomène erratique ou diluvien, le niveau actuel des eaux ne date que des derniers effets de ce puissant phénomène, qui ont laissé le seuil de chaque lac tel que nous le voyons aujourd'hui.

M. Élie de Beaumont ne croit pas que l'espèce humaine ait été contemporaine de l'*Elephas primigenius*. Il continue à partager, à cet égard, l'opinion de M. Cuvier. *L'opinion de Cuvier* est une création du génie; elle n'est pas détruite.

— M. *Milne Edwards* croit devoir ne pas discuter la question géologique, qui n'est pas de sa compétence, mais il ne s'imposera pas la même réserve au sujet de la question zoologique touchant l'existence contemporaine de l'homme et de divers animaux dits antédiluviens dont les os se retrouvent à l'état fossile dans le terrain de transport de la vallée de la Somme, ainsi que sur beaucoup d'autres points en Europe, mais dont l'espèce est éteinte aujourd'hui. Cette contemporanéité lui semble, sinon démontrée, du moins extrêmement probable, et, dans une autre occasion, il développera les motifs de son opinion; car la négation absolue prononcée par son savant collègue porte non-seulement sur le fait particulier de la vallée de la Somme, mais aussi sur tous les faits analogues signalés depuis une dizaine d'années tant en Angleterre et en Belgique qu'en France.

— M. *de Quatrefages*. Quelle que soit la doctrine géologique reconnue pour vraie, la mâchoire trouvée par M. de Perthes n'en aura pas moins une très-grande importance au point de vue de l'anthropologie. Ses caractères la distinguent des ossements de même nature ayant appartenu aux époques gallo-romaines ou celtiques; la présence seule des haches avec lesquelles on l'a trouvée lui assigne une plus haute antiquité. D'autres faits de la même nature que celui qui vient de nous occuper seront en outre sous peu mis sous les yeux de l'Académie. Mais, dès à présent, on peut affirmer que la mâchoire de Moulin-Quignon appartient à une des plus anciennes et bien probablement à la plus ancienne des races qui ont habité le sol de l'Europe occidentale. Cette conclusion est à mes yeux entièrement indépendante des questions géologiques.

PALÉONTOLOGIE. — *Sur la non-contemporanéité de l'homme primitif et des grandes espèces perdues de Pachydermes*, note de M. *E. Robert*, présentée par M. Dumas. — L'absence complète d'objets d'ivoire travaillé et même d'ivoire non travaillé dans les gisements celtiques ne témoignerait-elle pas que les habitants primitifs des Gaules n'ont jamais été contemporains des grandes espèces perdues de Pachydermes?

N'a-t-on pas lieu de s'étonner de ne jamais rencontrer, dans tous ces gisements, des objets d'ivoire comme nous en voyons si souvent qui sont empruntés au bois du cerf? Comment se fait-il aussi que, dans la Sibérie, où les défenses d'éléphant

(c'est toujours la même espèce, *Elephas primigenius*) sont d'une abondance extrême, on n'ait jamais recueilli une seule pièce portant les traces d'un travail quelconque exécuté par les peuples primitifs de cette contrée?

Tant qu'on n'aura pas rencontré de l'*ivoire* travaillé ou non travaillé dans les stations ou gisements celtiques, ainsi que dans les hypogées les plus anciennes de cette époque, il y aurait une grande présomption à dire que l'homme primitif, sous nos latitudes, a été contemporain des grandes espèces perdues de Pachydermes; en d'autres termes, qu'il est antédiluvien dans le sens géologique de ce mot. Rien, jusqu'à présent, ne démontre qu'il faille reculer ou changer la place que les illustres Cuvier et Brongniart lui ont assignée dans l'échelle de la création.

MÉDECINE. — M. *le Secrétaire perpétuel* présente au nom de l'auteur, M. *Landouzy*, un opuscule intitulé : DE L'ENDÉMIE PELLAGREUSE SANS MAÏS, et lit l'extrait suivant de la lettre d'envoi : « Les endémies pellagreuses de l'Espagne sont absolument identiques aux endémies pellagreuses des Landes et de l'Italie, et absolument identiques aux pellagres sporadiques de la France. L'endémie pellagreuse de l'Aragon, où l'on récolte d'excellentes céréales, et où l'on ne mange pas un grain de maïs, est absolument identique à l'endémie pellagreuse des Asturies, où le maïs forme la base de l'alimentation.

» Les déductions à tirer de ces faits sous les rapports étiologiques et hygiéniques se présentent d'elles-mêmes à l'esprit »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 MAI 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre d'État transmet l'ampliation d'un décret, en date du 23 mai, par lequel est approuvée l'élection de M. *Michon*, dans la section de médecine opératoire.

Sur l'invitation de M. le président, M. *Michon* prend séance.

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur *Prieur* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1862 sur les militaires de la garnison de Gray. (*Commission des épidémies.*)

3° L'Académie reçoit : *a.* Une observation d'hydatides du foie et de calculs de la vésicule biliaire, par M. le docteur *Bergeret* (d'Arbois). (*Comm.:* MM. Bouillaud et Ch. Robin.)—*b.* Une observation relative à une plaie pénétrante de l'abdomen, par M. le docteur *Patry*. (*Comm.:* MM. Larrey, Gosselin et Sappey.) — *c.* Une lettre de M. le docteur *Pajot*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'accouchement.

SYPHILOGRAPHIE. — M. *Gibert*, à l'occasion du procès-verbal, s'élève contre la dénomination de *chancre induré* employée par M. Ricord pour désigner l'élément de la contagion syphilitique consécutive. Non! l'élément de ce dernier mode de contagion n'est point un chancre induré. M. Ricord ne pourrait aujourd'hui soutenir cette prétention qu'en rayant de sa propre main la description qu'il a tracée lui-même du chancre et la réfutation à laquelle il s'est livré jadis de l'opinion du docteur Babington, qui voulait que l'induration précédât l'ulcération au lieu de la suivre. La contagion secondaire a pour phénomène primitif l'élément *papulo-tuberculeux*, qui s'ulcère assez tardivement pour qu'on ne puisse point le confondre avec l'ulcère primitif.

MÉDECINE MENTALE. — M. Marcé, médecin à l'hospice de Bicêtre, lit un travail intitulé : RECHERCHES CLINIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR LA DÉMENCE SÉNILE ET SUR LES DIFFÉRENCES QUI LA SÉPARENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE. L'auteur résume ce travail dans les termes suivants :

1° La démence sénile ne constitue pas une entité morbide distincte. C'est un ensemble symptomatique qui se rattache à diverses affections organiques du cerveau, et notamment à l'apoplexie et au ramollissement.

2° Elle est constituée par deux ordres de symptômes : symptômes du côté de la motilité, qui est plus ou moins abolie; symptômes du côté de l'intelligence, qui offre comme lésion principale un affaiblissement progressif, auquel se surajoutent accidentellement des idées délirantes isolées, du délire maniaque ou du délire mélancolique.

3° Les troubles de la motilité s'expliquent toujours par des lésions organiques placées sur le trajet ou à l'origine des fibres motrices. A l'affaiblissement de l'intelligence correspondent l'atrophie des circonvolutions, l'infiltration graisseuse et l'oblitération plus ou moins complète des capillaires, de la couche corticale, la dégénérescence athéromateuse des cellules et des tubes nerveux.

4° Tout en offrant de nombreux points de contact avec la paralysie générale, la démence sénile peut en être distinguée, dans l'immense majorité des cas, à l'aide des signes cliniques. Au point de vue de l'anatomie pathologique, ces deux maladies offrent comme résultat terminal commun l'atrophie et la dégénérescence graisseuse des tubes et des cellules. Mais, dans la paralysie générale, cette atrophie est consécutive à une exsudation plastique qui, se faisant autour de la paroi adventice des capillaires, détermine les adhérences de la pie-mère à la couche corticale, diminue le calibre du vaisseau qu'elle comprime, et met obstacle à la circulation du sang. Dans la démence sénile, au contraire, l'oblitération est consécutive aux dépôts athéromateux qui se produisent spontanément par suite des progrès de l'âge et de la diminution de la force assimilatrice, dans la cavité des capillaires. Ces deux états diffèrent donc profondément de nature : l'un est un mouvement, sinon inflammatoire, du moins fluxionnaire; l'autre un arrêt de nutrition. (*Comm. :* MM. Dubois, d'Amiens; Baillarger et Beau.)

— M. *H. Bouley* annonce que M. *Raynaud*, chargé d'une mission scientifique en Italie, est atteint d'une fièvre intermittente grave, contractée dans les marais Pontins.

Élections.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un membre associé étranger.

La liste de présentation porte : en première ligne, M. *Rokitansky*; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. *Virchow*, *Frerichs* et *Magnus Huss*.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 53, M. Rokitansky obtient 42 suffrages; M. Virchow, 8; M. Magnus Huss, 3.

En conséquence, M. Rokitansky est proclamé membre associé étranger.

Discussion sur la fièvre jaune.

M. *Beau*, après avoir rappelé la distinction qu'il importe d'établir entre les maladies infectieuses et les maladies contagieuses, fait remarquer que ces dernières, quel que soit leur mode de transmission, n'atteignent pas fatalement toutes les personnes soumises à l'action du miasme. Il résulte des recherches entreprises à cet égard par M. Beau, que le nombre des individus atteints est toujours infiniment petit, si on le compare à celui des personnes exposées. Il en est de même des sujets qui approchent d'un foyer d'infection.

M. Beau se demande ce que c'est qu'un foyer d'infection. C'est, dit-il, l'accumulation dans un espace plus ou moins étendu de miasmes putrides provenant de matières animales et de matières végétales. On peut citer comme types les localités marécageuses et les endroits où sont accumulées en grand nombre des personnes malpropres, qui ne changent pas de vêtements et qui contractent le typhus.

M. Beau ajoute : Y a-t-il des miasmes putrides ou infectieux pour produire la fièvre jaune? Rien ne le prouve. On l'a souvent supposé, mais on ne l'a jamais démontré, comme pour les fièvres paludéennes ou le typhus. On sait seulement que la fièvre jaune résulte d'une cause qui se développe naturelle-

ment sur le littoral et les îles du golfe du Mexique. Mais on ne sait pas si cette cause vient de l'air, de l'eau, de la terre ou des aliments. C'est un x étiologique ou endémique dans toute la force du terme.

L'orateur termine en adoptant les opinions émises par M. Mêlier relativement aux divers modes de propagation de la fièvre jaune, et en s'applaudissant que la discussion sur un pareil sujet ne soit plus obscurcie par des préoccupations politiques comme au temps de Chervin.

Présentation.

M. *Hardy*, médecin à l'hôpital Saint-Louis, présente une femme âgée de quarante-neuf ans atteinte de pellagre. Il fait remarquer que, dans ce cas, la maladie ne saurait être attribuée, ni à l'usage du maïs, puisque cette femme, qui habite Paris depuis douze ans, ne mangeait jamais de pain de maïs, ni à l'insolation, puisqu'elle est chiffonnière et qu'elle ne travaille jamais que de cinq à neuf heures du matin. (*Comm.* : MM. Baillarger, Gibert, Devergie.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 6 MAI 1863.

FRACTURE DE LA JAMBE AU NIVEAU DES MALLÉOLES. — RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTÉES.

M. *Jarjavay* a communiqué, de la part de M. Azam (de Bordeaux), une observation intitulée : *Luxation complète du pied en arrière et en haut, sans fracture du péroné.* En même temps que son observation, M. Azam avait envoyé un modèle de plâtre représentant la déformation.

Le malade, âgé de cinquante-deux ans, portait avec un de ses camarades un poids de 150 kilogrammes, lorsqu'il tomba à la renverse, le pied gauche glissant en avant. Il en résulta une douleur vive et une déformation subite dans le cou-de-pied. Bien que la marche fût impossible, ce n'est que quinze jours après l'accident que cet homme entra à l'hôpital. M. Azam conclut de l'examen de la déformation et des saillies osseuses, à l'existence d'une luxation en arrière du pied, sans fracture ni du péroné ni du tibia. Il pense que la luxation s'est faite aussi en haut et que l'astragale a remonté entre le tibia et le péroné. Les tentatives de réduction ont été inutiles. Six mois après sa chute, le malade a pu marcher sans canne et se livrer à un exercice relativement assez pénible.

Le diagnostic de M. Azam a été constaté par tous ceux qui ont examiné le modèle de plâtre qu'il avait adressé à la Société. Au lieu d'admettre avec lui une luxation qui serait unique dans la science, MM. Morel-Lavallée, Huguier, Houel, Voillemier, Jarjavay et Legouest croient à l'existence d'une fracture intra ou sus-malléolaire des deux os de la jambe, s'accompagnant probablement d'un léger déplacement du pied en arrière, déplacement qui, avec celui des fragments, concourt à expliquer la longueur de la distance qui sépare l'extrémité postérieure du calcanéum de la partie inférieure de la jambe. Mais la subluxation doit être fort légère, car la face dorsale du pied paraît avoir sa longueur normale, et s'il s'agissait d'une luxation du pied, l'écartement des malléoles serait beaucoup plus considérable. Un renseignement qui eût pu être utile, et que M. Azam n'a pas donné, c'est la mesure exacte des deux tibias.

M. *Jarjavay* a observé, dans un cas, la déformation signalée par M. Azam. A l'autopsie, il a observé des lésions qui se voient aussi très-nettement sur quatre pièces déposées au musée Dupuytren. Voici en quoi elles consistent : il y a deux fractures, l'une au tibia, l'autre au péroné. Le fragment détaché du tibia est plutôt postérieur qu'inférieur. Il a la forme d'un coin dont la base correspond à la partie postérieure de la surface astragalienne du tibia et dont le bord tranchant est en haut. Le fragment détaché du péroné est aussi postérieur, et le trait de la fracture est presque vertical. Les deux fragments du tibia et du péroné remontent en haut, en sorte que l'astragale n'étant plus maintenu dans la partie postérieure de la trochlée, éprouve un mouvement de bascule qui porte son extrémité postérieure en haut et plus en arrière, et son extrémité antérieure en bas. Avec cette fracture, le pied est porté et maintenu dans l'extension, et l'on sent un creux profond entre le bord antérieur de la surface astragalienne du tibia et la partie antérieure de l'astragale, qui est abaissée. Le talon est élevé, allongé, et le tendon d'Achille décrit une courbe profonde dont la concavité regarde en arrière. La malléole externe paraît élargie à cause de l'éloignement du fragment postérieur, et quand le gonflement a disparu, on peut sentir sur la malléole externe une dépression linéaire correspondant à l'écartement des fragments. Dans les fractures de cette espèce, M. Jarjavay n'a jamais pu obtenir la réduction. Après la guérison, les malades marchent sur la pointe du pied, le talon relevé.

M. *Legouest* possède des pièces identiques avec celles de M. Jarjavay. Il ne pense pas, comme son collègue, que ces fractions soient irréductibles. Il sait seulement que la réduction est difficile, et surtout très-difficile à maintenir.

M. *Giraldès* fait observer qu'on trouve dans A. Cooper une planche qui représente un cas tout à fait semblable, et que l'édition de Bransby-Cooper contient plusieurs observations de cette variété de fracture de la jambe.

— M. *Richet*, continuant la discussion sur le rôle du périoste, fait observer que jusqu'à présent on a peut-être un peu trop négligé dans cette question la part que prennent les os eux-mêmes et les parties molles qui les enveloppent dans la régénération du squelette. Ce qu'on sait du mode de formation du cal, qui n'est, après tout, qu'un nouvel os, prouve bien que le périoste n'est pas le seul organe producteur de la substance osseuse ; ce qui, du reste, est encore mieux démontré par l'expérience si connue de l'extirpation d'un os avec son périoste, suivie de la production d'un os nouveau. Il n'est donc pas étonnant qu'après la résection des extrémités articulaires cariées, alors qu'on a conservé une manchette de périoste, il se produise une sorte de moignon plus ou moins régulier qui surmonte les portions osseuses sur lesquelles a porté la section. Ce phénomène est en tout semblable à la formation du cal ; seulement il est probable que le périoste conserve mieux le suc osseux et régularise sa solidification en lui servant de moule. Il n'a peut-être pas eu d'autre rôle dans le fait de résection du coude, dû à M. Verneuil. Le bourrelet osseux qui a recouvert les os de l'avant-bras et l'extrémité inférieure de l'humérus, et qui a comblé dans une certaine mesure la perte de substance, a été fourni par les extrémités osseuses elles-mêmes. Ce qui prouve que ce n'est pas une simple hypothèse, c'est qu'après les amputations faites sans qu'on ait songé à conserver le périoste, on trouve souvent, en disséquant le moignon, une sorte de bourgeonnement et de renflement de l'os plus ou moins considérable.

Pour M. Richet, il a fait deux opérations sous-périostées, mais n'a pu obtenir la régénération de l'os. Dans le premier cas, il s'agissait d'enlever la partie moyenne du maxillaire inférieur. Il y avait, ainsi que l'examen de la pièce l'a démontré, des tumeurs à myéloplaxes dans l'épaisseur de l'os, dont la surface extérieure et par conséquent le périoste étaient parfaitement sains. Les circonstances étaient donc très-favorables à une résection sous-périostée, qui fut faite sans grande difficulté, mais aussi sans succès. Bien que la malade ait parfaitement guéri, la portion d'os enlevée ne s'est nullement reproduite et ne se reproduira pas, car il y a déjà deux ans que l'opération a été faite.

Une perforation de la voûte palatine, que M. Richet a traitée par le procédé de M. Langenbeck, a été très-rapidement et très-bien comblée. Mais, six mois après l'opération, M. Richet,

en explorant la cicatrice avec le doigt, put s'assurer qu'elle était très-dépressible et qu'il n'y avait pas de reproduction osseuse. La cicatrice était assez dure pour ne pas se laisser traverser avec une épingle; aussi M. Richet n'admet-il pas comme suffisant ce dernier mode d'exploration, et regrette-t-il que M. Langenbeck n'en ait pas employé d'autre pour s'assurer de l'ossification du périoste au niveau de la perforation.

M. *Giraldès* est convaincu que d'autres chirurgiens ont été plus heureux que M. Richet. Toutefois certains os ne peuvent pas se reproduire par le périoste; il en est ainsi des os spongieux et de ceux de la tête.

M. *Demarquay* ayant avancé que l'os ne s'était reproduit qu'une fois après les opérations de M. Langenbeck, M. *Verneuil*, pour rétablir la vérité sur ces faits, lit un passage du mémoire que M. Langenbeck a publié dans les ARCHIVES DE MÉDECINE (juin 1862), passage se rapportant à la reproduction des os du palais par le périoste :

« Chez l'un de mes opérés qui fut complétement guéri, l'ossification s'était faite dans la plus grande étendue de la fente dès la cinquième semaine, époque à laquelle le malade nous quitta. Chez un autre, l'acupuncture nous permit de constater, au bout de huit semaines, que l'ossification était complète partout, même dans les points où la division avait eu primitivement plus d'un pouce d'étendue. Le même résultat fut constaté également chez le malade qui figure au n° 5 du tableau.

» Il est donc démontré qu'en faisant des transplantations périostiques dans certaines conditions déterminées (en laissant le périoste en rapport avec les parties molles voisines), on peut obtenir chez l'homme des régénérations osseuses plus complètes que celles qui ont été obtenues jusqu'à ce jour sur des animaux. »

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Recherches sur la nécrobiose graisseuse des os, par M. le docteur L. LORTET.

La nécrobiose graisseuse des os est une maladie essentiellement caractérisée par la dégénérescence graisseuse des éléments constitutifs du système osseux.

L'os atteint de dégénérescence graisseuse a une faible consistance, le scalpel l'entame facilement, et, quand l'altération est avancée, la surface de section présente l'aspect d'une tranche de lard frais. Elle est d'un blanc grisâtre, quelquefois très-légèrement rosée, douce au toucher, et montre çà et là quelques petites aspérités dues à la saillie des lamelles osseuses qui ont résisté aux envahissements du mal.

La moelle ne se distingue plus du tissu compacte; l'os tout entier ne forme plus qu'une masse homogène; à la superficie seulement, on retrouve quelquefois une croûte calcaire très-mince, qui cède facilement à la moindre pression en donnant au doigt une sensation de crépitation souvent caractéristique.

Lorsque l'affection suit un cours régulier, lorsque rien ne vient entraîner sa marche envahissante, le périoste lui-même finit par diminuer peu à peu, par se résorber même entièrement. Alors la masse graisseuse qui a remplacé l'os vient se confondre avec la graisse intermusculaire et sous-cutanée avec les muscles dégénérés, et bientôt le tout ne forme plus qu'un seul et même tissu recouvert par une peau saine ou altérée, suivant les circonstances. Les os du pied se présentent fréquemment dans un état pareil, et cependant, chose très-curieuse, les cartilages articulaires s'opposent complétement à l'extension de la maladie dans les cavités synoviales. Ce qui n'empêche pas que nous ayons vu plusieurs de ces pièces être baptisées du nom de tumeurs blanches du pied.

La vascularisation est très-peu prononcée; à peine aperçoit-on quelques petites artérioles, quelques petites veinules. Cela, du reste, se conçoit parfaitement; la graisse est un élément trop *vivant* pour avoir besoin de vaisseaux pour croître et multiplier : elle tire sa nourriture directement des tissus voisins.

Quand on examine avec soin un os atteint d'altération graisseuse, on reconnaît bien vite que le mal débute toujours par la partie centrale, par la moelle. Celle-ci, chacun le sait, est essentiellement formée de petites lamelles osseuses très-minces, de capillaires, de quelques cellules particulières, et surtout d'une quande quantité de graisse se présentant sous la forme de cellules adipeuses. Ce sont ces dernières qui sont en même temps et le point de départ et les agents de la métamorphose. Ces cellules se gonflent, se multiplient, se pressent les unes contre les autres, se crèvent souvent mutuellement leur membranc d'enveloppe, et laissent ainsi échapper au milieu des tissus les gouttelettes de graisse qu'elles contiennent et leurs noyaux, sorte de graine qui ne tardera pas à les reproduire avec une nouvelle activité.

Ces noyaux, devenus libres, se segmentent en deux et souvent même en quatre parties par le reploiement en dedans de leur membrane. Chacun de ces segments ne tarde pas à s'entourer d'une fine enveloppe qui peu à peu est gonflée par des granulations graisseuses naissant entre elle et le noyau. Après un certain laps de temps, ces granulations se fondent entre elles, forment une masse graisseuse homogène, et la vésicule adipeuse proprement dite se trouve formée. Le noyau ne s'aperçoit pas au centre, mais reste déjeté en un point de la périphérie de la cellule.

Par suite de cette multiplication, une pression considérable s'exerce sur les éléments circonvoisins, qui sont eux-mêmes détruits et absorbés. Les capillaires comprimés s'oblitèrent et ne peuvent plus amener une nourriture suffisante aux lamelles osseuses. Celles-ci présentent alors un phénomène singulier : les canalicules de Hawers, les ostéoplastes sécrètent à leur intérieur des granulations graisseuses, et agrandissent peu à peu leur cavité par l'amincissement graduel de leurs parois. Les lamelles osseuses attaquées ainsi au dedans et au dehors, n'ayant plus une activité réparatrice suffisante, disparaissent et se fondent dans l'altération commune.

Le même mécanisme d'envahissement s'observe pour le périoste, les muscles et une partie plus ou moins considérable du tégument cutané.

Après avoir indiqué quelques particularités exceptionnelles, ne rentrant pas dans cette description générale, l'auteur se livre à quelques considérations tendant à établir que, dans les os comme ailleurs, la nécrobiose graisseuse est une métamorphose descendante, c'est-à-dire que les éléments préexistants à l'altération se sont transformés en éléments moins parfaits, une cellule adipeuse étant plus basse dans la série biologique que les éléments osseux (1). (*Gazette médicale de Lyon*, 16 avril.)

De l'emploi et du réemploi des sangsues, par M. le docteur ROUCHER.

Il est d'importance majeure d'employer dans les hôpitaux des procédés qui, en permettant de réappliquer les mêmes sangsues, permettent en même temps au médecin de ne plus se préoccuper du prix de revient souvent élevé de ces annélides.

Si l'on dégorge les sangsues, on le fait trop souvent avec une brutalité qui, en causant des ruptures dans le corps de l'animal, amène la gangrène de son train antérieur, accident

(1) Nous nous permettrons d'indiquer à l'auteur une observation de *ramollissement général des os*, publiée autrefois par le rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*, et qu'il a fait suivre de remarques analogues à celles qui viennent d'être rappelées, mais manquant, il faut le reconnaître, du caractère de précision que comportent aujourd'hui les données histologiques. Cette observation date de près de trente ans; elle a été insérée dans les *Archives générales de médecine*, juillet 1835.

non mortel, mais qui rend la sangsue impropre à de nouvelles succions, par la perte de son appareil incisif.

Tel est le premier point sur lequel insiste M. Roucher, qui demande pour cette fonction un infirmier très-exercé et encouragé par une prime suffisante pour chaque sangsue dégorgée avec succès. La même récompense serait en outre décernée aux infirmiers chargés de l'application des sangsues, et dont l'habileté est pour beaucoup dans la façon dont ces animaux s'acquittent de leurs fonctions.

Enfin, M. Roucher signale comme une cause efficace de mortalité le procédé qui consiste à hâter la chute des sangsues par des applications irritantes ou toxiques.

La sangsue détachée de sa proie, que doit-elle devenir? Soumise au dégorgement avec les précautions très-bien indiquées, elle sera ensuite plongée dans un vase non métallique, et toujours le même, si cela est possible, et de là transportée dans le marais, où elle doit reprendre une existence nouvelle, ou bien simplement dans le vivier de révivification.

Le transport dans le marais à sangsues est souvent très-long, très-périlleux et souvent très-coûteux. Il vaut mieux que chaque hôpital possède un vivier révivificateur, d'autant plus que le temps de révivification n'excède pas huit ou dix jours, et que c'est au bout de ce temps que la sangsue est le plus apte à mordre de nouveau; or, voici ce que c'est qu'un vivier de révivification.

Il est également important de ne point considérer l'eau comme élément exclusif des sangsues, et de ne point les confiner non plus dans la terre; il faut à ces animaux une habitation mixte. Il faut que le vivier ne soit point si considérable qu'on ne puisse enlever facilement les sangsues qui périssent, et qu'on ne puisse changer l'eau d'autant plus souvent que la température est plus élevée.

On a essayé à l'hôpital de Philippeville plusieurs genres de viviers; celui qui a réussi le mieux est un baquet ordinaire enterré dans le sable et plein d'eau. Un vase de terre, garni d'un couvercle de zinc, le recouvre. Ce vase contient à son fond de la terre argileuse disposée en couronne, et contenant à son centre de l'eau que l'on change souvent. Un talus de bois, percé de trous de 4 ou 5 millimètres, soutient la terre et permet son imbibition, tout en facilitant aux sangsues le passage d'un élément dans l'autre. Un pareil vivier peut suffire pour quatre applications de la même sangsue; au bout de quelque temps elle meurt, ou bien il est nécessaire de la reporter au marais, où elle servira à la reproduction, et d'où elle sera rapportée plus tard comme vierge.

Tel est l'ensemble des procédés employés à l'hôpital de Philippeville, sous la direction de M. Roucher, et qui, après plusieurs tâtonnements, ont offert les résultats les meilleurs.

Ces résultats indiqués en chiffres offrent de curieuses particularités : ainsi, sur cent applications des sangsues de différentes catégories, la mortalité est nulle chez les vierges; elle est de 9 chez les sangsues de deuxième application; de 18 chez celles de troisième; de 27 chez celles de quatrième, et de 72 chez celles de cinquième.

Pour des sangsues du poids moyen de $1^{gr},50$, la quantité de sang absorbée a été de $4^{gr},80$ à 5 grammes pour les vierges, de $3^{gr},23$ pour celles de deuxième application, de $2^{gr},80$ pour celles de troisième, et de $1^{gr},94$ pour celles de quatrième. — Seulement, si l'on tient compte du sang qui s'écoule après la chute de l'annélide, on voit que la proportion change, car la quantité de cet écoulement est la même pour les sangsues de toutes les catégories, d'où il résulte que si la quantité de sang tirée par les sangsues vierges est de 100 grammes, elle est de 86 à la deuxième application, de 82 à la troisième, et de 75 à la quatrième.

Si l'on joint à cela l'effet dérivatif produit par la succion, et qui reste à peu près invariable, on sera convaincu de l'excellence de ce système économique. (*Annales de la Société de médecine de la Loire-Inférieure*, 2e volume.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Sur quelques publications récentes relatives à la pathologie mentale.

Longtemps, trop longtemps en France, l'étude de la folie a été négligée par la majorité des médecins; elle est demeurée, pour ainsi dire, l'apanage exclusif d'une intelligente et studieuse minorité, dont le zèle, grâce à Dieu, suppléait à l'indifférence du plus grand nombre. Il semblait vraiment que la pathologie mentale ne dût point faire partie du bagage de l'école; elle ne figurait pas dans l'enseignement officiel; bien rarement on lui accordait, aux examens, l'honneur d'une question; professeurs et élèves montraient pour elle une froideur égale : c'était, disait-on, une *spécialité*, et on la laissait assez dédaigneusement aux spécialistes. Bicêtre, la Salpêtrière, Charenton, vastes champs d'observation, mines fécondes et inépuisables de recherches, n'étaient hantés que par de rares élèves, et bien souvent par les seuls internes et externes qu'y envoyait l'administration. De loin en loin, en été surtout, quelques étudiants y allaient en amateurs, alléchés, comme de simples bourgeois, par la singularité du lieu et par la piquante nouveauté du spectacle. Ceux-là pouvaient encore se flatter d'avoir mis les pieds dans un asile et d'avoir vu des fous. Mais d'autres, — peut-être le plus grand nombre, — quittaient Paris, leur diplôme dans la poche, sans même avoir fait leur tour de la Salpêtrière ou de Bicêtre, sans avoir vu un aliéné, pleins d'une confiance naïve dans leur bon sens, convaincus que rien n'est plus simple et plus facile que de discerner un insensé d'un homme raisonnable, et s'en remettant tranquillement sur leur perspicacité du soin de diagnostiquer la folie!

Et pourtant rien n'est souvent plus malaisé!

Sans doute, la folie saute aux yeux chez ces maniaques qui vous étourdissent de leurs propos incohérents, et qui se livrent sans trêve ni repos aux actions les plus désordonnées; elle est manifeste encore chez ces malheureux mélancoliques, obsédés par des hallucinations opiniâtres, poursuivis par les fantômes de leur imagination et en proie à d'incessantes terreurs; elle éclate aussi d'une manière évidente pour tous les yeux chez ces délirants ambitieux qui se figurent que le ciel et la terre sont soumis à leurs lois, ou chez ces pauvres déments qui sont descendus jusqu'à la plus abjecte dégradation.

Mais il s'en faut bien que l'aliénation mentale se montre toujours avec des caractères aussi nettement accusés. Assez souvent les traits de l'aliéné sont mal dessinés, les contours de sa physionomie sont indécis et vagues; les troubles de l'esprit sont fort limités; le délire est sans éclat, comme il arrive fréquemment au début de la folie ou dans certaines formes que j'appellerai volontiers latentes, ou encore chez quelques monomanes qui possèdent au suprême degré l'art de la dissimulation.

Quel que soit le tact d'un médecin, quelles que soient la pénétration de son esprit et la finesse de son discernement, il risquera fort de se laisser prendre à des apparences trompeuses et de voir échouer son jugement aux écueils d'un sujet inexploré, si des études préalables et une expérience spéciale ne l'ont pas mis en garde contre des illusions trop faciles, et ne lui ont pas appris à scruter et à connaître l'aliéné jusque dans les replis les plus profonds et les plus secrets de sa conscience.

Pour les maladies mentales plus encore que pour les affections somatiques, il faut se méfier des diagnostics d'inspiration. Jamais cette sorte d'instinct ou d'intuition médicale dont quel-

ques hommes se croient doués ne saurait remplacer ici l'habitude du malade et l'observation clinique. Non, jamais!

Je plaindrais sincèrement tout médecin qui serait sur ce point d'un avis contraire. Je le plaindrais, car ce serait la preuve qu'il comprendrait bien mal un des devoirs les plus importants et les plus graves de sa mission, celui d'éclairer et de guider quelquefois la justice dans ses délicates investigations. Nous ne sommes plus au temps où la hache du bourreau et la flamme du bûcher frappaient indistinctement ou dévoraient sans merci les criminels et les fous. Aujourd'hui, grâce aux progrès de la science et de la civilisation, grâce à la diffusion des idées de saine philanthropie, grâce à l'adoucissement de nos mœurs et de nos lois, la folie n'est plus confondue avec le crime, et le coupable et l'insensé ne sont plus pesés dans la même balance. Pour l'honneur de l'espèce humaine, le domaine de la maladie s'agrandit aux dépens de celui de la perversité; on trouve un peu moins de scélérats et un peu plus de fous; on bâtit moins de prisons et plus d'asiles d'aliénés. Législateurs et magistrats se dépouillent peu à peu de l'injuste défiance que leur inspiraient naguère l'indulgente compassion et l'humanité bien connue des médecins; l'intervention de ces derniers dans les procès judiciaires devient de plus en plus fréquente et de plus en plus efficace. Un meurtre jette l'épouvante dans une contrée et la consternation dans une famille : un fils vient d'assassiner son père, qu'il paraissait aimer tendrement et dont il n'avait jamais reçu que des marques d'affection. Tout le monde s'étonne et cherche vainement les causes de cet affreux parricide; le magistrat lui-même, malgré l'enquête la plus rigoureuse, ne découvre aucun mobile qui puisse expliquer un attentat si imprévu. Il hésite, avec l'opinion publique, à voir dans le prévenu un coupable ordinaire, un véritable assassin, un criminel ayant agi dans la plénitude de ses facultés et de son libre arbitre. A qui le magistrat, dans ces circonstances difficiles, aura-t-il recours pour aider la justice à résoudre ce terrible problème? Au médecin!...

C'est encore le médecin que la justice appellera devant son tribunal pour décider les questions toujours délicates et souvent obscures d'interdiction, de succession, de séparation, de séquestration, etc.

Ainsi revêtu du redoutable mandat d'expert et d'arbitre, le médecin tient entre ses mains les intérêts et l'honneur d'une famille, les droits les plus sacrés d'un citoyen, la fortune, la liberté, la vie même d'un de ses semblables. Une parole de sa bouche, un mot de sa plume, suffiront pour réhabiliter un nom ou pour le couvrir d'opprobre, pour sauver un innocent ou pour confondre un coupable, pour jeter un homme dans les fers ou pour le soustraire aux horreurs du bagne, pour arracher une tête à l'échafaud ou pour la livrer à l'exécuteur.

Quel est donc celui d'entre nous qui pourrait accepter à la légère une terrible mission? Ont-ils bien songé à l'immense responsabilité qui peut un jour peser sur leur conscience? ont-ils bien réfléchi à tous les malheurs, à tous les désastres, à toutes les catastrophes qui peuvent être les suites irréparables de leur inexpérience funeste ou de leur présomptueuse ignorance, ceux qui négligent ou qui dédaignent l'étude de l'aliénation mentale?

Soyons donc à la hauteur d'une pareille mission, et sachons justifier, par l'étendue de notre savoir et de notre expérience, et par la sûreté de notre jugement, l'insigne confiance que la justice et la société placent dans nos décisions.

Autrefois, comme je l'ai dit plus haut, l'impéritie de quelques-uns pouvait encore trouver une excuse facile dans l'insuffisance des moyens d'instruction et dans l'absence de tout enseignement officiel. Maintenant on serait mal venu à se retrancher derrière un prétexte aussi frivole; et j'ajouterai que, dans un avenir prochain, l'incompétence médico-légale en matière de folie sera une faute impardonnable et une imperfection notoire dans les connaissances que doit posséder un médecin vraiment digne de ce nom.

Je me propose d'indiquer, dans une esquisse rapide et précise, toutes les ressources qu'offre le présent et que l'avenir promet pour l'étude et pour l'enseignement de la pathologie cérébrale et de la psychologie morbide.

A. LINAS.

VI

VARIÉTÉS.

ERRATUM. — Dans l'analyse du mémoire de M. Willemin sur l'*absorption, par le tégument externe, de l'eau et des substances solubles*, il a été dit que notre confrère avait fait *deux* expériences sur lui-même; c'est *dix* qu'il faut lire (n° 21, p. 337).

— Trois places de médecin adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux sont mises au concours. Les épreuves commenceront le 24 août prochain.

— Par arrêté du 18 mai, M. le docteur Coulon est nommé professeur suppléant à l'École préparatoire d'Amiens, en remplacement de M. Bénard, appelé à d'autres fonctions.

— Le banquet annuel de la Société d'anthropologie aura lieu le jeudi 4 juin, à six heures et demie, au Grand-Hôtel. Les souscriptions devront être adressées avant le 2 juin à M. le docteur Boutin, 42, rue Neuve-Saint-Augustin.

— Ont été nommés présidents des Sociétés de prévoyance et de secours mutuels des médecins : de l'arrondissement de Narbonne, M. le docteur de Martin père; du département de la Corse, M. le docteur Versini père.

— M. le président de l'Association générale des médecins de France a adressé à MM. les présidents des Sociétés locales le projet de statuts relatifs à la fondation d'une caisse de retraite, projet qui doit être soumis aux délibérations de la prochaine assemblée générale.

— M. le docteur Kœberlé (de Strasbourg) vient de pratiquer l'opération suivante, qui est certainement une des plus extraordinaires de la chirurgie : Enlevant par la paroi abdominale une tumeur fibreuse de la matrice d'un volume considérable, il s'est déterminé, par suite des altérations que présentaient l'utérus et l'un des ovaires, à extraire l'ensemble de ces organes, en ne laissant de la matrice que la portion vaginale du col. L'opération a été faite le 20 avril; la malade n'a éprouvé ni hémorrhagie ni accidents consécutifs; aujourd'hui, cinq semaines après l'opération, elle est en pleine convalescence. (*Gaz. méd de Strasbourg.*)

— La Faculté de Montpellier s'est réunie le 21 mai pour arrêter la liste des candidats à la chaire de thérapeutique, vacante par le décès de M. Golfin. Les candidats inscrits, au nombre de neuf, sont : MM. les docteurs Cavalier, Chrestien, Combal, Girbal, Guinier, Imbert-Gourbeyre, Pécholier, Quissac et Saint-Pierre.

— Le programme en date du 1er avril dernier, qui a déterminé les conditions du prochain concours pour l'admission à l'École du service de santé militaire de Strasbourg, dispose qu'il ne sera fait appel qu'à des élèves sans inscriptions et qui n'auront pas dépassé l'âge de vingt et un ans au 1er janvier 1864. Comme complément à cette mesure, le maréchal ministre de la guerre a décidé, le 13 mai courant, que les élèves en possession de quatre inscriptions valables pour le doctorat seraient admis à prendre part au concours, pourvu qu'ils n'aient pas atteint l'âge de vingt-deux ans révolus au 31 décembre prochain. Les candidats de cette catégorie ne seront pas tenus de justifier qu'ils ont satisfait au premier examen de fin d'année; ils subiront d'ailleurs les mêmes épreuves que les élèves sans inscriptions, et, en cas d'admission, ils entreront à l'École comme étudiants de première année.

La présente disposition, à titre exceptionnel et transitoire, ne pourra être renouvelée sous aucun prétexte, même à titre individuel. (*Gazette des hôpitaux.*)

DE L'ACCIDENT PRIMITIF DE LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE, par le docteur G.-*Aimé Martin*. In-4. Paris, A. Coccoz.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 5 JUIN 1863. — N° 23.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêté ministériel. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Fièvre jaune de Saint-Nazaire; Académie de médecine : Rapport de M. Mêlier. — II. **Travaux originaux.** Pathologie chirurgicale : Anévrysme de la collatérale externe de l'index traité inutilement par la compression indirecte; ablation de la tumeur. Anévrysme de la collatérale interne du même doigt traité par la ligature de trois artères de l'avant-bras; résultat satisfaisant. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Anévrysme des os. — V. **Variétés.** Lettre de M. N. Guéneau de Mussy à M. Messon. — Réponse de M. Dubois. — VI. **Feuilleton.** Lettres historiques sur la médecine chez les Indous.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du 30 mai 1863, M. PATIN, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire d'Alger, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. Berthcrand, démissionnaire.

M. TEXIER, professeur de clinique interne, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Marit.

M. LÉONARD, médecin en chef de l'hospice militaire du Dey et de la division d'Alger, est nommé professeur de clinique interne, en remplacement de M. Texier.

M. BRUCH, professeur suppléant, est chargé provisoirement des fonctions de professeur de clinique externe, en remplacement de M. Bertherand, démissionnaire.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 4 juin 1863.

FIÈVRE JAUNE DE SAINT-NAZAIRE; *Académie de médecine :* RAPPORT DE M. MÊLIER (FIN).

Il nous reste maintenant à revenir sur les points principaux exposés dans ce travail, et à les faire passer au creuset des doctrines médicales et des connaissances acquises sur la matière, afin d'en tirer pour l'avenir tous les enseignements qu'ils comportent : *Numerandæ et perpendendæ observationes.* On ne peut que féliciter M. Mêlier d'avoir pensé que l'interprétation scientifique était le meilleur moyen de généraliser les faits particuliers observés par lui.

Nous avons dit que le diagnostic de la maladie ne pouvait laisser aucun doute. Mais ce diagnostic n'a pas été également prompt et sûr partout; les observations recueillies à Saint-Nazaire particulièrement dénotent une assez grande persis-

FEUILLETON.

Lettres historiques sur la médecine chez les Indous.

Voir t. IX, n° 18; t. X, nos 8, 12, 13, 15 et 18.

(Cinquième lettre.)

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

SYSTÈME MÉDICAL DE L'AYURVÉDA. SES RELATIONS AVEC LES DOCTRINES PHILOSOPHIQUES DE L'ÉCOLE SANKHYA, OU RATIONALISTE.

Monsieur le rédacteur,

La nouveauté et l'étrangeté du terrain sur lequel la question que nous allons étudier nous transporte, nous a décidé à placer dès le début de ce chapitre les conclusions qui seront le résultat de notre exploration. Il nous a semblé que le lecteur, connaissant d'avance le but vers lequel nous le dirigerons, serait par là mieux à même de s'orienter dans les voies un peu détournées que nous lui ferons suivre. Voici donc, en résumé, ce que nous allons tenter de démontrer :

1° Le système médical de l'*Ayurvéda* repose sur une théorie physiologique qui a elle-même pour base l'hypothèse de la présence, dans l'économie, de *trois humeurs radicales : l'air*, la *bile*, le *phlegme*.

2° Les manifestations morbides les plus compliquées, lorsqu'elles ne sont pas dues à l'action de quelque agent extérieur, à quelque vice héréditaire, etc., ont toutes pour début une *viciation humorale.*

3° Celle-ci est due à une alimentation composée de substances dans lesquelles les *cinq éléments*, *air*, *feu*, *terre*, *eau*, *éther* [âkâsa], ne sont pas dans une proportion convenable.

4° Cette théorie des cinq éléments fut adoptée par une *école philosophique* célèbre, dite la *Sânkhya*, dont les idées fondamentales se retrouvent dans les grandes productions de l'esprit indou, et notamment dans l'*Ayurvéda* de Suçruta.

5° Le système sânkhya, qui enlève à l'âme toute activité, et

tance à ne voir que des fièvres de mauvais caractère analogues à celles qu'on observe habituellement dans la localité. Cela tient, selon nous, à ce que les symptômes du début, qui ont surtout frappé l'attention, ne sont pas un guide sûr pour les premiers cas d'une épidémie. Quand immédiatement après, et quelquefois à courte échéance, vingt-quatre heures, la fièvre tombe brusquement, on est porté à croire à une fièvre intermittente; mais si, au lieu d'un nouveau paroxysme, on voit se dessiner l'adynamie, l'ictère, d'abord pâle, sanguin, puis plus intense, bilieux, les hémorrhagies multiples, le vomissement noir, alors il ne peut plus rester de doutes : cette marche du mouvement fébrile et ces symptômes de la seconde période sont seuls réellement caractéristiques. Il y a autre chose toutefois, et les conquêtes de l'observation moderne ne doivent pas rester lettre morte; si l'imprévu de l'épidémie de Saint-Nazaire peut motiver, sous ce rapport, le bénéfice des circonstances atténuantes, il ne faudrait pas se montrer aussi accommodant pour l'avenir. Il n'est plus permis aujourd'hui de caractériser la fièvre jaune sans avoir constaté la présence de l'albumine dans les urines, signe qui sert à la différencier des fièvres paludéennes et typhoïdes. Il faut aussi s'appuyer sur le diagnostic anatomique, et constater, non-seulement la décoloration, mais aussi la dégénérescence graisseuse du foie. Tous les travaux publiés depuis une dizaine d'années sont unanimes sur l'importance de ces deux points.

L'origine du mal n'est pas plus douteuse que le diagnostic; il n'est pas né dans la localité. Rien de semblable n'y avait été observé jusque-là, le climat ne s'y prête pas d'ailleurs; et c'est après l'arrivée d'un navire provenant d'un foyer de fièvre jaune et ayant eu une épidémie de cette maladie en mer, qu'on voit apparaître, à l'occasion de son déchargement, des accidents dont la nature est constatée, et qui, partis de cette source, vont irradier sur divers points. Il a donc été importé par ce navire.

Mais quel a été l'agent de l'importation? Il est bien établi ici que ce ne sont ni les marchandises débarquées, et qui, par leur nature, étaient peu suspectes, ni les hommes de l'équipage, partis dans diverses directions aussitôt après l'arrivée; il faut donc que ce soit le navire lui-même, et, dans le navire, l'atmosphère confinée des parties restées closes depuis le départ des foyers d'infection. Cela doit être ainsi pour des bâtiments du commerce. Pas toujours pourtant : le rapport du conseil de santé publique de Lisbonne fait remarquer que, dans les épidémies d'Europe, c'est dans les douanes et sur leurs employés que les premiers accidents se sont toujours montrés, et qu'à Lisbonne particulièrement, ce fut par les bagages des passagers restés à la douane que la maladie fut importée, et il faut bien faire attention qu'il s'agit ici d'effets appartenant à des personnes et non de marchandises. A bord des bâtiments de guerre, où il y a cargaison d'hommes plus que de marchandises, c'est par les hommes que le principe épidémique s'introduit, s'entretient et se transporte au loin, le plus souvent. Les résultats de mes recherches sur ce point sont positifs (1) ; ce qui n'empêche pas qu'au bout d'un certain temps d'une épidémie introduite par les hommes, les diverses parties du navire ne puissent devenir des foyers particuliers d'infection; que les mouvements opérés dans les soutes et dans les cales, par exemple, ne déterminent des accidents. C'est par des malades débarqués de l'*Armide* que l'épidémie de la Basse-Terre a été importée en 1852; c'est par des malades de la *Recherche* qu'elle a été provoquée à Fort-de-France en 1855. Ce n'est pas ici le lieu de multiplier les faits; nous devons nous borner à constater que si, dans certains cas, le principe morbifique pénètre dans le navire ou en émane directement, dans d'autres il y entre et en sort avec ou par les hommes.

Quant à la nature de ce principe, on dit que c'est un miasme, parce qu'on ne sait pas le caractériser autrement, et qu'il se comporte d'ailleurs comme les miasmes; mais, jusqu'à preuve du contraire, rien ne répugne à penser que l'élément morbifique de ce miasme, capable de se conserver longtemps sans altération, de se transporter à de grandes distances, de se reproduire et de se multiplier, au lieu d'être gazeux ou fixe, inerte et sans vie, soit au contraire organisé et vivant, végétal ou animal : le rapport sur l'épidémie de Lisbonne avait déjà émis cette hypothèse. Il provient de l'atmosphère des foyers endémiques de la maladie, actuellement soumis à l'influence épidémique; et tout ce qu'on peut dire de ces foyers, c'est qu'ils ne se rencontrent que sur les bords de la mer ou à l'embouchure des rivières maritimes, dans une circonscription déterminée et assez restreinte des régions équatoriales, n'ayant rien de commun avec les foyers de miasmes palustres, quoique se confondant souvent avec eux, puisqu'ils se révèlent parfois sur des points où il n'existe pas de trace de marais.

Quoi qu'il en soit, ce principe semble s'identifier tellement avec certains navires, que les désinfectants les plus puissants

(1) *Études sur les maladies maritimes* (*Gazette médicale* de 1850 et 1851).

---

fait rentrer le moi et la conscience au nombre des choses périssables, que la mort du corps anéantit, est amené nécessairement à créer dans l'homme une seconde puissance *à base organique*, pour ainsi dire, dont les attributions sont immenses; il lui donne pour corrélatif, pour objectif, la vitalité, ou *souffle vital*.

6° Malgré ce luxe d'entités distinctes, de forces vitales, la *médecine pratique* se sépare nettement de la philosophie là où finit la matière, c'est-à-dire au delà des éléments matériels, et n'admet pas que le médecin, dans le but d'arriver à guérir, doive avoir d'autre préoccupation que la recherche de la lésion, dont le premier terme est l'altération humorale simple, dans la fièvre intermittente, par exemple.

Notre route étant ainsi clairement tracée et jalonnée, essayons de la parcourir.

Quel que soit le siècle auquel on se reporte, quel que soit le peuple qu'on interroge, si ce siècle et ce peuple ont été les témoins d'une civilisation assez avancée pour ne plus permettre à un seul homme d'embrasser dans ses études tout le cercle des connaissances humaines, il est facile de s'apercevoir qu'un grand courant entraîne néanmoins tous les penseurs dans une direction commune, qu'une même atmosphère intellectuelle les enveloppe. La voix des rares novateurs est couverte par les cris de la foule; ils sont méconnus par leur génération; c'est la génération suivante qui recueille les fruits de leurs découvertes, si l'écho de leurs protestations ne s'est pas éteint avant d'arriver jusqu'à elles.

Voilà pourquoi, dans le cas particulier, nous regardons comme essentiel de ne pas nous borner à l'exposition pure et simple du système médical théorique adopté par Suçruta, mais de déterminer en même temps dans quel milieu philosophique il a pris naissance, et quelle a été, sur son développement, l'influence de ce milieu. Nous aurions voulu aller plus loin, étendre notre parallèle jusqu'aux autres nations qui ont une origine commune avec les peuples de l'Inde, et nous voulons surtout parler de la Grèce; mais nous réservons encore la

ne parviennent plus à le détruire. C'est surtout à bord des bâtiments de guerre que ce fait s'observe, et il n'est pas d'épidémie grave et prolongée qui n'en fournisse des exemples. M. Keraudren cite dans son mémoire sur la propagation de la fièvre jaune le brick *l'Euryale*, qui était dans ce cas, et, pendant la dernière épidémie des Antilles, nous avons vu la frégate *l'Iphigénie* résister à tous les moyens d'assainissement. Mais ce n'est pas seulement la fièvre jaune qui se comporte ainsi : on en trouve la preuve dans le fait du vaisseau *le Duperré*, pendant la guerre de Crimée, qui, envahi par le typhus, en conserva le germe, malgré l'emploi des désinfectants et le débarquement de l'équipage. Le navire est bien réellement malade dans ces cas, comme le sont certaines salles d'hôpital devenues de véritables foyers d'infection, et, comme celles-ci, il doit être complétement abandonné pendant un temps suffisant pour qu'il n'y ait plus rien à craindre en y retournant.

A ce propos, M. Mêlier revient sur les désinfectants employés à Saint Nazaire, et dit que le chlore à l'état gazeux et à l'état de chlorure de chaux a été presque seul employé comme ayant fait ses preuves et devant inspirer toute confiance. Le chlore est, en effet, un excellent neutralisant des matières organiques qui peuvent altérer l'atmosphère; mais son action fâcheuse sur certaines marchandises et sur les machines des bateaux à vapeur doit lui faire chercher des succédanés qui n'aient pas les mêmes inconvénients. Nous nous permettons d'en signaler un dont les effets annoncés nous paraissent dignes de fixer l'attention. Des expériences comparatives, faites par M. le professeur de Luna (de Madrid), avec le chlore et l'acide hypoazotique, lui ont prouvé que ce dernier, conseillé et employé par Liebig, est bien supérieur au premier; M. de Luna le prouve par la théorie chimique et par l'expérimentation directe. Il suffit d'une pièce de cuivre de 2 centimètres et de 10 centimètres cubes d'acide azotique pour purifier complétement une habitation (1). Le procédé de la carbonisation superficielle des bois par le flambage au gaz dont parle M. Mêlier est peu employé dans la marine militaire, d'après nos informations, malgré des apparences d'efficacité.

Il est quelques questions plus spécialement médicales, relatives à la fièvre jaune, sur lesquelles s'explique aussi M. Mêlier. Ses appréciations sur la nature de la maladie sont celles de tous ceux qui l'ont observée sans système préconçu; c'est bien une entité morbide, distincte de toutes les maladies avec lesquelles on peut lui trouver des analogies, c'est-à-dire des maladies bilieuses, intermittentes, typhiques. Tous ses symptômes donnent l'idée d'une maladie générale, d'une intoxication par un principe inconnu, spécifique, qui porte son action tout d'abord sur le système nerveux et sur les organes de la circulation, ainsi que le prouvent le mouvement fébrile et les douleurs par lesquels elle débute. C'est une maladie *totius substantiæ* et *sui generis*. Au point de vue de l'hygiène comme au point de vue de l'épidémiologie, il serait à désirer qu'on pût déterminer rigoureusement la durée de son incubation. Sur ce point, on ne peut poser qu'une règle assez générale, mais susceptible de nombreuses exceptions. Le résultat de nos observations est assez d'accord avec ce qu'on peut inférer de celles de Saint-Nazaire; il fixe cette durée entre deux et six jours. Voici des exceptions. En avril 1857, le navire *le Célestin*, ayant eu tout son équipage malade, vient de Saint-Pierre, où régnait encore l'épidémie, à Fort-de-France, où elle avait cessé. Il s'amarre, à sept heures du matin, le long du baleinier *la Pallas*, dont l'équipage était bien portant. Quatre hommes de la *Pallas* vont aussitôt à bord du *Célestin*, et à midi ils sont déjà pris des symptômes de la maladie, constatés par le médecin en chef de l'escadre. D'un autre côté, on a noté des incubations de trente jours; et à Lisbonne, plusieurs observations faites sur des personnes sorties de la ville pour aller habiter la campagne ont donné la preuve que celles de dix jours n'étaient pas rares. Il faut tenir compte de ces faits, même à titre d'exceptions. Pour le traitement, nous n'aurions rien à dire, connaissant son incertitude, si M. Mêlier, malgré les résultats peu encourageants de celui de Saint-Nazaire, ne faisait remarquer que le sulfate de quinine a paru avoir des effets utiles dans cette épidémie. Mais la lecture des observations particulières prouve qu'il n'a été autant employé que parce qu'on est resté convaincu pendant longtemps qu'on avait affaire à des fièvres d'origine palustre; il n'y est parlé que d'accès, d'apyrexie, d'enrayement de la fièvre. Eh bien, des expériences répétées, faites partout dans les pays chauds, ont prouvé que le sulfate de quinine, employé comme spécifique, est complétement impuissant contre la fièvre jaune elle-même, et ne s'attaque qu'à l'élément intermittent, qui la complique quelquefois, comme il complique toutes les autres maladies dans les localités palustres. Quand cette combinaison n'existe pas, et cela a lieu le plus souvent, il est plus nuisible qu'utile. Une autre erreur, c'est de voir l'indication des vomitifs dans

(1) *Étude chimique sur l'air atmosphérique de Madrid*, par M. de Luna, traduit par M. Gaultier de Claubry. Chez J.-B. Baillière.

question, qui n'est guère moins difficile qu'intéressante, et sur laquelle, pour notre part, nous déclarons n'avoir pu jusqu'ici arriver à une opinion bien arrêtée.

La théorie médicale de Suçruta, reposant nécessairement sur les idées qu'il avait adoptées relativement à l'organisation de l'homme, nous allons d'abord l'interroger à ce point de vue; mais c'est ici surtout que nous tenons à ce qu'on ne l'oublie pas : ce n'est pas la pensée particulière à un médecin que nous donnons ici, mais bien celle de toute une époque, et sans doute de la mieux caractérisée dans les annales de la médecine indoue.

Au plus profond de l'organisme, avec lequel elles sont toujours dans un rapport de solidarité absolue, et auquel elles servent de *substratum*, sont d'abord les *trois humeurs radicales : l'air*, la *bile* et le *phlegme*. « L'air, la bile et le phlegme, dit Suçruta, concourent à la conservation du corps; tant que ces principes sont doués d'activité, occupant le corps en haut, en bas et au milieu, celui-ci est soutenu comme une maison reposant sur trois colonnes. De là vient que certains médecins appellent les humeurs les trois colonnes. Viennent-elles à être frappées d'inertie, elles entraînent la dissolution du corps. Avec leur aide, au contraire, et celui d'un quatrième principe, le sang, le corps naît, dure et se dissout suivant une marche normale. » (*Sutrast.*, ch. 21.)

Arrêtons-nous un instant et fixons notre attention sur la valeur étymologique des termes employés pour nommer les trois humeurs. L'air est appelé par Suçruta *vâta*, de la racine *vâ*, qui signifie aller; *vâta* signifie donc proprement *celui qui se promène :* aussi le même mot était-il admis dans le langage médical pour signifier les douleurs névralgiques et rhumatismales. — La bile est exprimée par le mot *pitta*. Wilson, dans son dictionnaire, propose plusieurs étymologies, dont l'une, la moins vraisemblable à première vue, nous semble exacte. Elle consiste à dériver le mot *pitta* du verbe *tapa*, enflammer, par l'interversion de l'ordre des deux syllabes, ce qui donne *pata*. Au lecteur peu familier avec les règles étymologiques,

le vomissement et l'ictère. Si contre l'embarras gastrique, qu'on rencontre quelquefois au début, comme dans toutes les fièvres, l'ipéca peut être administré avec quelque utilité, l'émétique, employé dans tes cas graves et contre la maladie elle-même, a très-souvent des effets funestes. Nous nous élevons contre ces pratiques, inspirées à priori, parce que nous voyons de la tendance à les prendre pour règle de conduite presque partout où l'expérience n'a pas encore eu le temps de se faire.

Mais arrêtons-nous un instant aux deux points qui dominent tous les autres, et qui donnent tant d'importance à cette épidémie de Saint-Nazaire, à l'importabilité et à la transmissibilité de la fièvre jaune. Que la cause de la maladie ait été chargée au point de départ, à bord de l'*Anne-Marie*, ou qu'elle y ait été introduite avec les hommes de l'équipage, qui quelques jours après sont tombés malades, ce qui est tout aussi possible; qu'une fois introduite dans le navire elle s'y soit concentrée et multipliée par un phénomène chimique ou physiologique, suivant sa nature, ce qui est probable, toujours est-il qu'à l'arrivée à Saint-Nazaire elle a manifesté son existence en frappant plus ou moins violemment ceux qui se sont exposés à ses coups. Elle existait au point de départ, elle a fait acte de présence à bord pendant la traversée, elle a de nouveau exercé son action au port d'arrivée ; elle a donc été importée de ses foyers naturels, et n'a pris naissance spontanément ni à bord du navire, ni en France : premier fait. Un malade atteint directement par cette cause importée, et sorti presque aussitôt de la sphère d'action de son foyer d'émission, a fait naître chez une personne saine et placée dans les conditions favorables une maladie semblable à la sienne, la fièvre jaune; le principe morbifique importé par ce navire ayant traversé ce premier malade pour en atteindre un deuxième, s'est donc transmis d'homme à homme : second fait. Donc le principe de la fièvre jaune est importable et transmissible.

En prenant ces faits mêmes pour point de départ, la théorie, on peut dire le mécanisme de leur production s'explique facilement. Le principe de la fièvre jaune, résidant dans un miasme transportable et transmissible hors de ses foyers naturels, agit par l'intermédiaire de l'air et de la vapeur d'eau, qui sont ses auxiliaires obligés; c'est donc par absorption, par introduction intérieure, et non par inoculation ou implantation extérieure, qu'il pénètre dans l'organisme. Quelle nécessité, dès lors, qu'il y ait contact avec les personnes ou les choses qui le recèlent, et quelle différence que ce soit un objet contaminé ou un malade qui soit le réceptacle ou le foyer d'émission de ce principe. Sans doute, le résultat frappe davantage les sens quand le fait se passe, comme au Montoir, entre un homme malade et un homme sain, en dehors de toute autre influence; mais se produit-il différemment? Certainement non. Qu'a pu prendre le docteur Chaillon à la peau de son malade en se mettant en contact répété et prolongé avec elle? Un virus? Il n'y en avait pas. Un miasme? Ce n'est pas là sa grande porte de sortie. Si c'est dans l'air expiré par le malade que se trouvait le principe morbifique, le contact n'était pas nécessaire; mais la proximité du foyer d'émission devenait une condition très-puissante de transmission, comme on l'avait déjà constaté à l'occasion des accidents produits par le navire importateur. C'est par émission directe que ceux-ci s'étaient produits, c'est par transmission que s'est produit l'accident d'homme à homme; mais c'est toujours par le même mécanisme. L'importation et la transmission ne se séparent donc pas, pour l'interprétation des accidents, du moment que c'est l'atmosphère contaminée qui en est l'agent; mais elles diffèrent pour les conséquences.

A Saint-Nazaire, la puissance de l'émission directe par le navire a paru plus prononcée que celle de la transmission par les malades. Nous l'avons attribué aux causes auxiliaires de l'épidémie, mais ces causes varieront suivant la latitude. Il est bien certain que la transmissibilité de la fièvre jaune hors de ses foyers endémiques est soumise à des conditions restrictives qui la distinguent de la même propriété dans les autres maladies : il lui faut une topographie spéciale, le voisinage de la mer, et une température élevée, celle de 20 degrés en moyenne, au moins. Si ces conditions lui font défaut, elle doit perdre bientôt toute activité ; si elles se rencontrent réunies, elle peut prendre, au contraire, une puissance très-grande, et alors s'opèrent un plus ou moins grand nombre de transmissions successives, le principe de la maladie se régénérant et se multipliant chaque fois dans l'organisme humain, sous l'influence d'un milieu favorable. On ne peut pas comprendre autrement la production d'épidémies comme celles de Barcelone, par exemple, qui durent plusieurs mois et atteignent plus de 80 000 personnes, puisqu'il est reconnu que les causes locales ne sont que des auxiliaires. Quelques nombreux que l'on suppose les agents d'importation, navires ou malades, l'émission directe ou de *première main*, comme la désigne M. Mêlier, ne saurait jamais produire de tels résultats. A Lisbonne, on a très-bien constaté que l'épidémie n'a

---

et que ce procédé, aventureux et arbitraire en apparence, a fait sourire, nous ferons remarquer qu'il emploie chaque jour des expressions formées de cette façon; il lui suffira, pour s'en convaincre, de comparer μορφη et *forma*, *étincelle* et *scintilla*, etc. — Le troisième principe est exprimé par le mot *çleshman*, que Wilson définit : « *The phlegmatic humour, one of the three principal humours or fluids of the body* », et qu'il fait venir de la racine *çlisha*, adhérer à, d'où est venu *çlèsha*, cohésion. Pour justifier ces étymologies, et montrer qu'elles donnent bien le sens intime attaché aux noms des humeurs, nous ne pouvons mieux faire que de citer le passage suivant : « Le corps, dit l'*Ayurvéda*, trouve dans les propriétés des humeurs les sources des *mouvements* dont il est le siége, de la *chaleur vitale* qui l'anime, de l'*affinité* qui relie ses diverses parties. » (*Loc. cit.*) Nous compléterons tout à l'heure ce que nous avons à dire des humeurs, quand il s'agira de la formation des maladies.

Entre ces trois principes radicaux et les organes proprement dits, ou les parties du corps, se plaçaient naturellement les organes élémentaires, que Suçruta confond souvent avec les humeurs sous la dénomination commune de sécrétions. En tête de la liste, nous trouvons, comme premier résultat de la nutrition, « le *chyle*, agent vivificateur qui alimente et produit le *sang*; celui-ci, remarquable par sa belle couleur, nourrit la *chair*, laquelle produit directement le *tissu cellulaire*, qui affermit et nourrit les os; ceux-ci, auxquels le corps doit sa solidité, produisent la *moelle* qui les remplit. Caractérisée par ses propriétés lénitives, douces et viriles en même temps, elle alimente le *liquide spermatique*, emblème de la vivacité, de l'énergie, du plaisir, de la force, de la joie, et agent générateur. » Suçruta complète cette liste des parties sécrétées ou excrétées par la mention de l'urine, des fèces, de la sueur, du sang menstruel, de l'*embryon* et du lait.

Ces quelques données, relatives aux théories physiologiques exposées dans l'*Ayurvéda*, vont nous suffire pour saisir et comprendre l'idée que l'auteur se faisait de l'évolution pathogé-

pas procédé comme celles qui dépendent d'une cause générale, hygiénique ou météorologique; ayant pris naissance sur un seul point et par une seule classe d'hommes, elle a irradié, sans faire de bonds, de maison à maison, de rue à rue, de quartier à quartier, bien qu'elle ne les ait pas tous atteints; et ce qui prouve encore que c'est par les malades qu'elle s'est propagée, c'est que des asiles de pauvres et d'autres établissements semblables qui ont pu être isolés, ont été préservés, bien qu'ils fussent entourés de malades au dehors.

On n'en peut plus douter, toutes les grandes épidémies observées en Europe, à diverses époques, ont eu la même origine que celle de Saint-Nazaire. Quand on les compare entre elles, on est frappé de la manière presque identique dont les premiers accidents se sont produits et dont les accidents ultérieurs ont procédé; il n'y a de différence que dans le nombre. M. Mêlier le reconnaît, et l'on n'hésitera pas à souscrire aux trois propositions suivantes, par lesquelles il formule son opinion: importation comme origine (émission directe des navires importateurs); extension, propagation à laquelle contribuent les malades, — nous nous bornons à dire, nous, propagation par les malades — (transmission); nécessité des mesures sanitaires (instituées sur des bases plus rationnelles que par le passé). La première de ces propositions ne peut plus être contestée; la seconde, pour être moins bien prouvée et subordonnée à plusieurs conditions, n'en est pas moins certaine; la troisième s'impose au nom du bon sens et de la plus vulgaire prudence. Le champ des grandes épidémies de fièvre jaune s'étend avec la fréquence et la rapidité des communications qui résultent de la navigation à vapeur. L'Amérique du Sud, qui longtemps en est restée indemne, en est le théâtre presque constant depuis une quinzaine d'années: importée au Brésil, elle a irradié de là sur divers points des côtes est, et l'isthme de Panama n'en a pas préservé les côtes situées à l'ouest; dès 1842 elle s'introduisait à Guayaquil, et en 1852 elle apparaissait au Pérou et au Chili, où elle a pris racine pendant plusieurs années. En Afrique, les rivières de Sierra-Leone et de Gambie en sont des foyers presque permanents, et de là elle fait de fréquentes incursions au nord jusqu'au Sénégal, et au sud jusqu'au Gabon. Qui serait assez téméraire aujourd'hui, après ce qui s'est passé à Lisbonne en 1857, et à Saint-Nazaire en 1861, pour dire qu'il n'y a pas à se préoccuper de l'avenir et à prendre des précautions contre l'invasion possible d'un tel fléau sur certains points de la France!

Nous ne donnerons pas plus d'étendue à cet examen, ne voulant pas sortir du cadre tracé par M. Mêlier, et nous éloigner plus qu'il ne l'a fait du caractère plus pratique que théorique qu'il convient de conserver aux questions soulevées par l'épidémie de Saint-Nazaire. Mais nous en avons assez dit pour faire voir que pour nous et pour beaucoup d'autres ces questions étaient jugées depuis longtemps. L'autorité du savant inspecteur général des services sanitaires, et le retentissement de la tribune académique, auront plus fait en un jour pour leur solution que toutes les publications dont elles ont été l'objet, et qui l'auront pourtant préparée.

D^r Dutroulau.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie chirurgicale.

Anévrysme de la collatérale externe de l'index traité inutilement par la compression indirecte; ablation de la tumeur. — Anévrysme de la collatérale interne du même doigt traité par la ligature de trois artères de l'avant-bras; résultat satisfaisant. — Observation communiquée à la Société de médecine du département de la Seine par le docteur Delore, chirurgien en chef désigné de la Charité, professeur à l'École de médecine de Lyon.

Obs. — Marie Jouberton, âgée de seize ans, née à Lancié (Rhône), entre, le 3 juin 1862, salle Saint-Paul, n° 43, affectée d'une tumeur de la main. Il y a vingt mois que l'affection a débuté à la face palmaire, au niveau de l'extrémité inférieure du deuxième métacarpien. La tumeur fut d'abord agitée de battements peu sensibles; peu à peu ils devinrent plus forts, à mesure que le volume augmenta. Actuellement elle offre les dimensions d'une noisette; ses battements sont isochrones à ceux du pouls; le doigt qui la presse est soulevé à chaque pulsation; elle est molle, fluctuante, réductible, sans changement de couleur à la peau, qui est mobile sur elle.

Cette jeune fille jouit d'une santé excellente. Elle est très-robuste, d'un tempérament sanguin; ses règles ont paru à l'âge de treize ans et demi, elles ne sont pas très-abondantes; il n'y a eu aucun froissement par contusion ou par dilacération; rien du côté de l'hérédité. La collatérale interne de l'index paraît plus dilatée que d'habitude, et ses battements sont très-prononcés.

Si l'on examine les artères de l'avant-bras, on voit que la radiale contourne d'avant en arrière le radius, à 4 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde, avant de s'enfoncer dans la main, ce qui est, du reste, l'anomalie la plus fréquente. La compression de cette artère n'influe en aucune façon sur les battements de la tumeur: au contraire, ils disparaissent complétement par la compression de la cubitale. En pressant avec l'extrémité de la pulpe digitale, immédiatement au-dessus de la tumeur, même dans un espace très-circonscrit, on fait cesser tout battement.

---

nique et du rôle de la thérapeutique. « Quand le *circuit* organique, dit ailleurs Suçruta, commençant au chyle et finissant à la liqueur spermatique, est dans son état normal, la vitalité corporelle atteint son maximum. Nous donnons à cette vitalité, dans notre école, le nom de *force vitale.* » (*Loc. cit.*, ch. 15.) — « En résumé, quand dans un organisme les humeurs, la chaleur animale, les organes élémentaires, les sécrétions sont dans un équilibre normal, quand les fonctions sont régulières, l'intelligence est nette, les sens précis, l'esprit libre, et l'homme est dit en état de *santé* parfaite. » (*Loc. cit.*)

Comment le trouble pénètre-t-il dans ce calme fonctionnel qui vient d'être si nettement déterminé? Comment cet équilibre général que soutient la force vitale est-il rompu? En un mot, comment naît la maladie, comment succède-t-elle à la santé?

Pour répondre à cette question, voyons d'abord quelle classification Suçruta admet dans l'exposition des diverses formes pathologiques. Il établit une première distinction entre la médecine et la chirurgie, en disant: « Les maladies sont de deux sortes: celles dont la guérison exige le recours aux instruments, et celles qui peuvent se guérir par les médicaments externes ou autres. On peut médicamenter dans les maladies chirurgicales; mais, pour les maladies curables par les remèdes, il ne faut jamais recourir aux opérations. »

Puis, revenant, en quelque sorte, sur ce qu'il vient de dire, il développe une autre classification qui contient le cadre pathologique tout entier, et divise les maladies en sept classes, selon l'étiologie. Six d'entre elles comprennent les maladies héréditaires, celles dues aux accidents de la grossesse, les lésions chirurgicales, les maladies infligées par les dieux, comme les effets de la foudre, les maux dus à l'influence des esprits, etc. Une septième classe (la troisième de Suçruta), de beaucoup la plus importante et la plus considérable, renferme les maladies qui sont le résultat de la corruption des humeurs. Suçruta entend par là, autant que des indications grossières et souvent fantastiques permettent de l'affirmer, ce que nous

D'après tous ces signes, on porte le diagnostic suivant : anévrysme de la collatérale externe de l'index, branche de l'arcade palmaire superficielle.

La malade est incommodée de sa tumeur, elle en souffre fréquemment, cependant ses mouvements sont libres. Au milieu de la phalange de l'index il existe une petite tumeur érectile de la largeur d'une tête d'épingle, ne faisant aucune saillie ; la malade la perça, et il s'en écoula une grande quantité de sang. On en rencontre une autre sur la paume de la main, entre l'index et l'annulaire.

Comme la compression arrêtait facilement les battements de la tumeur, on se décida à la mettre en usage, et M. Blanc construisit, à cet effet, un appareil qui est constitué d'abord par une pelote de 3 centimètres de long sur 1 et demi de large, ayant à peu près la forme de l'extrémité d'un doigt : elle est placée transversalement sur le point qu'on veut comprimer, c'est-à-dire au niveau de la partie moyenne du deuxième métacarpien ; elle est reliée, au moyen d'une tige de fer courbe et flexible, avec une large plaque qui se moule sur le dos de la main ; la compression s'exécute grâce à une vis de rappel placée entre le pouce et l'index, et qui rapproche la pelote palmaire de la pelote dorsale.

Pendant un mois la compression fut exécutée exactement avec cet ingénieux appareil. La malade le quittait rarement, et seulement lorsqu'elle y était obligée par des souffrances trop vives, par le gonflement trop considérable de la main et par des excoriations légères au niveau du point comprimé. Au bout de peu de jours, les battements devinrent très-peu apparents ; on crut à la formation d'un caillot central dur et fibrineux ; mais l'oblitération complète de la poche ne fut pas obtenue.

Le 10 juillet, la malade quitte le service ; elle emporte l'appareil compresseur, qu'elle promet d'appliquer exactement pendant la nuit.

Le 27 juillet, elle rentre à l'Hôtel-Dieu, où l'on constate que les battements de la tumeur sont devenus beaucoup plus apparents qu'à l'époque de sa sortie. Cependant on sent une partie dure qui paraît être encore un petit caillot fibrineux central. Je me décide alors à pratiquer l'ablation de la tumeur anévrysmale.

Opération. — Le 29 août, la malade étant éthérisée, je pratique une incision de 3 centimètres et demi, suivant le trajet de l'artère, au niveau du milieu de la tumeur. Je dissèque le tissu qui environne la poche, soit à l'aide du bistouri, soit à l'aide d'une sonde cannelée, pendant qu'on exécute une compression exacte immédiatement au-dessus de la tumeur ainsi que sur les artères radiale et cubitale, de telle sorte qu'il ne s'écoule que très-peu de sang. Deux ligatures sont placées au bout inférieur, et l'artère est coupée entre deux ; puis, la tumeur étant relevée de bas en haut, on en dissèque la partie profonde, jusqu'à ce qu'il soit possible d'appliquer également une ligature sur le bout supérieur. Pendant cette dissection, un filet du nerf collatéral externe de l'index, qui était très-adhérent au sac anévrysmal, fut coupé, de telle sorte qu'il en résulta de l'insensibilité dans une petite étendue de la pulpe digitale de l'extrémité externe et inférieure de l'index.

Après l'opération, on applique quelques points de suture métallique. Au neuvième jour, on enlève les ligatures et les sutures. Le 16 août, la plaie est cicatrisée, et la malade sort complétement guérie.

Description de la pièce. — L'anévrysme, à peu de chose près, est sacciforme, car les deux orifices artériels sont distants l'un de l'autre de 2 millimètres. Les parois de la tumeur sont épaisses et résistantes ; la cavité ne contient aucune trace de caillots actifs. L'artère collatérale, au-dessus et au-dessous de la tumeur, a conservé son calibre normal.

Le 14 janvier 1863, cette jeune fille rentre dans le service et nous présente un anévrysme de la collatérale interne de l'index gauche, au même niveau que le précédent, tout près de la commissure interdigitale. Là on sent une tumeur arrondie, du volume d'une petite noisette, sans altération des téguments ; elle est animée de pulsations isochrones à celles du pouls. En comprimant la radiale à 10 centimètres au-dessus du poignet, on suspend complétement les pulsations.

Évidemment il s'est développé une seconde tumeur anévrysmatique tout près de celle que j'avais enlevée précédemment et au niveau de laquelle on aperçoit une cicatrice longitudinale souple et indolente. Depuis l'opération, les fonctions de la main se sont fort bien exécutées. La portion de la pulpe digitale, qui était un peu engourdie à la suite de la lésion du nerf collatéral, a recouvré toute sa sensibilité et n'a point empêché notre jeune malade de se livrer aux travaux d'aiguille les plus délicats.

Au toucher, on reconnaît que l'index et le médius ont une température beaucoup plus élevée que la main et que les mêmes doigts du côté opposé. Le thermomètre accuse, du reste, une notable différence : il présente 26 degrés à la main droite, et 33 à la main gauche. L'index et le médius sont un peu plus longs que ceux du côté opposé ; ils sont également plus gros, et le toucher donne la sensation de veines volumineuses assez analogues à ces sinus situés au-dessous de la peau, dont la teinte est bleuâtre. Le creux de la main malade est constamment humide.

Depuis quelque temps la malade remarque que sa tumeur anévrysmale fait de rapides progrès. Elle est pour elle la cause de souffrances constantes.

Considérant l'insuccès de la compression employée précédemment, le développement d'une seconde tumeur après une ablation déjà faite, je pensai qu'il était important de modifier profondément la circulation de cette partie de la main gauche, en faisant successivement plusieurs ligatures artérielles.

Ligature de la radiale. — J'ai déjà dit qu'en comprimant cette artère à 10 centimètres au-dessus du poignet, on suspendait les battements de la tumeur. La ligature fut pratiquée le 24 janvier 1863. L'opération fut très-simple. Mais à peine était-elle faite, que les battements se reproduisirent dans la tumeur et même dans la partie inférieure de la radiale, à quelques centimètres au-dessous de la ligature.

Le lendemain, pas de réaction. La malade n'éprouve aucun accident, ni du côté de la sensibilité de la main, ni du côté de la motilité. Les jours suivants, la plaie suppure ; la chaleur de la main a diminué, ainsi que les battements de la tumeur.

2 février, chute de la ligature.

Maintenant la moindre compression de l'artère cubitale suffit pour arrêter les battements de la tumeur, mais il faut la comprimer à 8 ou 10 centimètres au-dessus du poignet.

Ligature de la cubitale, le 12 février. — La plaie de la précédente opération n'était pas encore complétement cicatrisée. La cubitale fut liée à 10 centimètres au-dessus du poignet, et, pour l'atteindre, je fus obligé de soulever un peu le bord interne du fléchisseur sublime.

Après la ligature, les battements continuèrent dans la tumeur, mais très-faiblement.

Les jours suivants, peu de réaction, céphalalgie légère, douleurs sur le trajet fléchisseur superficiel, qui s'est enflammé légèrement, et qui, par sa rétraction, empêche les doigts de s'étendre. La ligature est tombée le 19 février.

22 février. — La malade va aussi bien que possible ; la rétraction des

---

appelons aujourd'hui les fièvres et une partie des inflammations. C'est donc sur les maladies dues aux altérations des humeurs que portaient les théories de l'époque, et l'auteur de l'*Ayurvéda* est tellement convaincu de l'importance des affections qui ont cette origine, que, quelques lignes plus bas, oubliant toutes les autres, il dit : « L'air, la bile et le phlegme, en raison de leurs facultés de produire, de développer, de répandre, sont la source de tous nos maux. » Mais cette altération humorale, qui était comme l'origine et le premier pas de l'évolution pathogénique, n'amenait pas nécessairement une maladie après elle ; lorsqu'elle ne dépassait pas un certain degré, elle était compatible avec le maintien de la santé. Car, l'état parfaitement normal des trois principes, état qui suppose une observation absolument régulière de toutes les lois hygiéniques, et l'absence complète des influences pernicieuses du dehors, sur lesquelles l'homme n'a pas toujours prise, est une condition dans laquelle celui-ci se place et surtout se maintient difficilement. De là résulterait, dit l'*Ayurvéda*, que « si l'altération de l'air et des autres humeurs, et le développement des fièvres et des maladies analogues, étaient indissolublement liés, tous les êtres vivants seraient perpétuellement malades... » — « C'est ainsi que la foudre d'Indra, le vent, l'éclair, la pluie, qui ne sauraient exister si l'atmosphère n'existait pas, ne se manifestent pourtant pas toujours, malgré la présence permanente de l'atmosphère. » (*Loc. cit.*, ch. 24.) Il résulte assez nettement de tout cela que les trois humeurs qui ont été nommées plus haut les trois colonnes de l'organisme n'ont pourtant qu'un rôle physiologique extrêmement limité, et que leur état normal parfait, si tant est qu'elles le connaissent, n'est autre que leur silence absolu dans les profondeurs de l'organisation, silence résultant de l'absence de toute cause irritante.

Voyons maintenant quelles sont ces causes amenant l'irritation, puis l'altération consécutive des humeurs. A l'aide de quels agents ces effets sont-ils produits? Comment s'introduisent dans l'organisme ces trouble-fêtes dont les visites sont

doigts n'existe plus ; les plaies marchent vers la cicatrisation ; les battements de la tumeur sont faibles : on les arrête complétement en comprimant une artère qu'on voit battre sous la peau et qui s'est développée beaucoup depuis les deux ligatures précédentes. Elle est située au milieu de la face antérieure de l'avant-bras, et semble provenir de l'artère interosseuse.

Ligature de l'artère médiane, le 25 février. — Comme cette artère était sous-cutanée, une incision de 2 centimètres me suffit pour la lier. Elle était devenue plus volumineuse que la radiale et la cubitale. Les suites en furent très-simples, et la ligature tomba le 2 mars. Immédiatement après, on perçoit encore dans la tumeur quelques battements fort obscurs et intermittents.

Le lendemain, ces battements disparaissent ; puis, quelques jours après, on les perçoit de nouveau non sans difficulté.

Le 19 mars, la malade quitte l'hôpital dans l'état suivant : la tumeur existe encore, mais elle paraît revenir sur elle-même ; elle est molle, et, en aucun point, on n'y sent de dureté ; il y a donc absence de caillots actifs. Les battements y sont tellement faibles, qu'il faut une grande attention pour les percevoir. La chaleur de la main est encore un peu plus prononcée que celle du côté opposé. Les doigts ont repris leurs mouvements d'extension et de flexion. Les plaies sont à peu près cicatrisées.

Afin de modérer la circulation de la main, de favoriser le retrait de la tumeur et d'éviter toute récidive, la malade porte au poignet un bracelet de caoutchouc, qui ne la gêne nullement et néanmoins comprime la radiale au point où elle contourne le radius.

Réflexions. — Cette observation peut donner lieu à des considérations relatives à plusieurs points intéressants.

La première question qu'on peut soulever a trait à la disposition vasculaire des deux doigts et de la partie de la main qui leur correspondait. Il y avait là une dilatation de tous les vaisseaux, soit artériels, soit capillaires, soit veineux ; de plus, une différence de 7 degrés centigrades pour la température de la main malade et de la main saine. J'ai noté, en outre, une transpiration constante à la face palmaire. Or, ce sont précisément tous les signes qui ont été trouvés par M. Claude Bernard chez les animaux auxquels il a pratiqué la section du grand sympathique. Le fait que je viens de citer semble prouver qu'il y avait dans cette main une atonie de la tunique musculeuse des vaisseaux, qui était portée à un degré tel, qu'elle permettait le développement de tumeurs anévrysmales.

Cette disposition vasculaire était, du reste, tout à fait locale ; rien ne pouvait l'expliquer dans l'examen du sujet, qui était vigoureux et fort bien constitué.

Je ferai une deuxième remarque relativement à l'insuffisance de la compression au moyen d'un appareil. Quoique ce mode de traitement fût patiemment employé pendant un mois et demi, il ne donna qu'un résultat insignifiant. C'est à lui cependant qu'on doit attribuer l'épaississement prononcé des parois de la première tumeur anévrysmale, épaississement si manifeste, qu'il avait fait croire à la présence d'un caillot actif. Nous avions ici un anévrysme qui tient le milieu entre le fusiforme et le sacciforme, c'est-à-dire que les deux ouvertures sont très-rapprochées l'une de l'autre. Malgré cela, il ne s'y forma point de coagulation active. Je crois pouvoir expliquer l'épaississement en admettant une rétraction de la poche. Ce serait donc un mode spécial de guérison à qui malheureusement le temps a manqué pour devenir complète.

Après avoir constaté l'insuffisance de la compression et de l'ablation, il me restait à tenter la ligature. Cette opération, que je dus répéter en trois points différents, me semble justifiée par la ténacité du mal, par les souffrances qu'éprouvait la malade, par la crainte de voir une hémorrhagie grave se produire spontanément ou à la suite d'un traumatisme, et enfin par la simplicité des suites.

La main est un organe tellement vasculaire, nous avions affaire à un sujet dont les capillaires se dilataient si facilement, que nous ne pouvions songer à arrêter complétement les battements de la tumeur ; il eût fallu pour cela arrêter complétement la circulation de la main. J'ai donc tout lieu de m'applaudir d'avoir suspendu les progrès du mal et d'avoir obtenu un résultat suffisant.

Rapport de M. Adolphe Richard *sur le mémoire de M. Delore. — Lu dans la séance du 15 mai 1863.*

Messieurs,

M. le docteur Delore, chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon et professeur à l'École de médecine de la même ville, vous a présenté une observation curieuse intitulée : Anévrysme de la collatérale externe et de la collatérale interne de l'index.

Je vais d'abord en quelques mots vous résumer cette observation, puis j'aurai l'honneur de vous soumettre quelques remarques critiques sur ce travail, à propos duquel je ne saurais entièrement partager la manière de voir de notre distingué confrère.

Une jeune fille de seize ans entre dans les salles de M. Delore ; elle porte à la paume de la main, vers la tête du métacarpien de l'index une tumeur grosse comme une noisette, pulsatile, datant de vingt mois, incommodant sérieusement la petite malade. M. Delore diagnostique un anévrysme de la collatérale externe de l'index. Pour guérir cette affection, le chirurgien essaye d'abord la compression à l'aide d'un appareil spécial : insuccès. Il se décide à faire l'extirpation de l'anévrysme. Celle-ci est exécutée sans grande difficulté et suivie de la ligature de la collatérale externe de l'index au-dessus et au-dessous. Pendant les manœuvres, un filet du nerf collatéral externe de l'index est divisé, d'où insensibilité dans une partie de la pulpe de ce doigt. Le 16 août 1862, quinze jours après l'opération, la malade, dit M. Delore, sort complétement guérie.

---

si fréquentes? Il est clair que l'alimentation, avec tous les phénomènes de la nutrition, et la respiration, sont les fonctions pendant l'exercice desquelles naissent tous ces désordres. Les aliments, en effet, comme tout ce que l'univers renferme, sont des composés, avec des proportions différentes, des cinq éléments, l'air, le feu, la terre, l'eau, l'éther. Ces cinq principes, considérés individuellement, sont d'une innocuité parfaite ; mais leurs composés jouissent de propriétés nouvelles qui font que la même substance est utile dans certains cas et nuisible dans d'autres. De là vint cet aphorisme cité par Suçruta : « Ce qui est utile à l'air étant nuisible à la bile, aucune substance ne peut être absolument salutaire ou absolument insalubre. Néanmoins, ajoute-t-il, certains maîtres ne partagent pas complétement cet avis. » Et il se met au nombre des dissidents, en indiquant toute une liste de substances qu'il regarde comme absolument saines. Quoi qu'il en soit, c'est par cette voie que l'évolution morbide arrive à son premier degré de manifestation évidente ; l'altération des humeurs. Que se passe-t-il ensuite? Les humeurs, une fois viciées, choisissent un siége de prédilection, et c'est à partir de ce moment que leur présence, jusque-là silencieuse et inaperçue, va se manifester, car la doctrine le dit bien formellement : « Quand les humeurs irritées et viciées, errantes jusque-là dans l'organisme, s'accumulent en quelque région du corps, celle-ci sera très-prochainement le siége d'une maladie. « (*Loc. cit.*, ch. 24.) « L'air, qui se trouve partout, dans la tête, dans l'estomac, s'accumule surtout dans la partie inférieure du ventre et le rectum, où il donne lieu à des affections très-graves. » (*Nidânasthana*, ch. 1.) La bile s'entasse de préférence dans le foie et la rate (où elle opère normalement la rubéfaction du sang !), dans le cœur, l'œil, la peau ; le phlegme, dans la poitrine, le cerveau, la bouche et ses dépendances, l'estomac. L'accumulation des humeurs, « telle est, dit l'*Ayurvéda*, la première phase » de l'évolution morbide. Indiquons en quelques mots comment se complète ce processus pathogénique. A la suite d'influences qui sont longuement énumérées, les humeurs altérées et accu-

Le 14 janvier 1863, la jeune fille rentre avec un anévrysme de la collatérale interne du même doigt, au même niveau que le précédent, tout près de la commissure interdigitale, anévrysme disparaissant par la compression de la radiale. « Je pensai, dit M. Delore, qu'il importait de modifier profondément la circulation de cette partie de la main. » Dans ce dessein, le 24 janvier de cette année, M. Delore pratique la ligature de la radiale; mais presque aussitôt les battements se montrent dans la tumeur et même dans la radiale au-dessous de la ligature.

Le 12 février, on lie la cubitale à 10 centimètres au-dessus du poignet. Après la ligature, les battements continuèrent dans la tumeur, mais très-faiblement.

Le 22 février, la malade va bien. La tumeur a des battements faibles. On arrête complétement ces battements en comprimant une artère qu'on voit battre sous la peau et qui s'est développée beaucoup depuis les ligatures précédentes. Elle est située au milieu de la face antérieure de l'avant-bras et semble provenir de l'artère interosseuse.

Le 25 février, on lie cette dernière artère, plus volumineuse que la radiale et la cubitale.

Enfin, le 19 mars, la malade quitte l'hôpital. Elle conserve sa tumeur, mais les battements y sont faibles. Pour éviter la récidive, la malade porte un bracelet de caoutchouc.

Il s'agit maintenant d'apprécier cette assez émouvante histoire. J'ai pour M. Delore et sa belle école lyonnaise une profonde estime : son maître, Bonnet, je l'appelle aussi mon maître; et je veux répondre par une entière franchise aux sentiments que m'inspire notre collègue. Organe de la Société de médecine, je lui dirai donc : Je pense que vous vous êtes trompé.

Il est, messieurs, deux lignes de l'observation de M. Delore que je n'ai pas fait rentrer dans le résumé que j'en ai fait. Les voici :

« Au milieu de la phalange de l'index, la malade porte une petite tumeur érectile de la largeur d'une tête d'épingle. On en rencontre une autre sur la paume de la main, entre l'index et l'annulaire. »

Eh bien ! messieurs, ce que M. Delore ne note qu'en passant, par acquit de conscience et pour n'y plus revenir, ces deux petites tumeurs érectiles, c'est la vraie maladie de cette fille. Au lieu d'avoir fait quatre ligatures inutiles, — car si la tumeur bat encore, je puis affirmer à M. Delore que maintenant elle bat plus fort, et que de nouveaux anévrysmes, comme il les appelle, vont couvrir la main de la malade, — au lieu, dis-je, d'avoir fait quatre ligatures inutiles, M. Delore n'aurait eu qu'à déposer sur les deux petites tumeurs érectiles gros comme une tête d'épingle de pâte de Vienne pendant trois minutes, puis pendant deux heures un petit disque imperceptible de pâte de zinc : la malade aurait guéri vite et sans danger, et, sans agir sur les artères dilatées, celles-ci auraient disparu d'elles-mêmes.

Voilà, messieurs, ce que notre distingué confrère de Lyon était bien excusable d'ignorer; voilà ce que nous a appris il y a six ans un interne des hôpitaux, le fils d'un chirurgien de Reims, connu de plusieurs des membres de cette Compagnie, M. Decès. Une vérité nouvelle, une découverte, car c'est une réelle découverte, peut bien mettre six ans à faire sa route de Paris à Lyon. Combien d'autres plus anciennes, parties de Lyon, et d'Angleterre, et d'Allemagne, n'ont pas encore trouvé le moment propice pour franchir les fortifications de Paris !

M. Decès a révélé la vraie nature de la varice artérielle ou anévrysme cirsoïde. Il a montré que le foyer, pour ainsi dire, de la maladie est toujours une tumeur érectile artérielle restant pendant longtemps isolée et limitée. Puis, autour de cette tumeur érectile, se développent bientôt les artères afférentes jusqu'aux troncs artériels eux-mêmes.

Si l'on attaque ces vaisseaux par la ligature, la compression, l'extirpation et la cautérisation, on n'obtient rien. Si l'on détruit la tumeur érectile, suite et centre de l'affection, tout le reste disparaît.

M. Robert, l'avant-dernier historien de l'anévrysme cirsoïde, avait fini par déclarer son incurabilité absolue. M. Decès, en révélant la vraie nature du mal, a su préserver la chirurgie d'opérations cruelles, dangereuses et inutiles, en dotant l'art d'un moyen efficace pour guérir une affection qui peut aller jusqu'à compromettre la vie.

Je soumets donc au jugement éclairé de M. le docteur Delore l'interprétation suivante de ce qui a existé chez sa jeune malade :

Cette jeune fille, ouvrière d'aiguille, a vu, par suite de sa profession, se développer deux petites tumeurs érectiles artérielles à la base du doigt indicateur gauche. Ces petites tumeurs, malgré leur insignifiance, sont devenues la cause de la dilatation sacciforme, d'abord de la collatérale externe, bientôt de la collatérale interne du doigt, enfin même de l'extrémité inférieure des artères de l'avant-bras. M. Delore a assisté ainsi à la phase ascendante et de plus en plus caractérisée du développement d'un anévrysme cirsoïde.

Il finira par guérir cette intéressante malade en détruisant par le caustique les deux tumeurs érectiles.

Messieurs, nous devons une sincère gratitude à M. Delore de nous avoir soumis l'histoire d'une malade qu'il reconnaissait n'avoir pu réussir à guérir radicalement. C'est par cette bonne foi réciproque que l'art s'ennoblit et s'épure. M. Delore nous est connu comme occupant un rang distingué dans cette jeune phalange de chirurgiens destinée à consoler Lyon de la perte récente de son grand et immortel chirurgien. Je crois qu'un de nos collègues a tracé devant vous la liste des travaux et des titres de M. Delore. Je vous propose de remercier M. De-

---

mulées s'enflamment : deuxième phase. Puis, sous l'influence d'une sorte de fermentation dans laquelle l'air joue un rôle décisif, les humeurs irritées font irruption sur les divers organes, viscères et autres : troisième phase. Les organes, cédant à cette influence corrosive, sont altérés dans leur structure intime : quatrième phase. Puis viendront des manifestations pathologiques matérielles plus évidentes et surtout plus profondes, ulcères, tumeurs, etc. : cinquième phase. Enfin apparaîtront les symptômes indiquant que l'organisme, pliant sous le faix, voit ses forces fléchir devant l'action morbifique de plus en plus puissante, et que celle-ci triomphera par la dissolution du corps ou tout au moins par l'incurabilité; ces symptômes sont la diarrhée persistante, la fièvre continue, etc. : sixième phase.

Ainsi, nous avons pris l'homme en état de parfaite santé, nous l'avons suivi jusqu'au moment où la ruine de son organisme est opérée, et nous n'avons rencontré sur notre chemin, à aucun degré de cette série d'étapes dans la marche du mal l'intervention d'un agent étranger aux forces de résistance inhérentes à la constitution même des organes. Point d'archée, point d'agent médiateur ou conservateur destiné à lutter avec l'influx morbide; l'organisme, doué d'une certaine solidité, tenant à l'agencement de ses parties et dominé par le degré de pureté des humeurs radicales, résiste tant que celles-ci ne sont pas altérées dans une proportion telle qu'elles deviennent elles-mêmes des agents destructeurs, toxiques, *des corps étrangers*. A partir de ce moment, l'organisme cède, succombe, et éprouve des dommages graves ou légers, momentanés ou définitifs, en rapport avec la gravité des altérations humorales.

Et pourtant, nous venons de voir un peu plus haut l'auteur de l'*Ayurvéda* nous parler d'une force vitale, qui, ajoute-t-il, porte ce nom précisément dans l'école à laquelle il appartient.

Mais, nous dira-t-on, entendait-il par là un agent spécial déterminé, indépendant des organes, ou simplement l'ensemble des forces physiologiques? Nous croyons que l'agent qu'il nomme ainsi avait bien à ses yeux une existence séparée,

lore, de publier son importante observation, et de le nommer parmi les membres correspondants de notre Société.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 25 MAI 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *Chipault* communique une observation à l'appui de ce qui a été avancé des inconvénients des mariages consanguins. Il s'agit d'un homme bien constitué, qui, ayant épousé successivement deux de ses cousines, elles-mêmes d'une bonne constitution, n'a eu de ces mariages que trois enfants maladifs, dont le seul qui ait survécu, une fille bègue, a mis au monde un enfant hydrocéphale. (*Comm.:* MM. Andral, Rayer, Bernard, Bienaymé.)

PALÉONTOLOGIE HUMAINE. — *Examen de la mâchoire de Moulin-Quignon au point de vue anthropologique*, par M. *Pruner-Bey*. — L'auteur, s'appuyant sur les caractères anatomiques de la mâchoire, comparée aux débris humains trouvés au cône de la Tinière par M. Morlot, à ceux découverts par M. de Vibraye et par M. Lartet, à ceux enfin qu'il possède dans sa propre collection, conclut :

« 1° La mâchoire de Moulin-Quignon appartenait à un individu brachycéphale, de petite taille, de l'âge de pierre.

» 2° On peut suivre la présence de cette même race humaine à travers divers âges successifs.

» 3° Enfin elle a laissé des descendants reconnaissables parmi les vivants du haut nord de l'Europe, en suivant la lisière occidentale de notre continent, jusqu'en Sicile. »

Observations de M. de Quatrefages à propos du mémoire de M. Pruner-Bey et de la note de M. Élie de Beaumont. — « L'Académie comprendra certainement que la mâchoire de Moulin-Quignon, envisagée au point de vue de l'ethnologie et des origines des populations européennes, présente le plus haut intérêt. Cet intérêt est entièrement indépendant de la question géologique. Voilà pourquoi j'ai cherché, dès l'origine de ces débats, et encore dans la dernière séance, à distinguer nettement la *question* de *l'authenticité de la mâchoire* de toutes celles que je prévoyais devoir soulever des discussions.

» Aussi mon regret a-t-il été très-vif lorsque j'ai vu que le *Compte rendu* ne faisait pas mention de l'opinion exprimée à ce sujet dans la dernière séance par notre illustre secrétaire perpétuel. En effet, M. Élie de Beaumont avait bien voulu répondre à mes observations, qu'il acceptait comme entièrement authentiques et comme contemporaines la mâchoire et les haches de Moulin-Quignon.

» La note de M. Élie de Beaumont soulève deux questions, toutes deux *nouvelles*, toutes deux *entièrement distinctes de la question d'authenticité de la mâchoire et des haches de Moulin-Quignon.* En outre, ces questions sont fort différentes l'une de l'autre à certains points de vue.

» D'une part, M. Élie de Beaumont déclare partager l'opinion de Cuvier, et ne pas croire à la contemporanéité de l'homme et de l'*Elephas primigenius;* d'autre part, il exprime l'opinion que le terrain de transport exploité à Moulin-Quignon n'appartient pas au diluvium proprement dit.

» La première de ces questions, celle de la contemporanéité de l'homme et de certaines espèces animales perdues, peut être résolue, ce me semble, en se tenant en dehors de toutes les controverses géologiques. Je me crois donc autorisé à avoir sur ce point une opinion personnelle, et je dois déclarer qu'après avoir longtemps partagé les croyances de Cuvier, je suis arrivé à la croyance contraire.

» La seconde question, celle qui touche à l'âge et à l'origine des terrains de Moulin-Quignon, de Menchecourt, de Saint-Acheul, etc., est exclusivement du ressort de la géologie. Encore une fois, je n'aurais aucune autorité pour traiter ce dernier problème, et j'entends rester entièrement étranger aux discussions qu'il pourra soulever. »

— M. *Élie de Beaumont* répond :

« Dans la note qui a été insérée au dernier *Compte rendu*, j'ai abrégé le plus possible ce que j'avais dit à l'Académie; mais l'idée à laquelle mon savant et honorable confrère a la bonté de faire allusion s'y trouve cependant implicitement exprimée.

» Je conçois donc qu'on puisse trouver réunies ou même séparées, dans le terrain de Moulin-Quignon, toutes les parties d'un squelette humain, ainsi que des objets travaillés de main d'homme, même en très-grand nombre, et l'opinion que j'ai énoncée ne me fournit par elle-même aucun motif pour suspecter l'exactitude des faits, constatés avec des soins minutieux dont l'appréciation a été soumise à l'Académie. Le cercle de la discussion relative au gisement de Moulin-Quignon est peut-être bien loin d'être épuisé; mais quant à l'exhumation d'un certain nombre de haches de silex et d'une mâchoire humaine, remontant probablement à l'âge de pierre, je ne puis que m'en rapporter aux savants honorables qui ont mis un si louable empressement à en contrôler l'authenticité. »

— *Observations sur l'existence de l'homme pendant la période quaternaire*, par M. *Hébert*; extrait d'une lettre à M. Milne Edwards. — Suivant M. Hébert, le gisement de Moulin-Quignon, composé en partie de silex brisés ou entiers, quelquefois volumineux et paraissant arrachés à la craie sous-jacente, souvent empâtés pêle-mêle dans une argile brune, compacte, renfer-

---

et nous pensons en trouver la preuve dans le passage suivant, où il caractérise cette puissance : « La force vitale, dit-il, ou plus littéralement le souffle vital, a toutes les qualités de Soma (1); comme lui, elle est onctueuse, pure, fraîche, douée de fixité et de mobilité, innocente (2), douce, parfumée comme un sol fertile... Vient-elle à manquer, le corps périt. Les maladies, le marasme, la colère, la tristesse, la concentration excessive de l'esprit, la fatigue, la faim, la détruisent en la forçant à quitter les éléments du corps. Nous n'avons pas l'intention d'essayer l'explication de ce parallèle; mais nous croyons que la manière dont Suçruta parle de cette puissance de vie, qui est pour nous l'*animus* des Latins, prouve que c'était à ses yeux une personnalité, un agent déterminé, distinct. Cette théorie, d'ailleurs, était de son temps déjà fort ancienne. Un hymne du *Rigvéda*, que nous avons cité en partie ailleurs, et que nous allons reproduire, établit le fait d'une façon irréfragable :

« Les sens se disputaient entre eux : c'est moi qui suis le premier, c'est moi qui suis le premier, s'écriaient-ils. Puis ils se dirent : Allons, sortons de ce corps; celui d'entre nous qui, en sortant du corps, le fera tomber, sera le premier. La parole sortit; l'homme ne parlait plus, mais il mangeait, il buvait et vivait toujours. La vue sortit : l'homme ne voyait plus, mais il mangeait, il buvait et vivait toujours. L'ouïe sortit : l'homme n'entendait plus, mais il mangeait, il buvait et vivait toujours. Le manas (*mens*) sortit : l'intelligence sommeillait dans l'homme, mais il mangeait, il buvait et vivait toujours. Le souffle de vie sortit : à peine fut-il dehors, que le corps tomba; le corps fut dissous, il fut anéanti. » L'expérience se complète par la rentrée successive des sens, dont aucun, excepté le souffle vital, ne rend l'existence au corps.

(1) S'agit-il ici de la lune, comme le pense le docteur Hessler, ou de la liqueur sacrée extraite de l'*Asclepias acida ?* Le mot a ces deux sens, et nous ne saurions décider.

(2) Le texte porte *vivictam*, que le docteur Hessler traduit par *distincta*, distincte, séparée. Quoique ce sens serve mieux notre cause, nous croyons que notre expression *innocente*, qui est un autre sens donné par Wilson, est plutôt celui de l'auteur.

mant çà et là, et sans ordre, des parties sableuses sous forme de portions de couches de peu d'étendue, coupées brusquement par la masse caillouteuse et argileuse, et placées dans toutes les inclinaisons possibles, ne représente pas le diluvium inférieur de Saint-Acheul, près d'Amiens, ni celui de Menchecourt et des autres localités des environs d'Abbeville, où se rencontrent si fréquemment à la fois des silex taillés de main d'homme et des ossements d'*Elephas primigenius* et de *Rhinoceros tichorhinus*.

Il considère le dépôt de Moulin-Quignon comme plus récent, se rapprochant, sous un rapport, de l'opinion de M. Élie de Beaumont; mais l'illustre géologue ajoute que ce dépôt est contemporain des alluvions tourbeuses, ce que M. Hébert ne saurait admettre : sa position à un niveau bien supérieur, sa nature, indiquant des eaux violemment agitées, ne permettent, en effet, d'établir aucune liaison entre le phénomène auquel il doit naissance, et les conditions sous lesquelles s'est produite l'alluvion tourbeuse. Dans son opinion, cette dernière est plus récente; le régime des eaux, à l'époque de sa formation, présente avec le régime actuel des rapports que l'on chercherait vainement dans les conditions que suppose le dépôt caillouteux de Moulin-Quignon.

Il place donc ce terrain dans le diluvium; mais il a, dès l'abord, déclaré qu'il ne pouvait en déterminer la position précise, comme il est possible de le faire pour les gisements si connus de Menchecourt et de Saint-Acheul.

M. Hébert termine en disant que les puits naturels qui traversent le dépôt caillouteux de Moulin-Quignon ne peuvent, en aucune façon, être considérés comme ayant pu faciliter l'introduction récente de la mâchoire humaine à la base du dépôt. Cette mâchoire appartenait bien, en effet, à une couche de cailloux noirs, complétement indépendante des puits, et la matière ferrugineuse y était descendue par une fissure sans épaisseur, traversant toute la masse, de la surface du sol à la base, encore remplie de la même matière ferrugineuse, et qui lui avait servi de conduit à une époque indéterminée, mais ancienne. Cette coloration, aussi bien que l'incrustation de la mâchoire qui en a été la conséquence, est donc accidentelle, mais c'est aussi une garantie infaillible contre toute idée de supercherie.

Physiologie. — *Note sur une modification physiologique qui se produit dans le nerf lingual par suite de l'abolition temporaire de la motricité dans le nerf hypoglosse du même côté*, par MM. *J. M. Philipeaux* et *A. Vulpian*. — « Nous avons montré, par des expériences variées, que les nerfs, dont les relations avec le centre nerveux ont été détruites, se régénèrent après s'être altérés profondément dans toute leur partie périphérique, et recouvrent les propriétés physiologiques qu'ils avaient perdues.

» Le nerf hypoglosse a été un des nerfs que nous avons surtout mis en expérience, en tirant du crâne, par avulsion, sa portion centrale avec ses racines et en excisant toute cette portion de façon à empêcher complétement le rétablissement des connexions de ce nerf avec le centre nerveux. Lorsque la régénération partielle ou totale s'était faite dans ces conditions, c'est-à-dire au bout de trois ou quatre mois, ou même après un temps plus long, le pincement du nerf hypoglosse, ainsi privé de sa portion centrale, produisait des mouvements très-étendus dans la moitié correspondante de la langue. Si nous pincions comparativement le nerf lingual du même côté, nous observions aussi un mouvement plus ou moins marqué dans la même moitié de la langue.

» Toutes nos expériences s'accordent à démontrer que, lorsque le nerf hypoglosse est privé de ses connexions avec le centre nerveux, il se fait dans les extrémités périphériques du nerf lingual du même côté une modification qui établit entre ces extrémités et les fibres musculaires de la langue une relation physiologique qui n'existe point dans l'état normal.

» Mais si le nerf lingual est devenu moteur, a-t-il pris, au moins en partie, les fonctions du nerf hypoglosse soumis à l'expérience? Un fait que nous avons observé tend à donner à cette question une réponse négative.

» En résumé, pour ne parler que de la conséquence immédiate de nos expériences, elles prouvent qu'en anéantissant pendant un certain temps les propriétés physiologiques du nerf hypoglosse, nerf moteur de la langue, le nerf lingual, nerf sensitif de cet organe, acquiert la propriété motrice qu'il n'avait point auparavant. »

Thérapeutique. — *Nouveaux faits concernant l'utilité des bains d'oxygène dans les cas de gangrène sénile*, note de M. *Laugier*. — L'auteur, après avoir rapporté deux nouveaux cas de succès de l'emploi des bains d'oxygène dans la gangrène sénile, ajoute qu'il faut, pour obtenir un bon résultat, que l'artère principale du membre soit perméable.

C'est pour avoir méconnu cette condition essentielle, dit-il, que MM. les docteurs Demarquay, Parmentier et Pellarin ont publié dans l'Union médicale des observations d'insuccès des bains d'oxygène dans la gangrène des extrémités. En vérité, il y a lieu de s'étonner que ces honorables praticiens aient cru pouvoir espérer quelque succès des bains d'oxygène lorsque l'artère fémorale (MM. Demarquay et Parmentier) et l'artère poplitée (M. Pellarin) étaient complétement obstruées. Encore faut-il que le sang arrive dans les parties menacées de gangrène pour qu'il puisse y être modifié par le contact de l'oxygène. Il est d'ailleurs un principe généralement admis dans les sciences, c'est que pour vérifier des expériences nouvelles, on doit les répéter en se plaçant dans les conditions où elles ont été faites. Il est ici question de phénomènes de combustion nécessaires à l'entretien de la vie, et qui s'opèrent dans le système capillaire.

Il nous semble résulter clairement de ce que nous avons dit plus haut que ce souffle vital dont il vient d'être fait mention correspond exactement à cette puissance vitale dont parle Suçruta, et qui, disparaissant du corps, en amène la mort. Dans l'hymne que nous venons de citer, le souffle vital, l'*animus*, est opposé à un autre principe, le manas (*mens* des Latins), dont l'absence fait sommeiller l'intelligence; c'est dire que le *mens* étant sorti, l'intelligence reste encore : cette particularité sera expliquée plus loin. Il y aurait quelque apparence pour que ce fût des deux principes acceptés par une des branches de l'école vitaliste qu'il s'agit ici, c'est-à-dire de l'âme d'un côté et du principe vital de l'autre. Il y a certainement du vrai dans cette proposition, mais elle est loin d'indiquer, dans les théories correspondantes, ce parallélisme qui semblerait presque évident à première vue.

Il nous faut ici quitter un instant le domaine de la médecine pour pénétrer dans celui de la philosophie, laquelle tout naturellement nous ramènera à la philosophie médicale.

L'étude philosophique et religieuse de l'Inde nous révèle chez les peuples de cette contrée, et à peu près de toute antiquité, une liberté et une indépendance de la pensée telles que, et c'est M. Barthélemy Saint-Hilaire qui parle, ce pays « a présenté au monde un exemple de tolérance qui restera peut-être unique dans les annales de l'humanité. » (Premier mémoire sur le *Sânkhya*, p. 270.) Ainsi, tandis que les brahmanes, conservateurs-nés des traditions sacrées, proclament partout que le *Véda*, la parole révélée, est une autorité sans conteste et sans contrôle, devant laquelle il n'y a qu'à s'incliner; près d'eux, d'autres brahmanes, leurs confrères, et sans être pour cela traités comme dissidents ou renégats, élèvent la puissance philosophique à côté de la puissance religieuse, proclament l'autorité suprême de la science, et, avec tous les égards dus à la parole divine, relèguent les *Védas* au rang des données traditionnelles bonnes à consulter.

Parmi les systèmes philosophiques développés dans l'Inde, systèmes qui furent assez nombreux et représentèrent toutes

En résumé, de nouveaux faits produits dans les mêmes circonstances que ceux que j'ai déjà fait connaître confirment la conclusion que j'avais déjà tirée des premiers, à savoir, que la gangrène imminente des extrémités, dans les cas où la circulation des troncs artériels principaux est conservée, peut être avantageusement combattue à l'aide des bains d'oxygène dans lesquels la partie menacée est plongée.

M. *Becquerel* fait connaître, dans les termes suivants, une pile combinée par M. Arnaud pour les usages médicaux, et qu'il désigne sous le nom de *pile sacrifiée :* « M. *Arnaud* est parvenu à réduire la pile à sulfate de cuivre à une très-petite dimension, capable néanmoins de faire fonctionner avec énergie les appareils d'induction électro-médicaux. La modicité du prix, 25 centimes, permet de sacrifier la pile après chaque application d'une heure environ, ce qui donne l'avantage d'avoir des surfaces toujours neuves, et permet d'obtenir un résultat toujours identique. »

Comité secret. — M. *le Secrétaire perpétuel* lit une lettre de M. *le ministre d'État* jointe à l'ampliation d'un décret impérial autorisant l'Académie à accepter la donation, faite par madame la baronne *Damoiseau*, d'une somme de 20 000 francs, dont le revenu formera le montant d'un prix annuel dit *Prix Damoiseau.*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 JUIN 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Un mémoire de M. le docteur *Charles Belot*, intitulé : *La fièvre jaune à la Havane : sa nature, son traitement et sa prophylaxie.* (*Commission de la fièvre jaune*) — *b.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans le département de la Haute-Vienne. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Un rapport de M. le docteur *Chabannes* sur le service médical des eaux minérales de Vals (Ardèche) en 1861. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Des lettres de MM. les docteurs *Blot* et *Baudelocque*, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section d'accouchements. — *b.* Une note de M. le docteur *Gaëtan Rossi* sur l'*inoculation vaccinale de bras à bras, et des causes probables de la propagation des écrouelles et du rachitisme.* (*Commission de vaccine.*)

M. *Velpeau* offre en hommage, au nom de l'auteur, le 1er fascicule du 2e volume du Traité de pathologie externe de M. *Follin.*

M. *le président* annonce la perte douloureuse que l'Académie vient de faire dans la personne de M. *Renault*, inspecteur général des écoles vétérinaires, mort à Bologne (Italie), le 27 mai dernier.

Lecture.

Hydrologie médicale. — M. *Boudet*, au nom de la Commission des eaux minérales, lit deux rapports officiels sur les demandes relatives à l'autorisation d'exploiter pour l'usage médical les eaux de Santhonay (Côtes-d'Or) et Lascombes (Lot-et-Garonne).

Les conclusions favorables de ces deux rapports sont adoptées.

Hygiène publique. — M. *Bouley*, au nom d'une Commission dont il fait partie avec MM. *Chevallier* et *Trebuchet*, lit la première partie d'un rapport sur la rage.

Cette première partie a trait à un travail de M. *Boudin*, intitulé : De la rage considérée au point de vue de l'hygiène publique et de la police sanitaire.

(Nous donnerons une analyse de ce rapport après la lecture de la deuxième partie.)

M. Bouley propose d'adresser une lettre de remercîments à M. Boudin, et de l'inviter à continuer ses intéressantes communications sur le même sujet.

Sémiologie. — M. *Morel-Lavallée* lit une note sur le *bruit de moulin.*

« Le bruit de moulin, dit l'auteur, est un signe nouveau et pathognomonique de l'hydropneumothorax. C'est un bruit hydro-aérique. Tantôt il est intermittent, et coïncide avec la contraction des ventricules; tantôt il est continu, avec redoublement au moment de la contraction ventriculaire.

» Il rappelle, par sa régularité comme par sa nature, le bruit d'une roue hydraulique, dont les aubes battent successivement l'air avec l'eau, à intervalles égaux.

» Il s'entend à distance. Son maximum est à la région cardiaque.

» Chez les deux blessés qui nous l'ont offert, il s'entendait dans le décubitus dorsal. Ce sera peut-être la règle, car, dans le seul cas où l'état du malade nous ait permis de chercher ce bruit dans la position assise, nous ne l'avons plus retrouvé ni en avant ni en arrière.

» La durée de ce bruit n'a été que de quelques heures chez le premier blessé; elle a été de trois jours chez le second.

» Dans ces deux cas, il s'agissait d'un écrasement de la poitrine, compliqué d'un épanchement de sang dans la plèvre.

» La présence de l'air dans la plèvre était démontrée, dans l'un de ces deux faits, par la coexistence d'un emphysème sous-cutané.

» Qu'est-ce qui bat le gaz avec le liquide? Le cœur.

» ... Par ses mouvements, le cœur détermine le bruit de moulin, dont le siége est en dehors du péricarde, comme il détermine le bruit de frottement dans la plèvre enflammée,

---

les nuances d'opinions, depuis les extravagances mystiques du yoguisme jusqu'au matérialisme radical de Tcharvaka, par exemple, il en est un qui, par l'élévation et la largeur de ses conceptions, eut la plus grande influence sur les idées et se retrouve au fond des productions les plus diverses de l'esprit indou : nous voulons parler du système *Sânkhya*, c'est-à-dire, en langage plus européen, de l'école rationaliste. M. Barthélemy Saint-Hilaire, dans un travail étendu et fort intéressant auquel nous avons souvent recouru, a montré comment le *Sânkhya* domine tout le bouddhisme, comment il a présidé aux idées qui ont fait la base du code de Manou, etc.

Il ne nous sera pas difficile d'établir que l'*Ayurvéda* est écrit dans le sens des idées de l'école rationaliste, puisque, au début de la *Çarirasthana*, ou partie anatomo-physiologique, l'auteur a cru devoir résumer tout un système cosmologique, dans lequel on retrouve les points caractériques du système *Sânkhya*. Nous allons analyser en quelques lignes le contenu de ce chapitre...

Le principe de toutes les créatures, la cause primordiale de l'univers entier, c'est l'*avyaktam*, c'est-à-dire l'insaisissable, l'invisible, l'indéveloppé, par opposition au monde saisissable, *vyaktam* (avyaktam, *l'inconnue* en langage algébrique). L'*avyaktam* n'est autre que Brahma (substantif neutre), différent de Brahma (substantif masculin), première personne de la trinité indienne. De l'*avyaktam* naît le *grand principe* (*mahan*, appelé aussi *Pradjnâ*, la sagesse, *Bouddhi*, l'intelligence, etc.), lequel, considéré dans son objectif, est le *lingam*. Celui-ci, à son tour, donne naissance à l'*ahankara*, le moi (appelé aussi *abhimana*, la conscience, etc.), lequel est avant tout doué d'une grande puissance créatrice; il donne naissance aux cinq *essences* des éléments ou aux cinq *éléments subtils*, comme les nomme M. Barthélemy Saint-Hilaire : l'essence du son, du tact, de la forme (vue), du goût, de l'odorat. Chacun de ces éléments subtils donne naissance à l'*élément réel*, qui lui sert de milieu : l'élément du son à l'éther, celui du toucher à l'air, celui de la forme (vue) à la lumière, celui de l'odorat à la terre, celui

en imprimant un glissement à l'un de ses feuillets sur l'autre. »

M. Morel-Lavallée n'a constaté jusqu'à présent le bruit de moulin que sur des blessés; mais il pense qu'on pourra le trouver aussi chez les phthisiques. (*Comm.:* MM. Bouillaud, Huguier et Beau.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 5 JUIN 1863.

M. *Lagneau*. Observation de rhinonécrosie typhique et syphilitique.

M. *Peter*. De la bronchite pseudo-membraneuse.

Élection de deux membres correspondants.

MM. les membres de la Société sont avertis que les séances auront lieu dorénavant dans l'ancien local, salle de la Caisse d'épargne.

Société médicale des hôpitaux.

DE LA PELLAGRE DANS LE DÉPARTEMENT DE LA GIRONDE.

Nous avons dû attendre, pour en rendre compte, l'impression du rapport volumineux fait à la Société des hôpitaux par M. Hillairet sur un mémoire intitulé : De la pellagre dans le département de la Gironde, dont l'auteur est M. Henri Gintrac. Il est temps de payer notre arriéré en résumant ce document important. C'est ici le compte rendu d'un compte rendu que nous avons à faire, et nous tâcherons, bien que la tâche soit souvent difficile, de faire ressortir ce qui appartient à M. Gintrac, et ce qui appartient à son critique M. Hillairet.

Le savant rapporteur fait d'abord observer qu'il ne s'agit pas pour lui de développer l'historique ou la description générale de la pellagre, mais de rechercher quelle physionomie cette maladie a présentée dans les localités où observait M. Gintrac, et les enseignements qui peuvent en être tirés pour la solution des questions encore en litige.

Dans la première partie de son travail, l'auteur s'est occupé de la distribution topographique de la pellagre dans la Gironde, et de cette étude il a fait ressortir des considérations qui éclairent d'une vive lumière l'étiologie de cette maladie.

En effet, depuis les premiers cas observés en 1819 par Hameau père, le mal s'est développé constamment dans une région spéciale, dans le pays qui s'étend de la rive gauche de la Gironde, au sud de Bordeaux, vers la Teste et vers les Landes. Tandis que la rive droite du grand fleuve est riche, fertile, et fournit à ses habitants, avec des eaux salubres, tout le bien-être des régions favorisées, la région du sud est pauvre, aride, sablonneuse, couverte d'eaux croupissantes : tout y est rabougri, les végétaux, les animaux domestiques et les hommes, dont l'alimentation, le vêtement et l'habitation sont également défectueux : c'est là que sévit la pellagre. Le tableau de toutes ces misères entraîne la conviction qu'il existe là une prédisposition puissante à cette grande endémie. Mais, comme le fait observer le savant rapporteur, il aurait été important de pousser plus loin cette étude, et de montrer si dans d'autres pays riches et fertiles, où sévit aussi le fléau, il n'existe pas sous une prospérité apparente des causes semblables. C'est ce qui a lieu, en effet, dans les plaines du Lauraguais, dans les départements des Pyrénées, où l'extrême parcimonie des races méridionales, leurs habitudes de malpropreté, leur hygiène déplorable au point de vue de l'alimentation et de l'habitation, reproduisent les mêmes conditions étiologiques en dépit des richesses du pays; c'est ce qu'on retrouve également en Espagne, en Italie et en Hongrie.

Après l'examen de l'influence du sol, de l'air et des eaux, l'auteur s'occupe de l'influence de l'hérédité. Cette cause lui semble incontestable, et il paraît disposé à admettre, non-seulement la transmission d'une aptitude générale, d'une prédisposition à contracter la maladie sous l'influence des mêmes causes endémiques et hygiéniques, comme l'admettent Calderini et Roussel, mais même la transmission directe de la maladie elle-même des parents aux enfants. M. Hillairet ne trouve pas ces faits concluants, car il faudrait, pour prouver que la pellagre peut se transmettre immédiatement comme la syphilis, montrer des exemples d'enfants naissant avec cette maladie ou atteints peu de temps après la naissance. Or, sauf des observations très-controversées de Zecchinelli, ces faits manquent encore, et M. Gintrac ne cite qu'un enfant de deux ans et demi et d'autres de quatre à six ans, qui ont eu le temps d'être soumis à toutes les causes ordinaires de l'endémie. Aussi, bien que M. Gintrac, comme antérieurement Calderini, mentionne des familles présentant plusieurs générations de pellagreux, il résulte des chiffres mêmes que la maladie, si héréditaire qu'elle soit (49 fois sur 100), ne l'est pas fatalement, ni si immédiatement qu'on aurait pu le croire.

On sait que M. Baillarger et plus tard M. Boudin ont cherché à établir, d'après les chiffres des médecins italiens, que la pellagre, comme la folie, présenterait une transmissibilité unilatérale, marquée par une hérédité plus fréquente du père au fils ou de la mère à la fille. Les chiffres cités pour établir cette analogie ne paraissent pas à M. Hillairet présenter des écarts assez réels pour être concluants. M. Gintrac n'a d'ailleurs fourni aucune donnée à ce sujet.

---

du goût à l'eau. Du grand principe naissent aussi : 1° les organes des sens : l'oreille, l'œil, la peau, la langue, le nez; 2° les cinq organes d'action : l'organe vocal, les pieds, les appareils digestifs, sécréteurs et génitaux; 3° enfin le manas (*mens*). Nous avons jusqu'ici vingt-quatre principes bien comptés; en y joignant l'âme ou esprit (*atma*, *pourousha*), nous complétons la liste.

Essayons maintenant de nous orienter dans cette liste où le lecteur a sans doute entrevu bien des points obscurs, qui le seront longtemps encore. Nous allons cependant tenter d'y faire un peu de lumière, en éliminant ce qui n'est pas nécessaire à la solution de la question que nous avons à résoudre, et de laquelle nous nous rapprochons plus qu'il ne paraît. Nous avons vu surgir, entre autres notions bizarres, celle des cinq *éléments subtils*. De quoi s'agit-il ici? quels sont ces êtres de raison qui n'ont d'existence qu'autant qu'ils s'incorporent aux objets dont ils déterminent les qualités, et qui cependant préexistent à la matière? Il serait difficile de répondre à ces questions, sans doute parce que, dans l'Inde, elles se rattachent à quelqu'une de ces nébulosités philosophiques qui encombrent tant de systèmes anciens et nouveaux. Disons pourtant qu'une idée aphoristique, s'approchant de celle comprise dans ces mots : *la fonction crée l'organe, et conséquemment lui préexiste*, nous a paru dominer dans l'école *Sânkhya* et dans les théories physiologiques de l'*Ayurvéda*, et que ce pourrait bien être d'un cas particulier de ce principe général qu'il fût ici question. Mais, que le lecteur ne prenne pas pour une chose prouvée une hypothèse dont le désir de laisser le moins d'obscurité possible dans notre œuvre nous a peut-être exagéré les probabilités.

Le *lingam* dont parle Suçruta, être neutre et indifférent qui traverse les existences sans jouir de ce qui s'y passe, est une sorte d'*homunculus* formé par la concentration quintessencielle de l'intelligence, du moi, des sens, du manas. Il accompagne l'âme « comme l'ombre suit le poteau », et, important surtout dans l'acte de la transmigration, semble destiné à conserver à

Quant à l'influence de l'âge et du sexe, les chiffres fournis par M. H. Gintrac confirment les résultats déjà obtenus par Strambio père, Calderini, Gintrac père, Cazal, Landouzy, et rappelés par le rapporteur, à savoir, que la pellagre est de tous les âges, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, avec prédominance de l'âge adulte cependant, et que les femmes en sont plus fréquemment atteintes que les hommes, fait établi surtout par les médecins italiens, depuis Albera jusqu'au congrès scientifique italien de 1847, et qui s'explique peut-être par les rudes travaux des champs auxquels sont condamnées les femmes de ces contrées.

Les tempéraments ne paraissent avoir aucune influence marquée, mais les constitutions débilitées sont certainement plus exposées.

Quant aux professions, l'auteur établit seulement, en thèse générale, que toutes celles qui amènent l'aisance et une bonne hygiène sont exemptes ou à peu près; que c'est au contraire la population ouvrière des campagnes qui est frappée, les résiniers des Landes, les cultivateurs, les femmes travaillant aux champs, et surtout les bergers. La fréquence de la maladie chez ces derniers avait fait croire à Hameau père qu'elle se communiquait des brebis à l'homme; mais la pellagre n'est pas de la même nature que les éruptions cutanées des brebis, et d'ailleurs on la rencontre chez des sujets qui n'ont pas de contact avec ces animaux. La contagion même de l'homme à l'homme, comme le fait observer le savant rapporteur, n'est plus admise par l'immense majorité des médecins italiens et français, et elle a contre elle d'ailleurs le résultat négatif des inoculations qui ont été tentées à plusieurs reprises.

Le rapporteur soulève immédiatement la question de savoir si l'endémie pellagreuse peut atteindre les animaux. Ce n'est pas dans les maladies cutanées des animaux qu'on peut reconnaître cette maladie; mais dans une cachexie particulière, avec diarrhée, tournoiement, hébétude, puis véritable délire, qu'ont signalée Hameau père, et plus récemment M. Dupont (Journal des vétérinaires du Midi, 1859 et 1860) et MM. Allez et Peyri. Les analogies que l'on trouve dans les symptômes, et surtout dans les circonstances étiologiques, dans l'heureux résultat du traitement hygiénique, plaident en faveur de cette manière de voir, qui appellerait cependant de nouvelles études.

L'influence de l'insolation est étudiée par l'auteur et complétée par le rapporteur. Pour M. Gintrac, cette cause paraît secondaire, il cite les arguments pour et contre. On peut cependant remarquer dans les faits signalés par l'auteur que chez les paysans des Landes, qui savent protéger leur visage, leurs mains et leurs pieds de la radiation solaire, l'érythème pellagreux ne se montre pas. Mais, pour M. Gintrac, cet élément morbide n'est nullement indispensable pour constituer la maladie. Les faits de pellagre sans pellagre, ajoute-t-il, sont aujourd'hui parfaitement acquis à la science.

M. Hillairet accorde à cette influence plus d'importance; ce n'est qu'une cause déterminante, mais toutefois d'une immense valeur: chez les sujets prédisposés, on fait apparaître à volonté l'érythème pellagreux sur les parties qu'on soumet aux rayons solaires. C'est au printemps que la maladie se développe, et si l'on a dit que la pellagre était inconnue dans les climats tropicaux, il est encore plus avéré qu'elle ne s'est jamais montrée dans les climats froids. Le savant rapporteur rappelle à ce sujet les expériences intéressantes de MM. Perrond et Bouchard (de Lyon) sur l'action des rayons chimiques du spectre solaire, et sur l'intensité plus grande de ces rayons chimiques au printemps et dans les premières heures de la journée, expériences qui, si elles se confirment, pourraient expliquer bien des anomalies apparentes. En résumé, l'insolation est une cause déterminante très-importante chez les sujets prédisposés par une longue cachexie.

D[r] E. Isambert.

(*La suite prochainement.*)

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 13 ET DU 21 MAI 1863. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTÉES. — ADÉNITE POST-PHARYNGIENNE.

M. *Voillemier*, reprenant les arguments qu'il avait déjà fait valoir dans la discussion, s'est attaché à prouver que, dans toutes les circonstances où les résections sont conseillées, les indications en sont illusoires. S'agit-il de la nécrose, la pratique nouvelle ne fait rien de nouveau: c'est par une confusion évidente, et qui pourtant se renouvelle tous les jours, qu'on donne de simples extractions de séquestre comme des faits de résection sous-périostée.

Dans les cas d'ostéite, la résection n'est pas praticable, parce qu'on ignore les limites exactes de la maladie. On sait quels mauvais résultats les résections ont donnés, dans ces cas, à Blandin: la pratique nouvelle serait alors la pire des chirurgies, si l'évidement des os n'était encore plus mauvais.

Dans la plupart des tumeurs blanches, les tissus sont trop profondément altérés pour permettre de conserver utilement le périoste. Dans les cas exceptionnels, comme est celui de M. Verneuil, les beaux résultats obtenus ne peuvent pas être attribués au périoste, puisque d'autres chirurgiens, et M. Richet en particulier, ont observé des résultats semblables sans que le périoste ait été conservé.

Dans les lésions traumatiques, le périoste est presque toujours détruit par la suppuration, et personne n'aurait assez de confiance dans ses propriétés régénératrices pour tenter une

---

l'homme un reste de personnalité dans le passage d'une vie à une autre. Nous n'en dirons pas plus sur le *lingam*, car, ici encore, nous craignons d'en avoir dit plus long que nous n'en connaissons réellement.

Il nous reste, indépendamment des organes matériels, quatre principes dont nous allons faire deux groupes, en plaçant d'un côté l'âme, inactive et simple spectatrice dans le système *Sânkhya;* de l'autre, l'intelligence, le moi et le manas (*mens*), trois autres principes *périssables* intimement liés à l'organisme, à la dissolution duquel ils ne survivent pas. Le manas, ou onzième sens, est chargé de la direction des dix autres, c'est-à-dire des cinq sens proprement dits et des cinq organes d'action. Il surveille toutes les impressions venues du dehors et les laisse passer, ou bien en fait des sensations qui seront perçues; dans ce cas, il les transmet au moi, lequel, après un contrôle suffisant, les adresse à l'intelligence, dont l'appréciation est complète et définitive. Mais si, au point de vue psychologique, les trois membres de cette triade agissent isolément et personnellement, ils se confondent dans leur rôle physiologique et agissent comme un seul principe. Ce principe n'est, à proprement parler, ni l'âme ni la force vitale; ce n'est pas l'âme, puisque nous savons qu'elle domine impassiblement tout ce que nous avons parcouru jusqu'ici; ce n'est pas le principe vital, car nous allons le retrouver. En effet, la doctrine dit: « Une fonction qui leur est commune à tous les trois, c'est de causer l'ensemble des cinq souffles, le souffle de vie et les autres. Or, il nous semble que le premier de ces cinq souffles, *prâna*, le souffle par excellence, le souffle de vie, dont la présence ou l'absence suffit, d'après l'hymne du *Rig-véda*, pour décider de la vie ou de la mort, n'est autre que l'activité vitale, à laquelle nous avons vu Suçruta décerner si largement toutes les qualités de la lune ou du soma. Nous arriverions ainsi, en résumé, physiologiquement parlant, à trois principes: la force vitale d'une part; de l'autre, la triade (intellect, conscience et manas), ayant toutes les facultés de l'âme, comme nous la comprenons, moins l'immortalité; et

résection là où une amputation est indiquée. Il ne reste donc absolument rien de la méthode prétendue nouvelle.

M. *Giraldès* soutient, au contraire, qu'il reste des faits très-positifs, parmi lesquels celui qui lui appartient est des plus convaincants. On n'a pas oublié, en effet, que la résection faite par M. Giraldès sur une portion de l'humérus d'un enfant de six ans a porté sur un os dont l'enveloppe n'était nullement ossifiée, bien que cet os fût nécrosé, et baignât dans une cavité purulente formée par le périoste. Ce fait, par conséquent, n'offre aucune similitude avec les cas ordinaires de nécrose dans lesquels on détache ce séquestre en favorisant sa mobilité par une résection partielle.

L'observation de M. Giraldès est donc de celles qui démontrent le fait en discussion, à savoir, qu'un os nouveau peut se reproduire lorsqu'on a reséqué une portion diaphysaire en conservant le périoste.

La reproduction des diaphyses osseuses a été démontrée expérimentalement par Heine et Syme, et cliniquement par Textor, Robert (de Coblentz), etc.

Au lieu de repousser comme non avenues les observations de chirurgiens expérimentés, et de se renfermer dans un doute absolu, il serait bien préférable de déterminer exactement les termes du problème, et de chercher par l'expérience et par l'observation clinique à savoir si tous les os du squelette sont reproduits aussi facilement, si la fonction reproductrice est continue, ou si elle a des limites, et à quelle époque de la vie cesse cette fonction.

M. *Chassaignac*, pour apporter dans la discussion son contingent d'observations, rapporte qu'en 1851 il a enlevé sur un jeune homme âgé de dix-neuf ans vingt-cinq esquilles de l'humérus, en conservant le périoste et en les comprenant entre deux sections de l'os faites à plusieurs centimètres de distance. Dans ce cas l'os s'est reproduit. En 1855, il a fait la résection des deux tiers internes de la clavicule; il y a eu également reproduction.

M. *Verneuil* croit qu'il pourrait résulter de grands inconvénients du scepticisme dans lequel veulent se tenir beaucoup de chirurgiens. Sous prétexte que, dans les maladies organiques ou dans les traumatismes, la conservation du périoste ne reproduit pas des os entiers avec leurs formes et leurs dimensions normales, il n'en faudrait pas conclure que cette conservation est inutile, et c'est pourtant à cette conclusion qu'arriveraient ceux qui seraient plus préoccupés des négations et des incertitudes que des affirmations et des demi-résultats obtenus jusqu'à ce jour. Il ne faut pas dédaigner la reproduction même imparfaite, non pas d'un os, mais de tissu osseux, dans l'espoir, fondé d'ailleurs, qu'à force d'essais persévérants on obtiendra dans l'avenir des régénérations plus parfaites et plus utiles encore.

Le fait heureux que vient de citer M. Chassaignac d'une résection sous-périostée des deux tiers internes de la clavicule prouve que M. Voillemier a tort de repousser, dans tous les cas, l'opération dans les ostéites de la continuité. Il n'est pas mieux autorisé à proscrire les résections articulaires dans les cas de tumeur blanche. Assurément la conservation du périoste n'est pas toujours réalisable dans ces sortes de résections, mais il faut la tenter toutes les fois qu'elle est possible. M. Verneuil est convaincu que, dans le cas qu'il a fait connaître, et qui a trouvé grâce devant M. Voillemier, il a dû à cette méthode la formation plus facile d'une pseudarthrose, grâce à une meilleure conformation des extrémités osseuses, et aussi un moindre raccourcissement. Ce fait d'ailleurs n'est pas aussi exceptionnel qu'on l'a dit, il n'y a qu'à consulter les travaux de M. Larghi pour s'en assurer.

Pour les cas de fractures comminutives, il serait puéril de croire que les amputations seront désormais inutiles. Malheureusement elles gardent leurs indications; mais si l'on juge possible la conservation du membre, il y aura encore avantage à respecter le plus qu'on pourra les lambeaux périostiques, soit qu'on resèque les extrémités fracturées, soit qu'on se contente d'extraire les esquilles. Le fait de M. Chassaignac prouve cet avantage, indiqué aussi par la théorie.

M. Verneuil ne paraît pas tenir beaucoup à conserver un lambeau périostique sur l'extrémité osseuse, dans les amputations. C'est une pratique dont les résultats ont été toujours très-douloureux. Il n'a pas meilleure opinion du procédé de M. Jordan (de Manchester), qui propose de faire servir le périoste dans l'opération de la pseudarthrose.

Reste, dit M. Verneuil, une dernière application qui découle directement des belles recherches de M. Ollier : c'est la conservation du périoste sain séparé de surfaces osseuses saines et gardé à la face profonde de lambeaux autoplastiques. Cette innovation est incontestable et a donné des résultats décisifs entre les mains de M. Ollier et de M. Langenbeck dans la rhinoplastie et dans l'uranoplastie. Les succès obtenus aussi dans quelques opérations préliminaires qui exigent le sacrifice de pièces osseuses saines de la charpente faciale, ces succès, s'ils ne sont pas constants, sont aussi fort encourageants, et si le mot de chirurgie nouvelle n'était pas trop ambitieux, c'est ici qu'il le faudrait employer.

M. *Forget* a toujours vu Lisfranc conserver le périoste dans tous les cas où il a pu le faire. Dans les nombreuses résections des os de la face qu'il a pratiquées, il a toujours eu grand soin de raser l'os le plus près possible, et de comprendre tout le périoste sain dans la dissection des lambeaux. Tout le monde est depuis longtemps d'accord sur l'utilité qu'il y a à conserver autant que possible le périoste dans les opérations chirurgicales.

---

enfin, au-dessus des deux, l'âme immortelle, impassible, inactive, simple juge. Et ainsi s'accomplirait, deux mille ans avant d'avoir été formulée, cette prophétie de Barthez, qui avait dit : « On ne doit pas affirmer qu'il soit impossible que la suite des temps n'amène la connaissance de faits positifs qui sont ignorés aujourd'hui, et qui pourront prouver que le principe vital et l'âme pensante sont essentiellement réunis dans un troisième principe plus général. » (Bérard, *Doctrine médicale de l'École de Montpellier*, in-8, 1819, p. 98.)

Des deux principes périssables, le second, c'est-à-dire le souffle vital, indispensable au maintien de la vie, est susceptible de variations dans son intensité; son affaissement, résultat d'alimentation insuffisante, d'excès de coït, etc., est combattu par le boire et le manger; mais le *prâna* ne joue aucun rôle bien déterminé dans l'évolution morbide. L'autre principe, c'est-à-dire l'organe intérieur, la triade, qui préside aux fonctions physiologiques, est néanmoins laissé de côté dans toutes les considérations purement médicales. Suçruta semble, dans la pratique, avoir fait nettement la part des philosophes et celle des médecins : « Au delà des éléments naturels, dit-il, la médecine n'a plus rien à voir. » Il résulte, en effet, de divers passages de son livre, qu'il serait trop long de rapporter ici, que, pour lui, toute maladie, quelque *essentielle* qu'elle soit en apparence, repose néanmoins sur une lésion anatomique, saisissable ou non; que la lésion dont il s'agit consiste toujours *au moins* dans un déplacement des humeurs viciées, et qu'à défaut d'autres données plus positives, c'est à ce dernier symptôme que devra s'adresser la médication. La fièvre, par exemple, qu'il appelle la reine des maladies, parce que, dit-il, elle a, entre toutes les affections, le privilége d'attaquer l'homme à tous les âges, le nouveau-né comme le vieillard décrépit, la fièvre, quand elle n'est pas symptomatique, est considérée comme le résultat d'une fluctuation des humeurs altérées. Il compare au bord de la mer, alternativement envahi et abandonné par les flots, l'économie, alternativement assaillie et épargnée par le choc des humeurs viciées, dans les

Ce qui n'est pas démontré, c'est la reproduction intégrale, avec ses aptitudes fonctionnelles, d'une notable portion d'un os long par le périoste conservé dans un cas pathologique autre que celui d'une nécrose. Cette discussion aura du moins pour résultat de détruire certaines croyances illusoires; elle éloignera de tentatives qui auraient eu pour but de substituer à des mutilations nécessaires des opérations insuffisantes, et qui ne guérissent pas, tout en étant aussi dangereuses que les opérations radicales.

— M. *Verneuil* a vu récemment, chez trois malades affectés d'angine syphilitique, trois abcès siégeant à la partie latérale et postérieure du pharynx. Il se croit autorisé à placer le siége de ces abcès dans l'un des ganglions que M. Sappey a décrits de chaque côté de la paroi postérieure du pharynx, et dont il a pu lui-même constater l'existence. Ces abcès seraient alors des adénites, des sortes de bubons postpharyngiens. A propos du diagnostic, M. Verneuil a fait remarquer qu'on peut être trompé par la saillie que forme la paroi postérieure du pharynx, lorsque la tête est portée dans la rotation et inclinée de l'un ou de l'autre côté.

M. *Cullerier* n'admet pas aisément qu'il s'agisse ici de bubons symptomatiques, car les adénites secondaires ne suppurent pas. Il n'a vu qu'une fois la suppuration, et encore le ganglion siégeait dans le pus sans suppurer lui-même. Pour la même raison, M. *Guérin* croit que M. Verneuil n'a observé que des abcès strumeux chez des *sujets syphilitiques*.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Anévrysme des os. Observation lue devant la Société de chirurgie d'Irlande, par le docteur E. D. Mapother.

Obs. — Il y a trois mois, je fus consulté, dit l'auteur, par un malade, âgé de vingt-huit ans, sur une tumeur qui avait son siége à la jambe gauche. Il l'attribuait à ce qu'il s'était frappé contre une chaise, cinq ans auparavant, en marchant dans l'obscurité dans sa chambre. Il employa à cette époque des vésicatoires, des liniments et d'autres moyens, le tout sans succès. Cette tumeur s'était accrue très-rapidement, à peu près un mois avant que je le visse. Elle était située à la partie interne et moyenne du tibia du côté gauche, et paraissait comme un *nodus*, seulement plus large et plus volumineuse, faisant saillie à l'extérieur comme une grosse noix; et, comme nous eûmes plus tard occasion de le croire, elle s'enfonçait dans l'os à une égale profondeur. La peau était fortement tendue sur elle et sans changement de couleur. Cette tumeur offrait un certain degré d'élasticité; mais son caractère le plus remarquable était un *thrill* ou frémissement bien marqué, et un mouvement d'expansion appréciable, surtout lorsqu'on plaçait un morceau de papier sur la tumeur et qu'on la regardait de profil. Cette masse pulsative s'élevait spontanément de l'os, qui, autour de la tumeur, restait plan. Au stéthoscope on appréciait un léger bruit. La compression exercée sur les artères fémorale et poplitée ne dissipait pas les symptômes. Parfois il y avait un peu de sensibilité et de douleur.

D'ailleurs, la santé du malade était très-bonne. Il n'existait aucune trace de cachexie strumeuse, syphilitique ou cancéreuse.

La famille désira avoir l'avis du docteur Hutton, à l'expérience duquel le succès obtenu est dû principalement. On résolut d'appliquer un vésicatoire. Ceci rendit plus appréciable le frémissement, le bruit particulier, et l'on put apercevoir que l'os formait une coque mince, cribriforme, et que le périoste recouvrait encore la petite place d'où il avait été soulevé. La tumeur ne donna pas cette sensation de parchemin froissé que Chelius considère comme caractéristique.

Se rappelant que l'attaque de ces tumeurs par la gouge, ou tout autre instrument tranchant, expose fréquemment à la phlébite quand les veines des os sont intéressées, les conseillers ne voulurent pas recourir à ces moyens. Le fait de l'inutilité de la compression de la fémorale pour suspendre la pulsation les convainquit aussi de l'inutilité de l'emploi de ce moyen, si utile contre les anévrysmes des gros troncs vasculaires. Ils ne pensèrent pas davantage à l'amputation du membre, bien qu'on y ait eu forcément recours récemment dans des cas analogues.

On résolut d'essayer l'effet du cautère actuel, et, le malade chloroformisé, on porta profondément dans la tumeur un bouton de feu chauffé à blanc, du diamètre d'un shilling. Il survint une abondante hémorrhagie, qui fut réprimée par le perchlorure de fer. Au bout de sept jours, une eschare se détacha en petites pièces osseuses, et mit à découvert une masse de substance dure, pulsatile, sous la forme de granulations, mais de couleur pâle. Voyant qu'il était nécessaire de répéter la cautérisation, on la fit cette fois avec un cautère conique aigu, qui fut porté cinq fois dans la tumeur, et cautérisa de la sorte la surface du tibia dans une étendue d'un pouce et demi environ. Dix jours après, il se détacha un lambeau épais et conique, laissant une cavité remplie de petites granulations sur les bords, et une petite surface de l'os rouge dans le fond; celle-ci se recouvrit graduellement et prit l'aspect d'une plaie qui marcha vers la cicatrisation.

Le malade avait à peine souffert de la gêne à laquelle il avait été nécessairement assujetti. On l'avertit qu'il devait éviter tout exercice violent qui pût surexciter le système artériel, car il n'est pas douteux qu'il existe des individus chez lesquels on rencontre une sorte de diathèse anévrysmale.

M. Mapother ajoute :

« Crisp nous dit que sur 25 cas d'anévrysme des os, 13 avaient leur siége sur le tibia, et 19 avaient lieu chez des hommes. De ces 25 cas, 19 furent funestes, soit après l'opération, soit dans les cas où l'on n'y eut pas recours. La ligature a été excessivement fatale, et la plupart des auteurs conviennent que l'amputation seule offre au malade une chance de guérison. Si aucune récidive ne survient dans le cas qui vient d'être rapporté, il me semble qu'une certaine confiance doit être accordée, dans des cas analogues, au cautère actuel, lorsqu'il s'agira d'attaquer des anévrysmes des os, légers, circonscrits et dans leurs premières périodes. Il y a deux mois que la première cautérisation eut lieu, la seconde dix jours après, et cela presque sans douleur, et aujourd'hui la tumeur est complétement détruite et la plaie entièrement cicatrisée. »

Le Journal de médecine de Bordeaux, auquel nous empruntons cette observation, fait la remarque suivante :

« Ce fait a été trouvé fort important par les membres de la

---

fièvres d'accès. Le traitement varie selon les symptômes, d'après lesquels on reconnaît que la viciation porte sur telle humeur en particulier ou sur l'ensemble.

Voilà, en résumé, la doctrine de l'*Ayurvéda*. Moins fantastique, à notre avis, malgré toutes ses bizarreries, que les théories du moyen âge, elle eut le grand avantage, à une époque où la spéculation pure ne pouvait guère prendre, pour point de départ, des connaissances solidement établies, de ramener constamment le médecin à l'étude des faits. C'est ce qui explique, sans doute, comment nous trouvons, chez les Indous, les traces de découvertes cliniques ou thérapeutiques importantes, comme l'usage du fer dans la chlorose, la connaissance du diabète sucré, soit essentiel, soit symptomatique de certaines maladies, etc., que nous étudierons dans un autre travail.

Bibliographie :

Suçruta, *Ayurvéda*, passim; — voy. surtout *Çarirasthana*, ch. I, texte, t. I, p. 310, trad. Hessler; t. II, p. 3.

Barthélemy Saint-Hilaire, Premier mémoire sur le *Sânkhya* (*Mém. de l'Acad. des sc. mor. et polit.*, t. VIII).

Colebrooke, *Essai sur la philosophie des Hindous* (*Transactions of the Soc. As.*, t. I).

Rémusat, *Nouveaux mélanges asiatiques. Sur la philosophie des Hindous*, t. II, p. 331.

Dr G. Liétard,

Membre de la Société asiatique, médecin aux eaux de Plombières.

FIN.

Société devant laquelle il a été rapporté. — C'est bien une tumeur anévrysmale que le docteur Mapother a observée ; et l'on ne peut guère se refuser à admettre que c'est un *anévrysme par anastomose*, une tumeur érectile à laquelle il a eu affaire. — Nous ne connaissons guère de cas analogues que les IX^{e} et X^{e} observations de Breschet, où la tumeur avait une texture aréolaire spongieuse de la rate. Les veines ou les canaux osseux qui les contiennent sont le siége de la lésion. — On peut les regarder, dit-il, comme des tumeurs érectiles, en donnant à ce mot sa véritable signification. (*Répert. d'anat. et de phys.*, t. II.) — Un fait à remarquer dans ce cas, c'est que la compression des artères fémorale et poplitée ne suspendait pas le bruissement de la tumeur. Quoi qu'il en soit, ce sont des faits qu'il faut enregistrer pour qu'on puisse un jour en faire une véritable monographie. » (*Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1863.)

— Il nous semble qu'il y a dans ces dernières remarques, comme dans celles qui émanent de M. Mapother lui-même, une confusion entre les tumeurs érectiles et les tumeurs vraiment anévrysmales des os. M. Mapother dit en effet qu'il s'agissait d'un *anévrysme par anastomose*. Nous le croyons aussi ; le résultat du traitement par la cautérisation le prouverait à lui seul : on a eu affaire à l'une de ces tumeurs érectiles des os qui ont été décrites par Scarpa, dont Brachet a donné des exemples, et qui sont d'ailleurs bien connues des chirurgiens ; mais ce ne sont pas là des anévrysmes. Soit que ceux-ci aient pour origine des tumeurs érectiles, soit qu'ils procèdent d'emblée de la dilatation des gros vaisseaux (voir p. 368 des remarques de M. Richard sur les rapports de l'anévrysme cirsoïde avec la tumeur érectile), on sait que les os peuvent présenter de véritables sacs anévrysmatiques, dans lesquels viennent se rendre plusieurs artères plus ou moins dilatées. Or, le traitement chirurgical, qui peut convenir dans les tumeurs simplement érectiles, peut aussi ne s'appliquer aucunement à l'anévrysme.

Du reste, l'auteur nous paraît exagérer ici les résultats de la ligature. Dans l'une comme dans l'autre forme de la lésion, la ligature a réussi assez souvent entre les mains des chirurgiens français, notamment de Roux et de M. Nélaton.

V

VARIÉTÉS.

Cher monsieur Masson,

Dans un des derniers numéros de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, M. Dubois (d'Amiens) m'accuse d'avoir apprécié d'une manière contraire à la justice et à la vérité son discours sur M. Chomel ; j'ai le droit et le devoir de lui répondre.

Je suis bien aise que M. Dubois renie cette insinuation contre la générosité de M. Chomel, qui avait été relevée par le rédacteur du MONITEUR DES SCIENCES (29 décembre 1861), et qui a provoqué une si noble protestation de mon ami le docteur Barthez. Je suis satisfait d'apprendre que l'édition officielle du discours rend justice sur ce point à la mémoire de mon vénéré maître.

Malheureusement je ne puis en dire autant de la plupart des autres appréciations renfermées dans ce discours, et je maintiens tout ce que j'en ai dit ; elles ont soulevé les réclamations des représentants les plus autorisés de la presse médicale, et elles ne sont pas rachetées par cette phrase que l'auteur nous cite, et qu'elles contredisent. Peut-être M. Dubois les regrette-t-il lui-même, car *il n'a rien à dire des éloges si justement donnés par moi à M. Chomel*. Or, j'ai loué tout ce qu'il a blâmé.

Ainsi je n'ai pas reproché à M. Chomel d'avoir combattu Broussais, et surtout je n'ai pas fait à celui-ci l'honneur de nous avoir montré à comparer les lésions avec les symptômes, convaincu qu'il n'avait jamais fait qu'une détestable anatomie pathologique, et que Morgagni, Bayle, Laennec, etc., n'étaient pas ses élèves.

Au lieu de présenter M. Chomel comme l'adversaire systématique de tout progrès, je l'ai montré défendant les traditions qui sont le fondement inébranlable de notre art, et vulgarisant, en même temps qu'il les étendait, les conquêtes de la science moderne. Dans la question des fièvres en particulier, il a fixé la valeur des lésions intestinales, et s'il a conservé à titre de variétés les formes précédemment regardées comme des espèces distinctes, au lieu d'y voir une tactique d'amour-propre, une résistance dissimulée, j'y vois une preuve de son sens pratique : la détermination de ces formes qui représentent des réalités cliniques est bien autrement importante au point de vue des indications que la connaissance des ulcérations peyériques.

Je n'ai pas dit que M. Chomel était fait pour une royauté bourgeoise, et que probablement il n'eût pas *captivé le dominateur de l'Europe*. D'abord je n'ai pas pour la bourgeoisie ce mépris qu'elle semble inspirer à M. Dubois (d'Amiens). Je savais ensuite qu'après son élévation à la présidence, l'héritier de Napoléon I^{er} avait réclamé les conseils de M. Chomel, et que, connaissant ses sentiments avoués, il l'avait accueilli avec des témoignages d'estime qui s'adressaient autant à son caractère qu'à son mérite médical.

Enfin cette note, qui a blessé M. Dubois, a dû cependant lui donner satisfaction sur un point qu'il avait fort à cœur ; il croyait que M. Chomel n'avait pas parlé de lui dans sa *Pathologie* ; il s'en était plaint à moi pendant qu'il élaborait son discours ; il m'avait même demandé si j'étais l'instigateur de cette omission. En revisant cette cinquième édition, j'ai constaté que cette assertion n'était pas plus exacte que beaucoup d'autres ; non-seulement M. Chomel avait parlé de lui, mais il l'avait fait dans les termes les plus obligeants. Je regrette de n'avoir pas été en mesure de rectifier plutôt sur ce point les impressions de M. Dubois (d'Amiens).

Agréez, etc. N. GUÉNEAU DE MUSSY.

RÉPONSE.

Monsieur,

Comme le débat élevé entre M. Noël Guéneau de Mussy et moi ne doit que très-médiocrement intéresser les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire*, je vous promets de ne pas aller au delà de ce dernier mot.

M. Noël Guéneau de Mussy se borne aujourd'hui à me reprocher une *insinuation* qui, dit-il, a été relevée en son temps par le rédacteur du MONITEUR DES SCIENCES. Or, savez-vous, monsieur, ce que m'a reproché M. de Castelnau ? D'avoir parlé de la bienfaisance de M. Chomel sans en donner la preuve ! Mais devais-je croire qu'on me demanderait une preuve sur ce point ? Me les avait-on demandées lorsque, terminant l'éloge de M. Guéneau de Mussy, je disais : « *Il a laissé un fils et un neveu* (M. Noël lui-même), *tous deux médecins, et qui tous deux sont les dignes héritiers de son nom, de ses talents et de ses vertus.* »

Vous le voyez, monsieur, j'accordais tout à M. Noël Guéneau de Mussy : on m'a cru sur parole ; on ne m'a pas reproché mes réticences. Mais je reviendrai ailleurs et plus amplement sur ce que je pourrais appeler ces petites perfidies.

Agréez, etc. DUBOIS.

La séance publique annuelle de la Société d'anthropologie a été tenue aujourd'hui sous la présidence de M. de Quatrefages. Après le discours d'ouverture du président, accueilli par des applaudissements unanimes, M. Broca, secrétaire-général, a lu un savant et remarquable rapport sur les travaux déjà nombreux de la Société et sur les progrès qu'elle a fait faire à la science depuis sa fondation.

Malgré les limites restreintes dans lesquelles il était nécessairement resserré, M. Broca a su rappeler les titres de chacun des membres qui ont pris part aux discussions et énumérer tout ce qui a été fait en anthropologie depuis quatre ans, n'oubliant que la part si grande qui devait lui revenir à lui-même.

Enfin, M. Martin-Magron a fait l'éloge du docteur Godard, mort l'an dernier en Egypte, victime de son amour pour la science, et peu de membres ont pu échapper à l'émotion que causait à l'orateur lui-même le récit des souffrances et du courage surhumain de leur regretté collègue.

— Dans la dernière assemblée des professeurs de la Faculté, M. le professeur Tardieu a été désigné pour prononcer, à la séance de rentrée prochaine, l'éloge de M. Adelon.

— Le concours pour trois places de médecin du Bureau central est terminé. Ont été nommés : MM. Besnier, A. Fournier et Desnos.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 12 JUIN 1863. — N° 24.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Nouvelles recherches sur les revaccinations. — II. **Travaux originaux**. Thérapeutique : Effet des eaux minérales de Vittel (Vosges) dans les cas de calcul vésical soupçonné et après l'opération de la pierre. — Anatomie pathologique : Tumeur du mésentère. — Cirrhose. — Ascite. — Mort; autopsie. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux**. Note sur un nouveau procédé pour le déplacement de la pupille. — Adiaphanose translucide de la rétine. — Sur la congestion de la moelle épinière survenant à la suite de chutes ou d'efforts violents. — V. **Bibliographie**. Sur quelques publications récentes relatives à la pathologie mentale. — VI. **Variétés**. — VII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — VIII. **Feuilleton**. Les rose-croix, la thériaque, les alexipharmaques.

I

Paris, 11 juin 1863.

Nouvelles recherches sur les revaccinations.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Cher et honoré collègue,

Vous me demandiez, il y a deux mois à peine, si je continuais à m'occuper de la question de revaccination; je vous répondis immédiatement qu'elle ne cessait pas de faire l'objet de mes recherches; mais, vous le comprendrez sans peine, à moins d'ordonner incessamment des essais en grand, comme ceux que j'ai fait pratiquer dans les grandes prisons belges, on ne trouve pas quand on le veut des éléments de solution. Les faits particuliers sporadiques, presque toujours sans signification d'ailleurs, les épidémies même, ne se présentent que de loin en loin, et les choses restent en état jusqu'à ce que de nouvelles observations viennent affirmer les inductions précédentes ou leur porter une atteinte plus ou moins sérieuse.

Ces inductions, mon cher confrère, vieilles déjà de plus de quatre ans, vous les connaissez; elles sont tirées d'un groupe de plus de 2000 revaccinations faites avec le plus grand soin. Laissez-moi vous les rappeler :

1° La revaccination des sujets bien vaccinés ne produit généralement que très-peu d'effets utiles.

2° Le variolé doit se remettre à la revaccination avec bien plus de raison que le vacciné.

3° La revaccination réussit d'autant mieux qu'elle est pratiquée à une époque plus éloignée du moment de l'insertion première du virus-vaccin ou d'une atteinte de variole.

4° Jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans elle est généralement inutile.

5° A partir de cet âge et jusqu'à trente-cinq ans, elle produit des résultats utiles sur un certain nombre d'individus, mais néanmoins sur un nombre excessivement restreint; par conséquent, sans la proscrire entièrement, on ne doit pas non plus la recommander avec de trop vives instances.

FEUILLETON.

Les rose-croix, la thériaque, les alexipharmaques.

Si, parmi les lecteurs de ce journal, il se trouvait quelqu'un qui eût séjourné à Palerme il y a vingt-cinq ou trente ans, je réveillerais en lui un doux souvenir en lui rappelant le prince de X***, vieillard aimable et instruit qui accueillait les étrangers avec une grâce toute charmante (je ne pense pas pouvoir remplir les astériques). Il était alors à peine octogénaire, et aujourd'hui, plus que centenaire, il doit vivre réfugié dans quelque coin de l'Europe, où cet article lui semblerait une indiscrétion et une ingratitude.

Je n'ai eu, en effet, qu'à me louer de ses bontés : il aimait à causer de la science du moyen âge, et il encourageait mon projet d'en sonder les mystères; il fit plus, il dirigea mes premiers pas dans le dédale des manuscrits et des bouquins d'alchimie et de cabale, véritable philosophie médicale des trois siècles qui ont précédé l'époque de la science expérimentale.

Le prince de X*** passait à Palerme pour un adepte versé dans tous les secrets de la science hermétique, et réellement quelquefois, quand je le pressais de questions, il se bornait à sourire en homme qui en sait plus qu'il n'en veut dire, et détournait la conversation, la ramenant toujours à la médecine, seul but, d'après lui, des travaux des véritables adeptes. Un jour cependant qu'il semblait plus disposé à s'épancher, je vins à le questionner sur les rose-croix, qui me semblaient un degré supérieur de la franc-maçonnerie. « Ceci, me répondit-il, est une erreur vulgaire; les rose-croix, depuis plus d'un siècle, sont en dehors des sociétés secrètes : chrétiens sincères, ils veulent demeurer étrangers à tous les partis politiques. Leur seul lien commun, c'est l'étude des doctrines qui prolongent la vie en conservant la santé; leur but, c'est la recherche de la formule qui généralisera ces doctrines et en facilitera l'application pratique.

6° A partir de trente-cinq ans, elle devient véritablement préservatrice, et par conséquent nécessaire.

7° En supposant qu'elle n'ait pas abouti une première fois, ce n'est pas une raison pour ne pas y revenir à d'autres époques, rien n'indiquant qu'entre l'une et l'autre opération la réceptivité ne soit pas revenue.

8° La revaccination des élèves des écoles, des pensionnats, des athénées et des séminaires est inutile.

9° La revaccination des soldats dans les armées constituées comme la nôtre l'est également.

C'est en 1858 que j'écrivais cela, après mes premiers essais; ceux de 1861 et 1862, pratiqués également sur une grande échelle, n'ébranlèrent aucune de ces conclusions. Mais voici maintenant une épidémie de variole qui vient à son tour leur donner la confirmation la plus éclatante.

Dans les premiers mois de 1862, la commune de Saint-Gilles-Waes (Flandre orientale) fut cruellement éprouvée : la variole y sévit de la manière la plus intense. J'extrais ce que je vais vous dire d'un mémoire de M. le docteur Cauterman sur cette épidémie, présenté à la Société de médecine de Gand et imprimé dans le *Bulletin* de cette Société :

« Le nombre de varioleux que nous avons traités (nous écartons les cas nombreux de varioloïde) s'élève à 95 (1). De ce nombre, 29 étaient des varioles confluentes, parmi lesquelles 15 individus de tout âge n'étaient pas vaccinés. Si l'on observe que les sujets non vaccinés représentent l'exception parmi nos populations, on voit que la proportion qu'ils fournissent dans cette énumération est assez forte. Chez les 14 autres de cette catégorie (vaccinés), l'âge variait *de 20 à 50 ans. Le plus grand nombre comptait de 30 à 40 ans*. Un cependant avait moins de 20 ans, et un autre dépassait la soixantaine. Les 66 autres cas étaient des varioles discrètes se rapportant pour la plus grande partie à des adultes vaccinés, à quelques exceptions près. Parmi ceux-ci, quatre femmes étaient enceintes (de cinq à sept mois). Une seule a présenté les signes précurseurs de l'avortement, qui a été combattu efficacement par l'opium. Il est vrai de dire que, chez toutes les quatre, la variole présentait une forme bénigne. Nous avons observé quatre cas de très-jeunes enfants non vaccinés : une confluente, trois discrètes. De ces quatre, trois sont morts, un de six semaines, les deux autres d'un an environ. Chez un cinquième enfant, on a vu se développer presque simultanément la vaccine et la variole. Huit jours après la vaccination, une éruption de variole discrète, moins grave que chez les précédents, s'est déclarée, et l'enfant est guéri.

» En résumé, nous avons eu quatre décès, un de 62 ans, et trois enfants que nous avons déjà cités. »

Écoutez maintenant quelles sont les inductions que tire de ces faits M. Cauterman :

« De l'ensemble de ces observations, nous nous croyons en droit de conclure d'une manière générale que, dans l'épidémie en question, la variole a été ordinairement grave chez les sujets non vaccinés, et principalement chez les enfants. Il semble encore résulter de ces faits que, chez un grand nombre de sujets vaccinés, la prédisposition morbide pour la variole, qu'une première vaccination a neutralisée, se reproduit à un âge très-variable pour chacun de ces individus. *Elle est d'autant plus probable que l'époque de la vaccination est plus ancienne* (dans certaines limites d'âge, bien entendu, car nous croyons que cette règle ne s'applique pas aux vieillards). Enfin le fait de l'enfant chez qui la vaccine et la variole se sont développées en même temps semble confirmer une opinion déjà bien souvent proclamée, à savoir, que la vaccine, qui n'empêche pas une variole en incubation d'éclater, a pour effet de modifier celle-ci dans un sens favorable. »

Ce n'est pas tout. Pendant que sévissait l'épidémie, M. Cauterman mettait en pratique de la manière la plus large le moyen de préservation par excellence; il vaccinait à tour de bras. Voici ce qu'il dit à cet égard :

« Nous avons fait plus de 500 vaccinations. De ce nombre, 355 ont été pratiquées sur des individus déjà vaccinés. Une vérification complète de cette expérimentation nous a été matériellement impossible. Nous avons tâché d'en revoir le plus possible; ils sont au nombre de 195, c'est-à-dire plus de la moitié. Le résultat auquel nous sommes arrivé nous paraît suffisant pour conclure d'une manière générale.

» Pour ces revaccinations, nous n'avons admis que les individus qui dépassaient l'âge de 15 ans. Trois d'entre eux seulement comptaient plus de 60 ans. De sorte qu'en définitive il ne s'agit ici que d'individus dont l'âge varie entre 15 et 55 ans. Or, cet examen nous a montré que, sur 100 vaccinations, 29 ont réussi. En répartissant ces succès entre trois groupes d'âges,

(1) Il est à noter que ce chiffre ne représente pas la somme totale des cas de variole qu'on a comptés à Saint-Gilles, dont la population est de 4500 habitants environ, attendu qu'il y a encore un confrère qui exerce dans la même commune.

» — Vous êtes rose-croix, cher prince ! m'écriai-je vivement.

» — Hélas ! non, répliqua-t-il : trop de liens d'intérêt et de » famille m'attachent encore à la vie du monde, pour que j'aie » pu être admis parmi ces derniers adeptes, qui vivent en solitaires au milieu de la foule des grandes cités. Mais vous-même, quand vous serez rentré dans votre patrie, si vous » demeurez vertueux et si vous persévérez dans l'étude de la » science par excellence, peut-être rencontrerez-vous, ermite » au milieu du tourbillon de Paris, celui qui vous initiera aux » grands secrets. Mais ne cherchez pas à violer sa retraite; » attendez d'être appelé : pour mériter cet honneur, il faut des » études profondes, un ardent amour de Dieu et de l'humanité, et une complète indépendance. »

Quelques années plus tard, j'eus occasion de me rappeler les paroles du prince de X***.

Dans une de ces causeries intimes qui font le charme des salons parisiens, entre onze heures et minuit, après le départ de la jeunesse et des mondains pour aller se montrer dans les bals, on contait une curieuse histoire :

Il s'agissait d'un personnage mystérieux, habitant depuis plus d'un demi-siècle le dernier étage d'une maison située dans une des rues escarpées de la butte Saint-Roch. Sa porte demeurait toujours hermétiquement fermée; une gouvernante, à la mine peu accorte, répondait aux fournisseurs à travers un judas; elle allait aux achats trois ou quatre fois par semaine, rapportait d'énormes paquets de drogues avec quelques provisions de choix et toujours bien payées; mais son maître ne sortait que le dimanche pour aller à la première messe. Les habitants des mansardes du voisinage prétendaient le voir se promener sur une terrasse transformée en jardin verdoyant. Pour les uns, c'était un vieillard courbé sous le poids des ans; d'autres assuraient l'avoir vu marcher et émonder ses arbustes avec une activité toute virile; enfin plus d'une fois sa gouvernante avait donné à des malades du voisinage des poudres et des élixirs qui toujours produisaient des guéri-

considérés suivant une proportion numérique égale, nous avons obtenu par le calcul les résultats suivants :

» 1° Sujets de 15 à 25 ans, 3 vaccinations pour 100.
» 2° Sujets de 25 à 40 ans, 10 vaccinations pour 100.
» 3° Sujets de 40 à 55 ans, 16 vaccinations pour 100.

» De ces expériences, nous arrivons naturellement à pouvoir déduire, pour la vaccine, une proportion générale, comme nous l'avons déjà fait pour la variole, à savoir, que *l'inoculabilité de la vaccine chez un grand nombre d'individus vaccinés se reproduit à un certain temps de la vie, qui varie ; elle doit être rare au-dessous de 15 ans ; plus tard elle devient d'autant plus fréquente qu'on s'éloigne davantage de l'époque de la première vaccination.* »

Voici donc une épidémie instructive à un double point de vue; elle permet de constater une fois de plus que le vaccin n'a qu'une vertu préservatrice limitée; que cette vertu va en s'affaiblissant à mesure que s'éloigne l'époque de l'insertion du virus, tandis que, d'un autre côté, elle met en évidence que la réceptivité morbide pour la variole coïncide avec la réapparition de l'inoculabilité.

A tous égards donc, mes conclusions de 1858 sont sorties intactes de cette épreuve, la première sérieuse, je crois, depuis que je les ai formulées; je me hâte de dire que les commissaires de la Société de médecine de Gand, qui ont été chargés de faire un rapport sur le travail de M. Cauterman, se sont empressés d'en faire l'aveu. Voici, en effet, comme ils se sont exprimés :

« Un relevé statistique basé sur un grand nombre de revaccinations faites dans les prisons de Gand et de Vilvorde (il faut y ajouter maintenant celles de Namur et de Saint-Hubert) a établi entre autres points : 1° que cette opération réussit d'autant mieux qu'elle est pratiquée à une époque plus éloignée du moment de la première vaccination ; 2° que le retour de la réceptivité pour la variole ne commence, pour la généralité des hommes, qu'à partir de 25 ans; 3° qu'elle est intense de 40 à 60 ans. Ces résultats évidemment opposés au principe généralement admis, que c'est de 10 à 35 ans que la variole menace les vaccinés, et qu'à cet âge la revaccination a le plus de chances de succès, ces résultats, disons-nous, soulevèrent de nombreuses contestations dans la presse médicale, et l'origine même des faits sur lesquels ils s'appuyaient semblait devoir fournir un argument décisif aux adversaires de l'inoculation tardive. Ils crurent devoir rejeter les conséquences des observations recueillies dans ces établissements, sous prétexte que l'expérimentation avait porté sur des individus soumis à des influences spéciales et identiques. Les faits consignés dans le travail de M. Cauterman sont, comme nous venons de le voir, favorables à la nouvelle théorie, et paraissent répondre victorieusement à l'un des principaux griefs formulés contre elle. Mais quoique ces faits aient été fournis par *des sujets vivant dans les conditions ordinaires de la vie*, nous les croyons encore trop restreints pour être élevés à la hauteur d'une vérité scientifique, et nous applaudissons à la réserve avec laquelle notre confrère a exposé le résultat de ses observations, persuadés que les expériences constituées sur une plus large échelle pourront seules nous guider dans l'application d'une mesure hygiénique qu'il est de notre devoir de propager. »

MM. les commissaires de la Société de médecine de Gand semblent avoir perdu de vue que, m'adressant en 1858 à mes collègues de l'Académie royale de médecine de Belgique, je me suis exprimé moi-même de la même manière, ou à peu près. « A Dieu ne plaise, disais-je, que je vous donne mes propositions comme définitives ; mieux qu'un autre je sais qu'il ne faut pas se hâter de conclure, c'est mon éternelle recommandation à tout le monde, mais j'ai le droit de vous les livrer comme découlant logiquement, rigoureusement du document que j'ai placé sous vos yeux, et permettez-moi d'ajouter, messieurs, un peu aussi des faits que chacun de vous recueille journellement dans sa pratique. Je n'entends donc pas les soumettre à votre sanction, ni de vous demander par conséquent de revenir *hic et nunc* sur la limite d'âge que vous avez fixée, il n'y a pas bien longtemps, pour le retour de la réceptivité.

» Vous me le refuseriez, et vous auriez raison ; je suis de l'avis de ceux qui pensent qu'un corps, comme le vôtre, ne doit pas se dégager promptement. Ne considérez donc mon travail que comme un jalon à l'aide duquel on se dirigera dans des recherches nouvelles, destinées à faire entrer un jour dans le domaine des faits acquis à la science, ou à en écarter à tout jamais les conclusions que je viens d'avoir l'honneur de vous soumettre, et dont l'importance n'aura pas échappé à votre pénétration. »

J'avoue néanmoins n'avoir jamais compris que l'*origine* des faits que j'ai fournis pût donner « un argument décisif aux adversaires de l'inoculation tardive ». Je ne m'explique pas comment et pourquoi mon expérimentation devait être considérée comme boiteuse, « parce qu'elle avait porté sur des in-

---

soins miraculeuses. Les bonnes femmes du quartier disaient : C'est un sorcier ! moi, je m'écriai : Ce n'est pas un sorcier, c'est un rose-croix !

On me pressa de questions, et je racontai le peu que je savais.

Il fut unanimement décidé que chacun de nous irait aux informations sur le mystérieux personnage. Mais, hélas ! la vie de Paris est un laminoir qui vous pousse irrésistiblement toujours dans la même filière ; dès le lendemain, chacun des conjurés avait repris la routine de ses habitudes : le rose-croix était oublié.

Quelques semaines plus tard, passant à pied dans ce quartier, j'aperçus un écriteau qui me rappela toute l'histoire :

Appartement complet à louer,
quatrième au-dessus de l'entresol,
avec terrasse.

Je m'empressai de monter les cinq étages. Une première porte doublée de fer, avec un judas, donnait entrée dans une antichambre, une cuisine et quelques décharges ; puis une autre porte semblable séparait ce petit appartement d'un autre plus complet, avec une terrasse aboutissant à une dernière pièce disposée en laboratoire de chimie. C'était bien le nid abandonné d'un adepte, mais comment retrouver les traces de son mystérieux habitant?

Je courus aux informations. Le portier n'était dans la maison que depuis un mois, et l'appartement était déjà vide à son arrivée. La maison appartenait à des mineurs ; le tuteur ne savait rien. Il y avait bien un principal locataire, mais tout ce que sa mémoire et son carnet purent fournir d'indications se borna à un nom qui ne disait rien. Les notaires n'en savaient pas davantage. J'écrivis en Sicile ; on me répondit ces trois mots : « *Attendez, étudiez, isolez-vous.* »

Le XIX^e siècle ne permet guère l'isolement ; des soucis de famille, des affaires graves, des voyages, vinrent bientôt m'apporter d'autres préoccupations, et je ne pensai plus ni au x

dividus *soumis à des influences spéciales et identiques* ». J'ai beau me creuser la tête, la valeur scientifique de cette objection échappe complétement à ce que le ciel a pu me départir de sagacité.

Voilà, mon bien cher collègue, ce que j'avais à vous écrire pour le moment, sur cette question. Les occasions de constater des faits nouveaux sont rares, vous le savez comme moi; il faut donc saisir avec empressement celles qui se présentent. Je désirerais que tout le monde voulût en faire autant, afin que la chose fût promptement décidée. Je compte sur vous pour faire à cet égard un appel à nos confrères.

Un mot encore avant de finir. Il est bien entendu que toutes mes conclusions, en matière de *revaccination*, reposent sur l'hypothèse qu'une *prochaine vaccination* n'a laissé rien à désirer. Et c'est ici, je vous en préviens, que surgissent les difficultés de la solution. Qu'est-ce qu'une vaccination *bien réussie?* Personne ne saurait le dire jusqu'à aujourd'hui d'une manière absolue, il n'y a, il ne peut y avoir à cet égard que des probabilités, rien de plus; toujours est-il qu'il est raisonnable de croire que, plus la saturation aura été complète, plus la vaccination doit être efficace, et plus, par conséquent, doivent se prolonger des effets de préservation. Mais combien n'y a-t-il pas de vaccinations qui ne présentent pas ces conditions? Joignez à cela que la plupart du temps, et dans les communes rurales surtout, on ne sait pas très-fréquemment ce qu'il advient des insertions vaccinales; il se passe, je crois, un peu partout, ce qui s'est passé à Saint-Gilles-Waes. Vous avez vu tout à l'heure M. Cauterman avouer avec sincérité que de ses 500 vaccinés de l'épidémie de 1862, il n'en a revu que 195.

Combien de fois n'arrive-t-il pas qu'on se croie et qu'on se déclare vacciné, alors qu'en réalité on l'a été mal ou pas du tout! C'est là ce qui explique, en grande partie, à mes yeux, les différences que présentent les statistiques de revaccination, et spécialement celles des armées. Je me réserve de revenir là-dessus.

Si vous estimez, mon cher collègue, que cette lettre mérite d'être lue, livrez-la, je vous prie, à la publicité par la voie de votre excellent journal.

A vous, Dr Vleminckx.

Président de l'Académie de médecine de Belgique.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

Effet des eaux minérales de Vittel (Vosges) dans les cas de calcul vésical soupçonné, et après l'opération de la pierre; par le docteur J. Patézon, médecin inspecteur des eaux de Vittel.

Parmi les applications thérapeutiques des eaux froides calcaires et magnésiennes, il en est une que je crois fort importante, et qui n'a pas même été mentionnée par les praticiens qui exercent près des sources de cette nature: je veux parler des phénomènes qu'elles provoquent dans les affections calculeuses de la vessie.

J'ai avancé, dans un premier travail sur Vittel, que l'usage de ses eaux pouvait, dans certains cas, servir de pierre de touche et de moyen diagnostique d'une grande valeur quand il s'agit de calcul vésical douteux. Aux faits que je possédais déjà sont venus s'en ajouter d'autres complétement démonstratifs.

Obs. I. — Un cultivateur du département de la Haute-Marne, âgé de soixante-douze ans, ayant toujours joui, jusqu'à il y a trois ou quatre ans, d'une bonne santé, sauf quelques symptômes de dysurie qui l'inquiétèrent peu, fut pris tout à coup de rétention complète qui céda cependant à des bains tièdes prolongés. A partir de ce premier accident, les besoins d'uriner devinrent plus fréquents, au point de l'obliger à se lever quatre ou cinq fois par nuit pour vider sa vessie; pourtant la rétention ne se reproduisit pas; un peu de ténesme, quelques glaires au fond du vase de nuit, point d'hématurie, tels furent les symptômes qui persistèrent sans aggravation jusqu'au moment où je lui donnai des soins.

Pour m'assurer de l'état d'intégrité du canal et de la vessie, je lui proposai de le sonder, mais sa pusillanimité lui fit rejeter ce moyen comme un remède extrême. Mon attention était déjà à cette époque éveillée sur les effets révélateurs de l'eau de Vittel dans des cas analogues, et je prévoyais de deux choses l'une: ou il y a une pierre dans la vessie de ce malade, ou il n'y en a pas; dans le premier cas, les symptômes s'aggraveront, et il viendra s'ajouter à ceux qui existent déjà d'autres signes qui ne permettront plus de douter de la lésion, ou bien la maladie s'amendera, et nous enlèvera le souci de l'existence d'un calcul. Il fut donc mis au régime de l'eau transportée, à la dose d'une bouteille à jeun, puis de deux, et enfin on en poussa le nombre jusqu'à trois, qu'il buvait alors dans le courant de la journée. Au bout d'une huitaine de jours il survint une crise de dysurie; il y eut beaucoup de ténesme, les urines n'étaient rendues que goutte à goutte et en petite quantité, elles brûlaient le canal à leur passage; le dépôt augmenta dans le fond du vase, il n'y eut cependant pas de sang, mais une cystite grave était imminente. Les émollients, des grands bains, des suppositoires calmants, la suspension de l'eau, ramenèrent le calme, et nous pûmes un peu plus tard en reprendre l'usage. Cette fois le malade eut à subir au bout de peu de temps une crise beaucoup plus violente que la précédente; je trouvai dans les urines du sang pur et des caillots fibrineux

---

rose-croix, ni à la cabale, ni à l'alchimie. Mais quand j'ai pu reprendre mes études de prédilection et me replonger dans les manuscrits et les bouquins, mon imagination s'est souvent reportée vers cette association mystérieuse.

Existe-t-elle encore? Un petit nombre d'adeptes, se réunissant à de rares intervalles et se dispersant ensuite, conjurent-ils dans le silence de leurs retraites contre les tendances positivistes de notre époque?

Ou bien encore:

Les rose-croix ne sont-ils qu'un mythe enfanté par le cerveau exalté de quelques illuminés du XVIIIe siècle? Faut-il les reléguer avec les héros imaginaires des romanciers, et les rechercher seulement dans les Mémoires du chevalier Roselli, ou l'infortuné Napolitain, œuvre bizarre dont la lecture, soit dit en passant, offre un intérêt beaucoup plus vif que la plupart de nos romans à la mode?

Voilà des questions plus faciles à poser qu'à résoudre. Un seul homme peut-être aurait pu les éclaircir, s'il eût voulu dire tout ce qu'il savait: c'était le docteur Koreff, mort à Paris il y a quelques années.

Ce médecin allemand, qui a joué un rôle important dans les événements politiques du commencement de ce siècle, possédait un immense savoir; aucune branche des connaissances humaines ne lui était étrangère, et il était profond dans toutes celles qui se rattachent à la médecine. On s'étonnait qu'il eût pu trouver le temps d'étudier au milieu des intrigues politiques, où son nom se trouvait mêlé, et des distractions du grand monde, où il avait su se faire admettre, malgré une réputation assez équivoque.

Le docteur Koreff aimait à causer alchimie, or potable, cabale même, avec le petit nombre de ceux qui, de nos jours, ont eu le courage de fouiller dans ces ruines. Quand on lui parlait des rose-croix, il fronçait le sourcil, et répondait: « Ce » sont des fous, ils n'ont rien fait, ils ne pouvaient arriver à » rien. » Mais il ne niait pas leur existence, et je crois même me rappeler d'avoir entendu le célèbre baron de Stein lui re-

décolorés. Je déclarai au malade que, selon toute probabilité, il avait une pierre dans la vessie, et qu'il était impossible d'entreprendre aucune espèce de traitement avant de s'être assuré du fait par le moyen de la sonde. Le cathétérisme ne présenta aucune difficulté, et il y en eut encore moins à rencontrer un calcul assez volumineux parfaitement mobile dans le réservoir urinaire. Le malade repoussa toute espèce d'opération, et se mit au régime du bicarbonate de soude, d'après les avis d'un confrère. Depuis ce temps, les crises de dysurie ne se sont pas renouvelées; de temps en temps il rend sans douleur des glaires avec de la craie; ses urines sont fortement alcalines, elles étaient acides auparavant. J'ai dernièrement introduit la sonde pour m'assurer du volume du calcul, et confirmer ou infirmer le dire du malade, qui prétend que son calcul est rejeté par fragments; je l'ai trouvé sensiblement plus gros qu'auparavant, et malgré son innocuité apparente, il grossit et grossira de plus en plus tant que le malade continuera à faire usage des alcalins.

Obs. II. — Chez un autre malade du département des Vosges, M. A..., l'usage de l'eau ne fit pas, il est vrai, soupçonnor de pierre dans la vessie, son existence avait été constatée et n'était que trop certaine, mais produisit des phénomènes complétement identiques avec ceux de la première observation, et avec ceux que j'ai observés nombre de fois dans les cas de productions lithiques rénales ou vésicales. Il s'agit d'un homme robuste porteur d'un calcul énorme et de dimensions telles que son extraction, qui fut pratiquée dans la suite, ne fut jugée possible, et avec raison, que par le procédé du haut appareil. A titre d'essai et à mon insu, il fut mis au régime de l'eau de Vittel transportée. M. A... n'en faisait pas usage depuis plus de huit jours, qu'il survint des accidents de dysurie et de cystite aiguë tellement graves, qu'on se hâta de suspendre l'usage de l'eau, et de recourir à un traitement approprié.

L'explication que je donnai de ces accidents et les exemples que je citai à l'appui convainquirent les confrères avec lesquels je vis ce malade, et l'un d'eux me cita un cas tout à fait analogue où de semblables accidents s'étaient produits sous l'influence d'une eau dont la composition se rapproche beaucoup de celle de Vittel; on n'avait pas songé à mettre l'aggravation sur le compte du moyen thérapeutique employé, et cependant, à n'en pas douter, l'eau était seule coupable.

Obs. III. — M. de M..., âgé de soixante-dix-huit ans, employé supérieur des forêts en retraite, tempérament lymphatico-bilieux, constitution assez bonne, est atteint d'affection rhumatismale depuis douze à quinze ans. Malgré l'emploi des eaux de Bourbonne en 1855 et 1856, le rhumatisme a persisté avec son caractère vague et général, se fixant, mais pour peu de temps, tantôt sur la poitrine, où il produisait du catarrhe, tantôt sur les intestins, où il donnait lieu à de la diarrhée. En juin 1859, commencement de symptômes vésicaux qu'on présume, et non sans raison, se rattacher à la diathèse rhumatismale. Envoyé de nouveau à Bourbonne, on lui interdit l'usage de l'eau, et on lui conseille celle de Vittel en boisson; il en est soulagé, et il en fait usage pendant l'hiver à domicile avec avantage. Il n'a jamais trouvé ni sable, ni graviers dans son urine, mais depuis qu'il boit de l'eau il a à plusieurs reprises uriné du sang. Toutes les fonctions s'exécutent normalement, sauf celles qui se rapportent aux organes génito-urinaires. Les besoins d'uriner sont fréquents, mais la quantité d'urine rendue chaque fois n'est pas considérable; elles sont difficilement retenues, surtout après les repas. Pendant la nuit, le malade urine moins fréquemment et avec plus d'abondance. Il ne ressent au périnée ni poids, ni douleur, ni chaleur; le bas-ventre est insensible à la pression; mais il existe pendant la marche et la miction, dans toute la longueur de la portion spongieuse de la verge jusqu'au gland, une douleur qui n'augmente pas par la pression de la partie et se calme pendant la nuit. Le jet de l'urine est rond et assez vigoureux, mais il s'arrête quelquefois brusquement pour recommencer ensuite, puis s'arrêter de nouveau. Les urines sont limpides ordinairement; le jour de son arrivée ici, elles sont légèrement nuageuses, ce que j'attribue à la fatigue du voyage; les dernières gouttes sortent en bavant.

Depuis longtemps M. de M... éprouve une douleur à la nuque du côté gauche; il n'a jamais rendu de sang en dehors de l'époque où il faisait usage d'eau transportée.

Le toucher rectal fait constater une hypertrophie prostatique, et la pression exercée avec le doigt sur le col de la vessie provoque des envies d'uriner.

Tous ces signes physiologiques de l'existence d'un calcul n'attendaient plus qu'un signe pour que tous mes doutes fussent dissipés; mais le malade ne pouvait se résigner au cathétérisme, il voulait toujours attendre; je désirais commencer par là, sa résistance obstinée ne permit pas de passer outre.

Je le mets donc à l'usage de l'eau *intus* et *extra* en recommandant des bains très-longs.

Dans les premiers jours, les besoins d'uriner augmentent de fréquence; la douleur du canal augmente aussi, mais se calme pendant la nuit; le septième jour, je trouve dans le vase de nuit un petit caillot fibrineux décoloré; le lendemain et les jours suivants, je trouve quelques gouttes de sang. L'abstention n'étant plus permise, je fais comprendre à M. de M... que l'emploi de la sonde est absolument nécessaire; il se résigne en gémissant. L'introduction de la sonde offrit peu de difficultés, dues, sans doute, à l'augmentation de volume de la prostate; mais enfin elle arriva dans la vessie, et donna immédiatement la sensation de plusieurs pierres d'un petit volume et très mobiles; elles furent broyées à Paris quelques jours après avec un plein succès. Le malade est revenu faire usage de l'eau, et il ne paraît pas être jusqu'ici exposé à une récidive. Je recommande expressément cette pratique après l'opération pour débarrasser la vessie des fragments de calcul que les irrigations n'entraînent pas toujours d'une manière complète après le broiement. Je m'expliquerai plus tard sur cette autre application de l'eau de Vittel.

Obs. IV. — M. B..., âgé de soixante-huit ans, habitant le département de la Nièvre, est atteint depuis dix-huit à vingt ans de gravelle rouge héréditaire, et fréquente les eaux depuis plusieurs années; mais depuis l'année dernière sa maladie s'est aggravée sensiblement; il y a quelques années, il ne rendait que du sable très-fin et en médiocre quantité, aujourd'hui il rend des graviers d'un volume considérable. Le premier qu'il ait rendu date du mois de février 1861; il n'eut pas de coliques néphrétiques, mais seulement de la gêne dans les reins et le bas-ventre; mais ce calcul, qui est rond, lisse et gros comme une fève moyenne, arrivé dans la vessie, lui occasionna des crises de dysurie des plus douloureuses; il s'engagea enfin dans le canal, qu'il parcourut lentement en éraillant la muqueuse sur son passage, et faisant couler du sang; il mit un jour entier pour sortir. Une quinzaine de jours après, il en rendit un autre un peu moins gros et avec beaucoup moins de douleur. Outre ces graviers d'un volume fort remarquable, il rend du sable assez abondamment, tantôt très-ténu, comme du sable urique ordinaire, tantôt un peu plus gros, comme des grains de semoule ou du plomb dit cendrée. Il en rend en dehors de la saison des eaux beaucoup plus que pendant sa saison même.

---

procher d'avoir cherché à dérober les secrets des rose-croix.

Mais ces secrets, à quel ordre d'idées et de faits doivent-ils être rattachés?

On ne peut admettre l'existence des rose-croix qu'en s'appuyant sur des indices qui autorisent à supposer qu'ils se sont aventurés sur un terrain dangereux, interdit par la prudence de l'Église catholique aux études des fidèles : je veux parler des rapports entre l'homme et les êtres en dehors de notre monde. Il n'y a là que dangers et déceptions; le chrétien croyant y trouvera l'excommunication et le désespoir, le sceptique y laissera sa raison.

Cependant les études occultes ont toujours eu un attrait de fascination pour certaines organisations exceptionnelles. Le moyen âge avait ses adeptes; un peu plus tard sont venus les rose-croix; enfin, en plein XIX^e siècle, les esprits frappeurs ont trouvé des croyants, et les salons du faubourg Saint-Honoré et de la Chaussée-d'Antin frémissent aux magiques évocations d'un *medium* américain, tout comme ceux de Versailles avaient accueilli le comte de Saint-Germain et Joseph Balsamo.

Quel est donc ce charme séducteur d'études prohibées et qui conduisent l'homme à la folie? Comment concilier cette facilité à accueillir le merveilleux avec les tendances sceptiques et positivistes de notre siècle?

Peut-être, si l'on voulait y bien réfléchir, pourrait-on expliquer ces anomalies l'une par l'autre; peut-être aussi peut-on reprocher à nos tendances scientifiques de se renfermer dans un cercle trop étroit, en ne tenant aucun compte du surnaturel, auquel nous touchons cependant par les plus nobles de nos facultés. La science moderne a établi en principe de nier la réalité des faits qu'il lui est impossible de faire entrer dans le cadre des théories à la mode. Par ce moyen, les savants et les académies écartent tout ce qui contrarie leurs systèmes; mais aussi on livre le public non scientifique à la merci des empiriques et des illuminés. La théologie, plus large dans ses conceptions, distingue soigneusement les faits de l'ordre natu-

Il est mis à son arrivée au régime de l'eau. Pendant le traitement, sans que l'émission des graviers soit plus considérable qu'auparavant, il éprouve tout à coup du ténesme, de la dysurie; les urines deviennent nuageuses; il y a des douleurs au col de la vessie et de fréquents besoins d'uriner. La suspension de l'eau et l'emploi de moyens appropriés calment ces premiers accidents; mais peu de temps après d'autres surviennent, et s'annoncent cette fois par de l'inappétence, un malaise général, une douleur fixe dans le rein gauche, qui cessa brusquement, et fut remplacée par de la dysurie. Il urine vingt fois par heure quelques gouttes seulement qu'il lui est impossible de retenir, qui brûlent le canal en passant, sont très-chargées de mucus et *teintes de sang*. Il n'est guère possible de méconnaître la présence d'un corps étranger dans la vessie, mais le malade ne veut pas se laisser sonder.

Dès qu'il se sent un peu mieux, il veut partir, mais il sera toujours sous le coup de nouvelles crises tant que le calcul ne sera pas expulsé.

J'ai appris depuis que les accidents s'étant renouvelés, le malade se décida à subir le cathétérisme, qui permit de constater un petit calcul qui fut broyé.

Le mécanisme de ces crises est facile à comprendre, et en faisant usage d'eau de la nature de celles de Vittel les accidents auront plus de tendance à s'aggraver qu'à se calmer; nous ne tarderons pas à dire pourquoi.

OBS. V. — M. L..., âgé de soixante-dix ans, goutteux depuis vingt-cinq ans, atteint de dysurie depuis dix-huit mois. Au début de la goutte, des accès ont été assez fréquents; il en eut pendant quelque temps deux par an qui duraient de quinze jours à un mois sans jamais quitter les pieds; depuis lors les accès sont plus rares et durent moins longtemps. N'a jamais vu dans ses urines ni sable, ni gravier. Depuis dix-huit mois il éprouve une certaine difficulté pour uriner; les besoins sont instantanés et pressants, le jet est bifurqué, il existe une sensation de pression au col de la vessie; on n'a constaté à aucune époque de sang dans les urines; les besoins d'uriner se renouvellent deux ou trois fois par nuit; la vessie ne se vide pas complétement. Il existe des hémorrhoïdes externes non fluentes, de la constipation qui a duré jusqu'à huit jours, M. L... n'a jamais eu d'affection de l'urèthre.

M. L... n'a jamais eu l'habitude de retenir ses urines outre mesure, il urine dès qu'il en sent le besoin; cependant si ce besoin n'est pas immédiatement satisfait, quelques gouttes s'écoulent involontairemant; le toucher rectal ne révèle rien du côté de la prostate; il n'y a pas à songer à des rétrécissements, ni spasmodiques, ni organiques; rien ne presse, le malade ne veut pas entendre parler de sonde. J'attendis donc, pour poser le diagnostic, que l'usage de l'eau vînt faire surgir quelque symptôme susceptible de m'éclairer.

Le traitement ne dura que onze jours, encore fut-il interrompu à plusieurs reprises à cause de l'excitation trop vive qui survint. En effet, il se manifesta des douleurs dans le bas-ventre, les difficultés d'uriner augmentèrent au point de faire craindre une rétention complète; la nuit, au contraire, il y avait une légère incontinence suffisante pour mouiller la chemise du malade. Je trouvai dans le vase de nuit quelques débris de fibrine très-légèrement striée de sang; je ne trouvai point de globules au microscope; les urines restèrent constamment limpides, sans sucre ni albumine. Malgré mes instances pour se laisser sonder, le malade ne voulut jamais y consentir; mais j'ai appris depuis, par son fils, que la sonde avait été introduite, et qu'on avait découvert un petit calcul.

En examinant la collection de graviers que je possède, et dont le nombre atteint près d'une centaine, on est tout d'abord frappé d'un aspect général qu'ils présentent indistinctement, à une seule exception près, et encore cette exception provient-elle d'un seul et unique malade qui m'a laissé sept à huit cents échantillons de ses carrières rénales.

Tous ces graviers sont *rugueux*, *creusés de vacuoles*, *corrodés*, anguleux, hérissés d'aspérités, offrant les formes les plus bizarres, mais toujours très-irrégulières. Leur volume est assez variable, et nullement en rapport avec les douleurs provoquées par leurs migrations. Tel calcul petit, mais armé de pointes et de crochets, déterminera par son passage des douleurs et une hémorrhagie que tel autre, beaucoup plus gros, mais lisse et arrondi, ne produira nullement. Du reste, leur situation dans le rein est très-différente dans ces deux cas. Il peut exister dans le rein un ou plusieurs calculs d'un volume variable, adhérents ou libres. S'il est adhérent, un traitement approprié, l'influence des eaux de Vittel surtout ou de leurs analogues, auront pour effet de provoquer sa chute dans l'uretère, mais après avoir préalablement rompu les adhérences qui le retiennent, et en provoquant un écoulement de sang qui part du rein, et plus tard se continue par les éraillements de la muqueuse de l'uretère; en même temps le gravier, et ce phénomène marche parallèlement à son élimination, se creuse de cavités, quelques grains s'en détachent et sont retrouvés dans l'urine. Le gravier diminue réellement de volume, ce qui a fait dire que certaines eaux minérales ont la propriété de dissoudre les calculs; on devrait dire plutôt qu'elles les désagrégent, qu'elles les fragmentent, et rendent plus facile leur passage par des voies naturellement étroites. Les éléments lithiques d'un gravier, d'un calcul, sont unis entre eux par une substance protéique, par de l'albumine condensée, qui joue le rôle de ciment. Certaines eaux, et celles de Vittel sont du nombre, ont pour effet de dissoudre cet élément plastique, et de rendre libres, par conséquent, les éléments pierreux qui constituent le calcul. De là l'efficacité de nos eaux dans tous les cas où la fibrine et l'albumine jouent un rôle pathologique, comme les catarrhes en général.

A mesure que les différentes parties constitutives d'un gravier se dissocient, elles sont entraînées; mais arrive un moment où le gravier détaché en masse et libre tombe dans l'uretère; si son volume lui permet de s'engager dans cette étroite filière, il cheminera en éraillant la muqueuse et donnant lieu à une hémorrhagie; les douleurs seront vives, et dureront plus ou moins longtemps; puis, une fois le corps étranger arrivé dans la vessie, les douleurs cessent tout à coup. Dans d'autres cas, les graviers sont libres; alors ils sont généralement ronds, lisses, quelquefois avec des facettes, mais sans angles très-aigus, ni crochets. Ils peuvent être nombreux et volumineux : témoin le cas inédit d'un vétérinaire militaire mort il y a une dizaine d'années à l'hôpital militaire de Valen-

---

rel de ceux de l'ordre surnaturel, et cette distinction éclaircit bien des obscurités.

Ainsi que la théologie, la médecine a souvent à s'occuper de faits qui touchent de près à l'ordre surnaturel. On aura beau bâtir des systèmes, grossir la lentille des microscopes, il y aura toujours dans la physiologie, dans certains états pathologiques et dans l'action des substances médicamenteuses, des questions insolubles pour le chimiste comme pour le mécanicien.

La science de la vie, c'est ainsi que j'aime à définir la médecine, la science de la vie, dis-je, est forcée de s'occuper de ces questions obscures; jamais sans doute elle ne les résoudra complétement, mais elle peut du moins les éclaircir.

Pour arriver à ce but, l'étude des fonctions est plus utile encore que celle des organes; mais elle doit être complétée par celle de l'action des substances médicamenteuses sur l'homme malade comme sur l'homme sain. La vieille médecine s'en était occupée, peut-être avec plus de foi dans le *quid divinum* et les qualités occultes que de sage critique et de discernement; cependant il n'est pas sans intérêt de jeter de temps en temps un coup d'œil rétrospectif sur ces travaux du passé. On y rencontre des réminiscences des alchimistes et des rose-croix. La plupart des formules bizarres et compliquées qui se trouvent dans les bouquins et les manuscrits ont été dérobées, disent leurs auteurs, aux secrets des adeptes. Le premier révélateur fut sans doute un grand coupable; mais le crime a été commis il y a bien longtemps, et il faut espérer que les rose-croix, s'ils existent encore, nous pardonneront une courte incursion dans leurs domaines. J'invite donc les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE à un petit voyage dans les régions de la vieille médecine et de la polypharmacie; mais ce ne sera pas sans avoir réclamé leur indulgence pour l'article suivant, qui va aborder des questions en dehors de toutes les habitudes de la science contemporaine.

VICOMTE DE LAPASSE.

(La suite à un prochain numéro.)

ciennes; on lui trouva dans chaque rein cinq ou six pierres, dont la plus petite était de la taille d'un pois, à facettes lisses, non anguleuses; d'autres avaient le volume d'une noisette. Quand leur volume n'excède pas d'une manière démesurée le calibre des uretères, ils s'y engagent et les parcourent sans grande difficulté, quelquefois même à l'insu du malade. Ainsi, il y a quelques années, un pharmacien venu à Vittel pour la gravelle rendait des graviers avec tant de facilité, qu'il était dans un grand étonnement quand je lui présentais de ses produits ramassés dans sa baignoire, et parmi ses graviers, tous formés d'acide urique à couches plus ou moins foncées, il y en avait quelques-uns du volume d'un fort pois.

Ce qui se passe dans les reins sur de petites concrétions pierreuses, se passe dans la vessie sur des calculs d'un volume plus considérable. J'ai dit que l'action intime de l'eau sur un calcul est d'en dissocier les éléments par suite de la destruction du connectif muqueux, qui entre toujours pour une part considérable dans leur constitution; or, cet effet se produit sur un calcul renfermé dans la vessie comme sur un gravier renfermé dans le rein. Si la pierre, par suite du dépôt successif de nouvelles couches uriques, oxaliques ou phosphatiques, revêt un aspect plus ou moins régulier, et acquiert une surface lisse et polie, ce qui est le cas le plus général, elle ne tardera pas à perdre cet aspect dès que le malade fera usage d'une eau appropriée. Une pierre, même volumineuse, mais à surface unie, peut rester un temps relativement long dans la vessie sans occasionner d'accidents bien graves; mais dès que sa surface deviendra rugueuse, anguleuse, que les mucosités protectrices qui la recouvrent viendront à disparaître, et leur source se tarir, les choses se passeront tout autrement. Toutes choses égales d'ailleurs, un calcul lisse, poli, sera donc moins dangereux pour la vessie qu'un calcul anguleux; mais un autre phénomène vient encore augmenter le danger de ces derniers, c'est l'énergie nouvelle qu'acquiert la vessie sous l'influence du traitement hydro-minéral en question. L'activité fonctionnelle générale augmente, et celle de la vessie plus encore que de tout autre organe; ses contractions deviennent plus énergiques; ses parois, s'appliquant plus rudement sur le corps rugueux qu'elle renferme, sont déchirées, éraillées; les douleurs augmentent, il y a des hémorrhagies; l'inflammation survient avec toutes ses conséquences.

Chaque fois donc que dans le cours d'une affection vésicale il survient, pendant l'usage de l'eau, quelque aggravation dans les symptômes, et qu'il apparaît du sang ou des caillots fibrineux plus ou moins décolorés dans l'urine, il faut insister pour une exploration directe; rarement la vertu révélatrice de l'eau de Vittel se trouvera en défaut. Ceci s'applique, bien entendu, aux malades qui, par crainte de la sonde, ou par tout autre motif, n'ont pu consentir tout d'abord à se laisser sonder.

Mais, dans les cas de calcul constaté, il y a contre-indication formelle à faire usage de l'eau de Vittel. Là ne se borne pas, en fait de pierres vésicales, l'efficacité de nos eaux.

Un calcul extrait de la vessie ne met pas le patient, parce qu'il a subi une opération tout heureuse qu'on la suppose, à l'abri d'une récidive.

La plupart des calculs vésicaux ont pour origine un gravier descendu des reins; il importe que ce rudiment de pierre ne séjourne pas longtemps dans le réservoir urinaire; il importerait même davantage qu'il ne s'en formât plus dans les reins, d'où la nécessité de combattre la gravelle et d'expulser le plus promptement possible tout corps étranger, rénal ou autre, qui a pénétré dans la vessie; de plus, la lithotritie, plus particulièrement que la taille, laisse dans les organes des traces souvent trop visibles d'opération, comme de l'irritation et surtout du catarrhe, de la purulence des urines : or, nos eaux sont précisément appropriées au traitement de ces différents états.

Si l'on y ajoute la débilité profonde que les souffrances des sécrétions pathologiques anciennes et abondantes laissent à leur suite, ainsi que le délabrement des fonctions gastriques, nous aurons la mesure de l'urgence de l'emploi de nos eaux après une opération de pierre.

De ce qui précède nous pouvons tirer les conclusions suivantes : 1° L'emploi des eaux de Vittel produit des résultats remarquables dans les cas de calculs vésicaux latents; 2° elles doivent être conseillées dans la gravelle et après les opérations de pierre; 3° elles sont contre-indiquées dans les cas de calcul confirmé; et, de plus, leur emploi n'est pas restreint au traitement de la lithiase des voies urinaires.

Anatomie pathologique.

TUMEUR DU MÉSENTÈRE. — CIRRHOSE. — ASCITE. — MORT. — AUTOPSIE; par M. VICTOR DUHAMEL.

La rareté des tumeurs du mésentère n'est contestée par personne; il y a donc toujours un certain intérêt à publier les faits de cette espèce qui se présentent à l'observation. Celui que je vais exposer est remarquable à plus d'un titre; il est entouré de détails nombreux et précis, et sa nature a pu être déterminée d'une manière assez exacte pour ne laisser aucun doute dans l'esprit du lecteur.

Voici l'observation, telle que je l'ai recueillie dans le service de M. le docteur Beau.

OBS. — Barilhier, âgé de cinquante-quatre ans, entra à l'hôpital de la Charité le 13 avril 1863; couché salle Saint-Louis, n° 15.

Né à Mayenne; à Paris depuis 1842; de quatorze à vingt ans, peintre en bâtiments; de vingt à vingt-six ans, soldat; de vingt-six à trente-deux ans, surveillant de travaux de terrassements; entra ensuite comme peintre à l'administration du chemin de fer du Nord; depuis quatre ans, placier pour modes.

Pendant son service militaire, il coucha plusieurs mois sous la tente, le long des frontières. Il a toujours habité des logements sains et aérés.

Jusqu'à l'âge de cinquante ans, excès alcooliques trois à quatre fois par mois, quelquefois moins, quelquefois plus, souvent poussés jusqu'à l'ivresse. Il buvait ordinairement deux litres de vin rouge par jour; peu d'eau-de-vie, un seul verre chaque matin. Depuis quatre ans il ne s'enivre plus et s'en tient à une bouteille de vin pour ses deux repas. Nourriture toujours suffisante et de bonne qualité. Jamais de misère.

Son père est mort à l'âge de soixante-douze ans et sa mère à quatre-vingts; il ne sait pas de quelle maladie. Il a encore trois frères bien portants et en a perdu quatre : l'un est mort à trente-six ans, d'une pleuropneumonie; deux autres ont été tués accidentellement; il ignore le sort du quatrième.

Jamais d'accidents saturnins; non vacciné, il a eu la petite vérole à six ans. Il ne se rappelle pas avoir été malade dans son enfance; pas de traces d'affection strumeuse, soit ancienne, soit récente. A l'âge de vingt-sept ans, il eut une fièvre intermittente qui dura six semaines, mais ne l'empêcha pas de travailler; les accès revenaient tous les deux jours; il s'en guérit avec du sulfate de quinine. Dans le courant de l'hiver 1862-1863, quelques douleurs rhumatismales dans les deux jambes, qui ne l'obligèrent pas à garder le lit. Pas d'autre maladie.

Dans le mois de décembre 1862, ce malade commença à sentir, au niveau de l'umbilic, une grosseur dure, flottante, qui lui parut avoir alors le volume d'une grosse pomme. Mais comme cette tumeur n'était ni douloureuse, ni gênante, et que, d'ailleurs, l'état général de la santé était en apparence parfait, il n'y fit d'abord aucune attention.

Au commencement de janvier 1863, il ressentit pour la première fois quelques douleurs sourdes dans le ventre, surtout à droite. A partir de cette époque, les forces et l'embonpoint diminuèrent progressivement; le sommeil se perdit; il y avait quelquefois un peu de fièvre le soir; ni vomissements, ni diarrhée, ni constipation. Nonobstant ces symptômes, l'appétit, sensiblement moindre qu'autrefois, était encore assez bien conservé, et la digestion des aliments, en apparence les plus indigestes, continuait à se faire facilement.

Pendant deux mois, cet état de choses persista sans autres changements. Au mois de mars, la transpiration des pieds, qui jusque-là avait toujours été assez forte pour nécessiter chaque jour l'emploi de deux ou trois paires de chaussettes, se supprima brusquement. Vers cette époque aussi, inquiet de voir le volume de son ventre s'accroître, alors que l'amaigrissement et la faiblesse faisaient d'assez rapides progrès, cet homme entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gueneau de Mussy. On employa d'abord des pommades en frictions sur le ventre, et quelques

jours plus tard on pratiqua la paracentèse dans la fosse iliaque druite; on retira environ quinze litres de liquide jaune pâle, transparent. Un mieux apparent suivit l'opération, et le malade se croyant guéri, quittait l'hôpital le 6 avril, quinze jours après son admission.

Quatre jours plus tard, le ventre était déjà très-volumineux. Tout travail était devenu pénible, toute course impossible. Le 12 avril au soir, frissons suivis de chaleur et d'une sueur abondante qui dura plusieurs heures; absence de toute céphalalgie; quelques douleurs lombaires.

Le 13 avril, le malade entre à la Charité.

Etat le 14 au matin. — Décubitus sur le côté droit; c'est le seul possible. Ce malade dit avoir été très-vigoureux et même obèse avant sa maladie. Il mesurait l'an dernier un mètre de circonférence, et pesait 72 kilogrammes. Actuellement, il jouit encore d'un embonpoint assez considérable, malgré son amaigrissement relatif; les masses musculaires sont volumineuses, fermes, résistantes, et le tissu cellulaire souscutané renferme une couche notable de tissu adipeux. Taille au-dessus de la moyenne; cheveux et barbe châtain foncé; à peine quelques poils grisonnants; système pileux peu développé; yeux bleus; dents assez belles et à peu près complètes; la peau de tout le corps est d'un blanc pâle; les joues sont très-légèrement colorées, les lèvres rouges ainsi que les gencives; sclérotiques d'un blanc bleuâtre; pas d'œdème de la face ni des extrémités inférieures.

La revue des appareils de la respiration et de la circulation ne révèle rien d'anormal qu'une faiblesse extrême du pouls, qui est à 108. Le nombre des inspirations est de 32 par minute.

Langue recouverte d'un enduit grisâtre assez épais, adhérent; elle est sèche, rouge à la pointe et sur les bords, avec papilles dépouillées de leur épithélium vers la base. Bouche pâteuse, sans amertume; soif vive; appétit beaucoup diminué; cependant tous les aliments sont également bien supportés, mais le malade paraît donner la préférence aux pommes de terre, aux choux, aux soupes épaisses, aux mets sucrés surtout, et montre une grande répugnance pour la viande. Aucun malaise après les repas; déglutition facile. Depuis environ deux mois, ténesme extrêmement fréquent au rectum et à la vessie. Ordinairement, deux ou trois selles chaque jour, demi-liquides, rendues sans coliques. La miction est peu abondante et s'accompagne toujours d'un sentiment de chaleur au bout de la verge. L'urine est rougeâtre, acide; celle qui a été rendue tout à l'heure tient en suspension quelques flocons très-légers; limpide tant qu'elle est chaude, elle laisse déposer, en se refroidissant, une matière adhérente au vase, et qui ressemble à de la brique pilée. L'acide azotique et la chaleur ne donnent lieu à aucun précipité.

Ventre extrêmement volumineux, de forme globuleuse, sans saillie remarquable de l'ombilic; il est rénitent et se laisse difficilement déprimer. La peau ne présente pas d'éraillures; elle est blanche, luisante, sans dilatation apparente des veines qui rampent dans les parois sous-jacentes. Fluctuation très-appréciable. La percussion donne un son mat partout, excepté à la partie supérieure où il est clair. Dans son plus grand développement, à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic, l'abdomen mesure 108 centimètres; de l'ombilic à l'épine du pubis, on trouve 16 centimètres. Douleurs sourdes, faibles, mais continues au niveau de l'ombilic et dans les lombes.

L'énorme développement du ventre ne permet pas de limiter le foie en bas. La matité de cet organe à la percussion en haut remonte jusqu'à 1 centimètre au-dessous du mamelon; il n'y existe pas de douleurs spontanées; la pression et la percussion n'en réveillent aucune.

Ni céphalalgie, ni étourdissements; fonctions cérébrales intactes. Le malade se plaint de la vue, qui est beaucoup moins nette qu'autrefois : les objets qu'il regarde lui paraissent toujours comme enveloppés d'un léger brouillard.

La peau n'est pas sèche et la chaleur des extrémités est conservée.

Du 15 au 17, les choses restent en cet état, si ce n'est le volume du ventre qui augmente. Le malade demande la ponction avec insistance.

Le 18, le ventre mesure 114 centimètres dans la partie la plus développée, et 17 centimètres de l'ombilic à l'épine du pubis. La peau est luisante, un peu éraillée en deux ou trois endroits; la fluctuation considérable. Le pouls est très-petit, régulier, à 110. Soif vive; inappétence; ténesme du rectum et de la vessie; pas d'œdème des membres; pas de dyspnée : 36 inspirations par minute.

On pratique la ponction dans la fosse iliaque gauche, à 3 ou 4 centimètres au-dessus du ligament de Fallope. Il s'écoule 10 kilogrammes de liquide jaune pâle, transparent, dans lequel nagent quelques flocons fins et extrêmement déliés. Traité à froid par l'acide azotique, ce liquide donne un abondant dépôt d'albumine. Pas de syncope pendant tout le temps que dure l'opération, et le pouls augmente à peine de force, non de fréquence; le malade n'accuse qu'un peu de lassitude. La plaie est recouverte d'un petit morceau de sparadrap agglutinatif, et l'on applique sur la région ombilicale un bandage de corps destiné à exercer une compression modérée.

Après l'écoulement, l'examen de l'abdomen fournit les résultats suivants : Parois flasques, souples; pression indolore. La mensuration donne 103 centimètres de circonférence et 16 centimètres de l'épine à l'ombilic. Le bord tranchant du foie ne dépasse pas le rebord cartilagineux des fausses côtes et s'étend en ligne droite jusqu'à deux travers de doigt à gauche de l'appendice xiphoïde. En parcourant ce bord avec la pulpe des doigts, on a la sensation d'une surface parfaitement lisse. En haut, cet organe remonte presque au niveau du mamelon. La pression de cette région hépatique ne produit pas de douleur; la percussion y est un peu sensible.

A l'ombilic, un peu au-dessus et jusqu'à 10 centimètres au-dessous, on sent facilement une tumeur, ou plutôt plusieurs tumeurs dures, marronnées, comme soudées entre elles, indolentes, peu mobiles, s'étendant moins à droite qu'à gauche, où on les peut suivre jusqu'au milieu de la fosse iliaque. Le plus volumineux de ces corps se trouve au niveau même de l'ombilic; leur masse totale est celle d'une tête d'adulte.

M. Beau, en constatant la présence de la tumeur, diagnostique en même temps une cirrhose. (Prescription : 2 grammes iodure de potassium chaque jour; aliments *ad libitum*; vin de quinquina et de Bordeaux.)

Du 19 au 27. Pendant cet intervalle, même état de la circulation et des voies digestives. Persistance du ténesme au rectum et à la vessie. L'amaigrissement s'est accru d'une manière sensible, mais la chaleur générale n'est pas manifestement diminuée. De temps en temps, douleurs sourdes à l'ombilic et dans la région lombaire.

Le 27, le ventre est énorme; il mesure 115 centimètres d'une part et 17 de l'autre. Les envies d'uriner et d'aller à la garderobe ont augmenté de fréquence. On fait une nouvelle ponction dans le voisinage de la précédente, et l'on retire 9 kilogrammes de liquide en tout semblable au premier.

Le 30, cette nuit, une selle composée de matières glaireuses, fortement teintes de sang. Les membres inférieurs, les mollets principalement, sont le siége de douleurs extrêmement vives, s'étendant dans toute leur longueur, augmentant par la pression et les mouvements; on n'y trouve pas trace d'œdème.

Du 1er au 10 mai, même état général. Dégoût complet d'aliments. Le 3, cinq ou six selles diarrhéiques, verdâtres, d'odeur fétide. Le 4, les envies d'uriner avaient été fréquentes, et quand après vingt heures de ténesme vésical, on dut introduire la sonde, on ne retira qu'une très-petite quantité d'urine. Le 5, la diarrhée avait complétement disparu.

Le 11, mensuration du ventre : 112 centimètres dans sa plus grande circonférence, et 16 centimètres de l'ombilic à l'épine du pubis. La face est blême; les lèvres et la muqueuse buccale sont assez colorées. Langue rouge, râpeuse, sèche. Soif peu intense. Appétit très-faible. Une selle cette nuit. Ténesme rectal et vésical. Pouls très-petit, régulier, 114. Douleurs sourdes, continues, dans l'abdomen; celles des jambes un peu diminuées. Pas de céphalalgie ni de dyspnée; 36 inspirations par minute. Intelligence intacte.

Trois heures après la visite, le malade fut pris subitement d'une dyspnée intense. L'interne de garde, appelé immédiatement, fit la paracentèse et retira 8 kilogrammes de liquide teint en jaune, un peu trouble, d'une odeur forte et nauséeuse. Un mieux sensible suivit l'opération. A la visite du soir, le malade était calme, la respiration normale et le pouls régulier. Vers minuit survint un deuxième accès de dyspnée plus considérable que le premier. Pendant au moins deux heures, l'agitation fut extrême; il y eut du délire qui nécessita l'emploi de la camisole de force, et cet homme mourut à deux heures du matin, en proie à des symptômes de suffocation.

Autopsie, trente heures après la mort, à huit heures du matin, par un temps chaud, un peu orageux.

Etat extérieur. — Roideur cadavérique nulle. La coloration générale du corps est d'un blanc mat, excepté à la région thoracique gauche, qui présente une teinte un peu verdâtre. Pas d'ecchymoses. Embonpoint encore prononcé. Pas d'infiltration œdémateuse.

Encéphale. — Le cerveau ne présente rien de remarquable à l'extérieur; ses veines superficielles sont un peu plus injectées qu'à l'état ordinaire.

Teinte opaline de l'arachnoïde; sa surface est lisse et polie.

Pie-mère intacte. Dans la toile choroïdienne, au niveau de la courbure des cornes d'Ammon, on trouve de chaque côté un kyste séreux, de la grosseur d'un petit haricot, de forme allongée, celui du ventricule droit notablement plus volumineux que celui du ventricule gauche. Leur poche est pluriloculaire, parcourue de fines arborisations vasculaires; le contenu est un liquide séro-albumineux un peu louche. Dans chaque ventricule, deux cuillerées à café de sérosité limpide, transparente.

Toute la masse encéphalique, coupée tranche par tranche, ne fait découvrir aucun ramollissement, aucune induration des substances blanche et grise. Sa coloration est naturelle; on y remarque seulement un

piqueté plus considérable à la partie supérieure des lobes qu'à la partie inférieure.

La moelle n'a pas été examinée.

Cavité thoracique. — Pas d'épanchement. Des adhérences en assez grand nombre unissent les deux feuillets de la plèvre en arrière et en avant. Les poumons ne sont le siége d'aucune altération, excepté le droit dans une petite étendue de sa base. A ce niveau, son parenchyme a subi un commencement d'hépatisation, et les adhérences avec la plèvre pariétale y sont plus nombreuses qu'ailleurs. A la déchirure et à la pression il s'en écoule une petite quantité de liquide brunâtre, épais. Muqueuse bronchique et trachéale assez fortement injectée.

Le péricarde est sain ; il ne contient pas de liquide. Le cœur est ferme, peu volumineux; aucun de ses orifices ne présente de lésion. Le ventricule gauche contient un petit caillot fibrineux, terminé par un pédicule très-allongé. Le cœur droit est rempli d'un sang brun foncé, fluide. On y trouve un caillot volumineux, décoloré, dense, élastique, situé à l'orifice auriculo-ventriculaire. Ce caillot envoie un prolongement de 7 centimètres dans l'artère pulmonaire ; sa portion ventriculaire est intriquée dans les colonnes charnues du ventricule au moyen de cinq petits appendices ; la partie qui remonte dans l'oreillette est flottante.

L'aorte laisse écouler une petite quantité de sang liquide, dans lequel nage un caillot demi-fibrineux, de la grosseur d'une plume d'oie, long de 5 centimètres, bifurqué à l'une de ses extrémités.

Cavité abdominale. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un liquide trouble, jaune verdâtre, d'une odeur fade et nauséabonde, et dont la quantité peut être évaluée à 200 ou 300 grammes. Les deux feuillets du péritoine sont libres d'adhérences entre eux.

La partie flottante du grand épiploon est repliée sur elle-même et recouvre tout le côlon transverse, ainsi que la moitié inférieure de la paroi antérieure de l'estomac, mais sans adhérences avec ces deux organes. Son aspect est naturel ; il est peu chargé de graisse et ses ganglions ne présentent pas la moindre trace d'altération.

Le volume, les rapports et la position de l'estomac sont normaux. Il est d'un blanc opaque à l'extérieur ; il contient environ 150 grammes d'un liquide trouble, brunâtre, peu épais, au milieu duquel nagent quelques aliments à demi digérés ; ses parois ont une épaisseur naturelle et égale dans les diverses régions. La muqueuse est fauve, d'une consistance et d'une épaisseur naturelles ; on en détache facilement des lambeaux dont les plus grands ont 19 à 20 millimètres. Rien de remarquable dans le tissu sous-muqueux.

Toute la portion de l'intestin grêle qui n'adhère pas à la tumeur conserve son volume ordinaire et renferme une assez grande quantité de liquide jaune mêlé de mucosités ; sa muqueuse est blanchâtre, ferme. La séreuse a une teinte générale de pelure d'oignon ; elle est couverte d'une riche arborisation vasculaire.

Le gros intestin a conservé ses dimensions normales, à l'exception du côlon transverse, qui est très-distendu par des gaz ; sa muqueuse ne paraît avoir subi ni ramollissement, ni épaississement ; il contient une quantité médiocre de matière fécale jaune, demi-liquide. La tunique séreuse est, comme celle de l'intestin grêle, fortement arborisée dans toute son étendue.

Le foie ne déborde pas le rebord des fausses côtes, il est libre de toute adhérence anormale. Sa face convexe mesure 28 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur, et 30 dans son diamètre transversal ; elle présente, à droite du ligament suspenseur, une bosselure assez considérable ; du reste, elle est lisse partout. Le tissu de cet organe a une coloration uniforme d'un jaune chamois ; son aspect est granité, à une seule espèce de grain ; il est exsangue, crie sous le scalpel et offre une grande résistance à la déchirure ainsi qu'à la pression du doigt. La vésicule, accidentellement déchirée, contenait une bile dont je ne puis donner ni la quantité ni les caractères ; ses parois, comme ceux des conduits biliaires, ne se font remarquer par rien de particulier.

Le pancréas est d'un rouge livide peu intense, de volume normal ; son tissu n'est pas altéré.

La rate a 18 centimètres de hauteur oblique et 10 centimètres de largeur ; elle crie faiblement sous le doigt ; sa couleur extérieure est d'un gris bleuâtre assez uniforme. L'intérieur est d'une couleur rouge brun foncé ; le tissu en est très-mou et le doigt s'y enfonce sans efforts ; il s'en écoule un liquide boueux, très-abondant.

Le rein droit a 14 centimètres de haut en bas, le gauche 15 ; ils ne sont pas recouverts de tissu adipeux ; leur coloration est rouge-brun, un peu plus foncée à l'intérieur qu'à l'extérieur ; rien de particulier dans les bassinets ni dans les uretères.

La vessie contient une petite quantité d'urine (environ 60 grammes) trouble, rougeâtre ; sa muqueuse offre à peine quelques traces d'injection.

Les ganglions aux régions inguino-crurales sont intacts.

Quelques dilatations variqueuses à la marge de l'anus, réunies en une sorte de bourrelet.

Examen de la tumeur. — Sa forme est globuleuse, irrégulièrement mamelonnée, aplatie d'avant en arrière ; elle mesure 20 centimètres de haut en bas et autant transversalement ; elle pèse près de 1000 grammes ; sa coloration générale est d'un blanc légèrement rosé, uniforme dans toute son étendue ; sa consistance est ferme, élastique ; le tissu ne se laisse pas déchirer, il crie sous le scalpel qui le divise difficilement ; comprimé entre les doigts, il ne laisse écouler aucun liquide, mais en le raclant avec le scalpel, la lame de l'instrument se recouvre de quelques gouttes d'un suc trouble et blanchâtre.

Dans une coupe verticale, on découvre un certain nombre de branches artérielles (mésentériques) qui ont conservé au milieu de la tumeur leur calibre, leur consistance et leur structure normales.

Point de traces apparentes des ganglions mésentériques.

La portion de l'intestin qui correspond à la tumeur appartient à la première partie de l'iléon ; elle forme à sa surface quatre circonvolutions adhérentes entre elles et fixées sur la tumeur par une substance qui ne diffère en rien de celle-ci. A part cette immobilité, elle n'offre à l'extérieur rien de particulier. Mesurée sur son bord convexe, elle a une longueur de 112 centimètres environ. Ouverte en place et dans toute son étendue, toute cette portion intestinale laisse écouler une petite quantité de liquide semblable à celui trouvé dans le duodénum. On y découvre, dans sept points différents, des places où les membranes de l'intestin ont complétement disparu. Ces sortes de solutions de continuité, de formes inégales, généralement oblongues, variables en étendue de 1 à 4 centimètres, ayant toutes leur siége au bord adhérent de l'intestin, reposent sur un fond qui contraste, par sa coloration plus pâle, avec le reste de la muqueuse intestinale, et qui est manifestement formé par du tissu identique avec celui de la tumeur dont il est d'ailleurs la continuation. Ce fond est lisse, poli, difficile à entamer par le scalpel. Aux limites de cette perte de substance, on n'observe aucun décollement de la muqueuse intestinale, ni de coloration particulière de cette membrane, qui, dans le reste de son étendue, ne présente rien de particulier. Les bords sont nettement coupés au pourtour des parties lésées, et les valvules conniventes s'y arrêtent brusquement. Enfin, dans toute cette portion de l'iléon, le tissu morbide remonte sur les deux côtés de l'intestin de manière à l'envahir dans un tiers environ de sa circonférence. Dans aucun point, le calibre intestinal ne paraît diminué.

Une dernière recherche restait à faire. M. le professeur Robin, juge si compétent en analyse microscopique, a bien voulu examiner cette tumeur, et il y a reconnu une hypertrophie générale des ganglions lymphatiques avec prédominance de l'élément fibreux.

Réflexions. — Il y a, dans le fait qui précède, des lésions appartenant à deux maladies différentes : d'un côté la cirrhose, de l'autre la tumeur mésentérique. A la cirrhose, il faut reporter la majorité, sinon la totalité des troubles fonctionnels observés pendant la vie et dont l'affection hépatique rend suffisamment compte : tels sont, l'ascite, l'état fébrile, la diminution considérable de l'appétit, le dépôt sédimenteux de l'urine, etc. Quant à ce qui concerne la tumeur dont le malade paraît avoir constaté lui-même la présence au mois de décembre dernier, ce n'est que trois mois plus tard qu'il accuse quelques douleurs sourdes, peu considérables, au niveau de l'ombilic et s'irradiant vers la région lombaire. Après chaque ponction à l'hôpital, on a pu exercer des pressions nombreuses et répétées sur la tumeur à travers la paroi abdominale sans déterminer la moindre sensation pénible. Vingt-neuf jours après son admission à la Charité, la mort survient d'une manière brusque et imprévue. A cette époque, l'amaigrissement était peu considérable ; la coloration des lèvres et de la muqueuse buccale était encore assez vive ; la face et le corps présentaient une teinte d'un blanc pâle, mais nullement jaune ou terreux.

De ce rapprochement ou, si l'on veut, de cet examen comparatif, il résulte que la tumeur ne paraît pas avoir exercé d'action marquée sur l'état général, ni sur aucune fonction en particulier. On ne saurait donc la ranger parmi celles qui, comme le cancer, sont l'effet ou la cause d'une diathèse spécifique. Ce genre de preuve m'a paru devoir être ajouté à ce que l'examen microscopique a constaté, et ce ne serait peut-être pas en exagérer l'importance en disant que, rapprochées des caractères physiques, ces preuves suffisent à établir la nature non cancéreuse de la tumeur.

Je ne terminerai pas ces quelques réflexions sans faire

observer le rôle tout mécanique qu'a exercé la tumeur sur tous les organes avec lesquels elle a été en contact. Les altérations que j'ai signalées dans l'intestin grêle ne sont certainement pas celles que détermine la présence d'une affection cancéreuse.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1er JUIN 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

PHYSIOLOGIE. — *Note sur l'infection purulente*, par M. *Flourens*. — M. Flourens, après avoir rappelé que, dans tous les cas qu'il a précédemment étudiés, le pus a agi comme *virus* ou comme *poison*, se demande s'il en serait de même de toute qualité de pus; en d'autres termes, s'il est nécessaire que le pus soit altéré par l'air pour être virulent.

Ayant introduit dans l'organisme de divers animaux du pus contenu dans une poche kystique et soigneusement abrité du contact de l'air, il a vu tous les chiens inoculés mourir au bout d'un temps plus ou moins court, comme les chiens inoculés avec du pus altéré par l'air.

Il en conclut que le *pus* a une *virulence* propre, et indépendante de l'action de l'air.

L'HOMME FOSSILE. — *Nouvelles observations relatives à l'existence de l'homme pendant la période quaternaire*, note de M. *Hébert*, présentée par M. Serret. — L'auteur, s'appuyant sur des considérations géologiques, déclare que le terrain de Saint-Acheul, si riche en ossements d'*Elephas primigenius*, *Rhinoceros tichorhinus*, etc., est du diluvium *ancien;* que les silex taillés qu'on y trouve sont des œuvres de l'industrie humaine; qu'ils se trouvent dans le même dépôt que les ossements; que les débris de l'industrie humaine ont été enfouis en même temps que ceux des espèces perdues.

Cette question, ajoute M. Hébert, le point capital du débat, a été résolue affirmativement par tous ceux qui ont visité ces gisements. Le dépôt qui renferme ces débris étant recouvert par des assises diluviennes plus récentes, quoique antérieures au dernier creusement des vallées, leur intégrité et l'impossibilité de tout mélange postérieur sont, par cela même, démontrées.

S'il en est ainsi, y a-t-il moyen d'hésiter, et ne devons-nous pas considérer l'existence de l'homme, pendant la période quaternaire, comme l'un des faits aujourd'hui les mieux constatés?

GÉOLOGIE. — *Diluvium de la vallée de la Somme*, note de M. *F. Garrigou*, présentée par M. de Quatrefages. — L'auteur donne la description stratigraphique des coteaux de Saint-Acheul, d'Abbeville, de Moulin-Quignon, de Saint-Gilles et de Mancheeourt, qu'il a visités et étudiés récemment. Il décrit surtout avec soin les couches de la carrière de M. Denjean, à Moulin-Quignon, où a été découverte la mâchoire humaine, et il s'attache à démontrer que ces couches représentent fidèlement le terrain quaternaire, et appartiennent conséquemment à la période diluvienne.

— En recevant des mains de M. de Quatrefages la note de M. Garrigou, M. *Élie de Beaumont* rappelle que, dans les dernières séances, ainsi qu'il l'a positivement remarqué, il n'a pas parlé d'animaux, ni de Saint-Acheul, faubourg d'Amiens, mais *seulement de la carrière de Moulin-Quignon.*

PHYSIOLOGIE. — M. *Oré*, qui avait adressé au concours pour le prix de physiologie de 1863 des RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES, exprime le désir que son travail ne soit plus compris parmi les pièces de concours, mais puisse devenir l'objet d'un rapport spécial.

Le mémoire de M. Oré sera renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Milne Edwards, Velpeau et Longet.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 JUIN 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet des rapports d'eaux minérales, par MM. les docteurs *Payen*, *Peironnel*, *Goyrand*, *Lambron*, *Dehoey*, *Tripier*, *Marbotan*, *Gay*, *Cisseville*, et par MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales du département du Gers. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. les docteurs *Tarnier* et *Mattei*, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section d'accouchements. — *b*. Une lettre de M. le docteur *Landouzy*, accompagnant l'envoi d'une brochure sur l'*endémie pellagreuse sans maïs*. — c. Une note de M. le docteur *de Loplagne* sur la *prétendue contagion de la syphilis par la vaccination*. (*Comm.:* MM. Depaul et Ricord.)

M. *Bouillaud* offre en hommage, au nom de M. le docteur *Garrigou* (de Tarascon), un ouvrage sur les eaux sulfureuses d'Ax (Ariége), déjà favorablement cité par M. Tardieu dans son rapport annuel sur les eaux minérales.

La partie chimique et médicale, qui est de beaucoup la plus complète, est précédée d'un aperçu historique intéressant sur la vallée d'Ax.

Les études chimiques faites sur 78 griffons ont conduit l'auteur à donner comme températures extrêmes des sources 24 et 78 degrés centigrades, les degrés sulfhydrométriques variant entre 0gr,004 et 0gr,026 de sulfure de sodium par litre.

Un fait bien curieux et bien important, est que, si certaines sources perdent par le séjour en bouteilles et par le transport, d'autres gagnent, au contraire, jusqu'à 400 pour 100, tandis que quelques-unes restent ce qu'elles étaient au moment de l'embouteillage.

L'étude chimique de ces sources a été faite, pour les principales, sur 1 hectolitre d'eau, et, pour l'examen au spectroscope, M. Garrigou a fait évaporer jusqu'à 500 litres d'eau. Aussi ces analyses doivent-elles être regardées comme aussi exactes que possible.

Par ses observations sur les malades qu'il soigne à Ax et par celles des médecins qui l'y ont précédé, l'auteur arrive à prouver que les maladies traitées surtout avec avantage dans cette station thermale sont le rhumatisme chronique, la scrofule et les maladies de la peau, du moins un grand nombre d'entre elles. Le soin et la conscience qui ont présidé au travail que nous venons de mentionner sont une garantie d'exactitude pour les faits que M. le docteur Garrigou annonce dans son ouvrage.

M. Garrigou, ajoute M. Bouillaud, a été jusqu'ici le correspondant officieux de l'Académie, à laquelle il a envoyé quelques travaux importants. J'espère qu'un jour il deviendra son correspondant officiel, et je désire que ce temps ne soit pas bien éloigné.

M. *le Président* rend compte de la cérémonie des obsèques de M. Renault, à laquelle l'Académie était représentée par son bureau et par une députation de ses autres membres.

M. *Bouley* donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Renault.

Ce discours est accueilli par des marques unanimes de sympathie.

Lectures.

M. *Boudet*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports officiels dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *H. Bouley* lit un rapport officiel sur un mémoire de M. *Bévière*, relatif à la rage.

M. le rapporteur signale quelques erreurs contenues dans ce travail, notamment l'existence prétendue de la rage chez les cétacés et les oiseaux, que M. Bévière a admise sans preuves et trop à la légère. Il signale encore quelques lacunes importantes dans la description de l'affection rabique du chien, et il conclut en louant M. Bévière de sa bonne volonté, mais en ajoutant qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de crédit que ce vétérinaire a adressée au ministre dans le but d'imprimer son mémoire et de le répandre dans les campagnes.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

M. *Bouley* termine ensuite le rapport dont il a commencé la lecture dans la dernière séance. Il y joint une description détaillée de la rage canine, et des considérations pratiques sur les mesures hygiéniques et préventives que réclame cette redoutable maladie.

(Nous donnerons prochainement un extrait de cet important travail que M. Bouley doit mettre à notre disposition.)

Présentation.

M. *Bouillaud* met sous les yeux de l'Académie le cœur d'un malade mort dans son service à la Charité.

Cet homme, âgé de trente-neuf ans, tailleur, a eu une enfance maladive. Depuis l'âge de dix-huit ans, il a souffert de douleurs de nature rhumatismale, et consécutivement de palpitations et d'étouffements qui l'ont exempté du service militaire. Il entre à la Charité pour une affection paralytique généralisée. Sa femme ni lui ne se doutaient pas de l'existence d'une maladie du cœur.

Il présente du côté du cœur :

1° Un frémissement cataire dont le maximum d'intensité existe au niveau des insertions sternales des troisième et quatrième côtes gauches.

2° Un bruit de râpe et d'étrille qui a son maximum d'intensité dans les mêmes points que le frémissement vibratoire, et qui coïncide avec le premier temps;

3° Un piaulement à timbre argentin donnant l'idée d'un bruit de clochette, coïncidant avec le deuxième temps, lointain, et ne s'entendant qu'à la base du cœur.

Aucune trace de cyanose, d'œdème, d'hypérémie du foie ni de la rate.

L'autopsie révèle de nombreux vices de conformation du cœur :

1° Absence de la cloison interventriculaire, à la place de laquelle on trouve les cordes tendineuses des valves internes des valvules auriculo-ventriculaires droite et gauche. Les espaces à jour laissés par les cordes tendineuses sont en partie occupés par de la fibrine.

2° Insuffisance de l'orifice de l'artère pulmonaire, dont les valvules sont réunies sous forme d'un dé à coudre ouvert par ses deux bouts; dilatation de l'artère pulmonaire.

3° Deux valvules aortiques.

4° Direction à gauche de l'aorte à sa naissance du cœur; absence de croisement des artères pulmonaire et aorte, qui, jusqu'à la crosse de l'aorte, sont parallèles.

M. Bouillaud insiste sur l'absence de cyanose dans ce cas de communication si complète des cavités droites et gauches.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Société médicale des hôpitaux.

DE LA PELLAGRE DANS LE DÉPARTEMENT DE LA GIRONDE.

Suite et fin. — Voir le n° 22.

La question de l'alimentation par le maïs est traitée à fond par l'auteur et par le rapporteur, qui en donnent un historique complet. On sait que, pour les uns, le maïs, spécialement verdéramé, est la cause spécifique de la pellagre, et que, pour les autres, le maïs n'est qu'une cause prédisposante à titre d'aliment insuffisamment réparateur. C'est à ces derniers que se rallie M. Gintrac, d'après ce qu'il a observé dans la Gironde : d'une part, dans plusieurs localités où règne l'alimentation par le maïs (à la Teste, à Bazas), il n'y a pas de pellagre; d'autre part, cette maladie sévit avec intensité dans des régions où l'on ne consomme pas de maïs (dans le canton de Captieux, dans l'arrondissement de Castelnau).

M. Hillairet, rappelant les phases diverses qu'a subies la question, exonère d'abord de tout reproche le maïs non altéré, tel qu'il se consomme dans les pays fertiles; le maïs, même altéré par le parasite appelé *verderame* ou *verdet*, paraît aussi inoffensif dans les contrées où la population fait d'ailleurs usage d'autres aliments réparateurs et de vin. Des expériences, faites par le docteur Duplan (de Tarbes) sur des animaux, et par Balardini sur lui-même et sa famille, ont montré également l'innocuité du verdet, quand les autres conditions hygiéniques sont bonnes. Cependant MM. les professeurs Tardieu et Bouchardat font encore du verdet la cause unique de la pellagre, tout en admettant que ce parasite peut envahir d'autres céréales que le maïs, circonstance qui expliquerait les cas de pellagre sporadique. Les faits rapportés ci-dessus sont de nature à atténuer les rigueurs de ces conclusions, et les observations de pellagre sporadique faites par M. Landouzy plaident dans le même sens.

L'aliénation mentale peut-elle être considérée comme cause de la pellagre? Les exemples isolés de pellagre sporadique développée dans le cours de la folie, publiés par MM. Baillarger, Brierre de Boismont, Marcé, Bouchard, etc, ne suffisent pas pour autoriser cette conclusion, et M. Gintrac, qui, sur quatre cents aliénés de l'asile de Bordeaux, n'a vu qu'un cas douteux de pellagre, se refuse à admettre la folie pellagreuse, dont M. Billod a cherché le premier à faire une variété nouvelle. C'est à cette opinion, qui est aussi celle de M. Tardieu, de M. Landouzy et de la majorité des médecins qui vivent dans les pays à endémie pellagreuse, que se rallie M. Hillairet; les descriptions de M. Billod ne lui paraissent pas se rapporter à la pellagre proprement dite (1).

En résumant l'étiologie de cette cruelle endémie, M. Gintrac conclut qu'il n'y a pas de cause spécifique proprement dite, mais un ensemble d'influences prédisposantes dont les premières sont l'hérédité, certaines professions, la chaleur et la lumière solaire, l'alimentation insuffisante, la misère et certaines conditions climatériques.

Nous passerons rapidement sur la partie relative à la description de la pellagre, comme le rapporteur le fait lui-même sur cette partie du travail de M. Gintrac. Cette maladie ne présente pas d'incubation véritable, mais seulement des prodromes qui passent souvent inaperçus. La description symptomatique de M. Gintrac concorde avec celle de tous ceux qui ont étudié la pellagre endémique. La marche des symptômes lui inspire seulement cette réflexion que si, dans quelques cas, telle ou telle série de symptômes a manqué en apparence, cela dépend surtout de l'époque de l'évolution que l'on observe; mais que la maladie, au bout d'un certain temps, présente toujours l'ensemble de son appareil symptomatique. L'ordre d'apparition est d'ailleurs variable : sur 77 cas, 55 fois la maladie a débuté par l'érythème, 8 fois par les trois ordres

(1) Cette partie de son rapport a valu à M. Hillairet une réponse fort vive de M. Billod (voy. *Union médicale*, n° 53, 2 mai 1863). Sans entrer ici dans l'appréciation de cette réclamation que notre impartialité nous faisait un devoir de signaler, nous dirons seulement qu'il nous semble que M. Hillairet, ayant à juger non pas un travail de M. Billod, mais un travail de M. Gintrac, avait bien le droit de se borner à mentionner l'opinion de ce dernier et à s'y rallier sans traiter à fond une question incidente. Les quelques phrases dans lesquelles M. Hillairet déclare en termes fort mesurés que les écrits de M. Billod n'ont pas entraîné sa conviction ne nous ont paru en rien ressembler à la provocation dont se plaint l'honorable médecin de Saint-Gemmes, et à laquelle il croit devoir répondre avec tant de véhémence. Du reste, ce dernier ne présentant l'aliénation mentale que comme cause prédisposante de la pellagre en tant qu'affection dépressive (*loc. cit.*, p. 221, ligne 26), les conclusions générales de M. Gintrac sur l'étiologie ne nous en paraissent pas sensiblement altérées.

de symptômes, 8 fois par la lésion de l'innervation, 3 fois par l'altération du tube digestif, 2 fois par les phénomènes cutanés et digestifs, une fois par les troubles nerveux et digestifs.

Quant aux modes de terminaison de la maladie, M. Gintrac recherche s'il existe réellement un antagonisme entre la scrofule et la pellagre, ce qu'il est tenté d'admettre; il signale sa terminaison fréquente par la tuberculisation pulmonaire, complication qui paraît à M. Hillairet être plutôt le résultat du dépérissement général qu'un acte morbide propre à la pellagre.

L'anatomie pathologique est à peu près absente du mémoire de M. Gintrac. En signalant cette lacune, le rapporteur l'explique par les circonstances locales qui rendent les nécropsies si difficiles dans les Landes.

Le diagnostic a été étudié avec soin par M. Gintrac, surtout en ce qui concerne la distinction de l'érythème pellagreux d'avec les autres érythèmes, d'avec l'érysipèle et l'acrodynie.

Quelle est la nature de la pellagre? telle est la grande question que l'auteur cherche à résoudre d'après les données de son travail, et sa conclusion est que cette maladie « ne consiste » ni dans les accidents cutanés, ni dans les symptômes digestifs, » ni dans les troubles nerveux pris isolément; c'est une ma» ladie générale, une véritable diathèse s'exprimant par des » manifestations déterminées et produites par l'appauvrisse» ment des liquides, sous l'influence des forces radicales. »

Cette définition ne satisfait pas entièrement le savant rapporteur; il se demande en quoi consistera au juste la maladie, et ce qui constituera la pellagre sans pellagre admise par M. Gintrac; l'anatomie pathologique lui paraît aussi trop oubliée. Cependant, si la pellagre n'est pas une diathèse, il est fort difficile actuellement de dire ce qu'elle est et de lui assigner sa place dans les cadres nosologiques, à moins de retomber dans les anciennes hypothèses qui la rattachaient à la lèpre, à la syphilis, au scorbut. Rien n'est plus obscur que la pathogénie de cette affection : son anatomie pathologique est peu connue, les altérations des liquides ne le sont pas du tout; toute détermination nosographique est donc prématurée; il faut s'en tenir actuellement à bien fixer son étiologie, à décider s'il y a identité entre la pellagre endémique et sporadique, à la comparer aux cachexies terminales des maladies diathésiques ou mentales. L'opinion de M. Gintrac est plus raisonnable que toutes celles qui ont été émises antérieurement; mais M. Hillairet préfère s'en tenir à la conclusion de M. Théophile Roussel, que la pellagre reconnait deux éléments : 1° une constitution préalablement affaiblie; 2° une série de causes cachectisantes agissant pour développer et activer le mal, et ne rien affirmer au delà.

Le traitement est avant tout hygiénique : les grandes mesures d'assainissement du pays où sévit l'endémie, l'amélioration du sort des classes ouvrières dans les campagnes, dominent la question. L'alimentation, le changement de pays sont très-importants; et quant à la médication proprement dite, elle consiste principalement dans l'usage des toniques, des astringents, des antispasmodiques, des excitants du système musculaire, mais surtout dans l'usage des bains simples et des bains sulfureux, dont l'application, devenue plus fréquente, grâce à la bonne volonté de l'administration, a déjà exercé l'influence la plus salutaire sur ces malheureuses populations.

—Au commencement de la séance du 12 mai, M. *Moutard-Martin* a communiqué une observation de *myélite aiguë* survenue sans cause appréciable chez un jeune homme de seize ans, et remarquable par la rapidité de son évolution (la mort ayant eu lieu huit jours après les premiers symptômes). La paralysie s'étendit rapidement des membres inférieurs à la base du thorax et aux membres supérieurs; quelques secousses convulsives et l'absence de douleur ont été les symptômes observés.

A l'*autopsie*, on a trouvé un ramollissement général de la moelle, depuis le bulbe jusqu'à la queue-de-cheval, avec suppuration évidente.

— Le reste de la séance a été consacré aux élections pour le renouvellement du bureau et des divers comités de la Société.

Dr E. ISAMBERT.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Note sur un nouveau procédé pour le déplacement de la pupille, par le docteur LOUIS WECKER.

M. Wecker a publié récemment dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE un article concernant le *déplacement de la pupille par la ligature*, procédé formulé par M. Critchett, et auquel il a fait subir de légères modifications (*Bulletin de thérapeutique*, t. LXIII, p. 552).

Depuis cette époque, M. Snellen a fait connaître un nouveau mode d'iridésis, ainsi décrit dans le compte rendu du Congrès d'ophthalmologie de 1862 :

« Lorsque l'instrument (de M. Waldau, pour placer la ligature) est manié avec adresse, ce qui exige une grande habitude, il offre quelque avantage; mais l'inconvénient d'une déviation de la ligature et de son serrement non assez rapproché du globe n'est cependant pas écarté.

» Nous avons adopté un procédé bien plus facile et si simple, qu'on s'étonne qu'il n'ait pas été mis en usage plus tôt. Nous traversons d'abord la conjonctive tout près de la cornée avec le fil, et puis nous formons le nœud ouvert. De cette manière, la ligature se trouve toujours à la place précise, quand même l'œil se meut, ainsi que cela nous est souvent arrivé. Des tentatives répétées et des applications nombreuses sur le vivant nous ont prouvé que le meilleur procédé consiste à conduire le fil, au moyen d'une fine aiguille courbe, à travers la conjonctive, en contournant la cornée, tout près de laquelle doivent se trouver son entrée et sa sortie. La lance fait alors sa ponction au-dessus ou au-dessous de ce fil. Pour le restant de l'opération, nous employons ordinairement le *broad needle* (aiguille large) et le *blunt hook* (crochet mousse) (1). L'iris se laisse facilement saisir par le cercle pupillaire, au moyen de ce petit crochet mousse, et nous n'avons jamais vu survenir d'accident par suite de l'attouchement du cristallin. »

M. Wecker a cherché un procédé plus simple que tous les autres, et qui a pour but de vulgariser le déplacement pupillaire, qu'il croit destiné à remplacer très-souvent l'iridectomie. « Nous pratiquons, dit-il, une petite incision sur la sclérotique, à 1 millimètre 1/2 de la circonférence de la cornée, soit au moyen de l'aiguille à paracentèse, soit à l'aide d'un petit couteau lancéolaire. Au travers de cette section, qui doit avoir de 1 millimètre 1/2 à 2 millimètres du côté de la chambre antérieure, et de 3 à 4 millimètres du côté de la surface de la sclérotique, nous introduisons les pinces pupillaires, et, saisissant l'iris, à 2 millimètres de distance de son bord libre, nous l'attirons au dehors plus ou moins fortement, selon le degré du déplacement de la pupille que nous voulons obtenir.

» Cela fait, sans toucher au prolapsus iridien, nous appliquons sur les deux yeux, dans le but de les immobiliser, un bandage compressif convenablement serré et composé de charpie et d'une bande de flanelle, que nous laissons sur place vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, nous levons l'appareil, et nous coupons avec les ciseaux courbes, après l'avoir saisie avec les pinces, la partie de l'iris qui sort par la section pratiquée à la sclérotique. Il faut reséquer ce prolapsus avec soin, sous peine de donner lieu à un travail cicatriciel prolongé, qui serait une cause d'irritation de la plaie. On peut

(1) En se servant du crochet mousse, il sera tout à fait impossible de conserver intactes les fibres du sphincter, que nous tenons à ne pas attirer au dehors et à comprendre dans la ligature. C'est pour ce motif que l'emploi de la pince pupillaire est de beaucoup préférable.

alors réappliquer, pendant un jour, le bandage compressif ou se contenter de fermer les yeux pendant ce temps avec des bandelettes de taffetas. Le bandeau compressif remplace parfaitement la ligature; en effet, il rend l'œil immobile, exerce une certaine pression sur les lèvres de la plaie, et s'oppose ainsi, comme la ligature, à la rentrée du prolapsus iridien dans l'œil, jusqu'au moment où l'adhésion, qui se produit en vingt-quatre heures entre l'iris attiré au dehors et les lèvres de la plaie, rend inutile soit la ligature, soit le bandeau. »

Déjà Adams et Himly ont proposé, pour l'opération de la pupille artificielle, de pratiquer un enclavement de l'iris dans une plaie linéaire de la cornée, et de laisser à la nature le soin de la fixation du prolapsus par la cicatrisation. Les changements qui survenaient dans la courbure de la cornée au voisinage du prolapsus cicatrisé, une irritation et une inflammation longues et pénibles de l'œil, suites de l'opération, ont complétement fait abandonner ce procédé.

Celui que propose l'auteur est sensiblement différent. Il consiste : 1° à pratiquer la section dans la sclérotique; 2° à ménager autant que possible les fibres du sphincter de l'iris; 3° à favoriser les adhérences de l'iris avec la plaie scléroticale, à l'aide d'un bandeau compressif; 4° à couper, au bout de vingt-quatre heures, le prolapsus de l'iris.

« C'est ainsi, ajoute-t-il, que nous parvenons à déplacer facilement la pupille, sans danger pour le malade, et en le mettant tout à fait à l'abri des graves inconvénients du procédé que nous avons fait connaître plus haut. La guérison s'effectue en peu de jours. » (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 mars 1863.)

Adiaphanose translucide de la rétine,
par le docteur G. Sous.

En 1798, Dalton signalait à la Société de Manchester l'impossibilité de discerner les couleurs, affection dont il était lui-même atteint. Cette maladie, désignée d'abord sous le nom de *daltonisme*, se subdivisa bientôt en achromatopsie, impossibilité de percevoir les couleurs; en dyschromatopsie, difficulté de percevoir quelques couleurs; et en chropsie, exagération de la faculté de percevoir les couleurs. De nouvelles recherches firent créer des noms nouveaux, suivant la couleur qui ne pouvait être perçue par le malade.

Les cas une fois classés, il restait à désigner le siége de l'affection. L'humeur aqueuse, le cristallin, le corps vitré, la rétine, le cerveau, furent tour à tour signalés comme point de départ de la maladie. Dalton admettait la coloration du corps vitré; Trinchinetti, attribuant l'affection à un état particulier et indescriptible de l'humeur aqueuse et du cristallin, conseillait l'extraction; Young prétendait qu'il y a dans la rétine des fibres exclusivement destinées à la perception de chaque couleur, et il admettait que, si un malade n'avait pas la sensation du rouge, par exemple, c'est que les fibres destinées à la perception des rayons rouges étaient paralysées; Gall localisa la maladie dans le cerveau, où résidait, d'après lui, le sens des couleurs : il y avait une altération des parties cérébrales chargées de l'élaboration des impressions faites par les couleurs. Les uns accusèrent la rétine de torpidité : frappée d'une espèce de torpeur, la rétine n'agissait que d'une manière incomplète sous l'influence des images qui se formaient à sa face interne. Les autres renoncèrent à localiser une affection qui leur paraissait se cacher dans les secrets de la vie. M. Sous publie le fait suivant, dans lequel le daltonisme tiendrait à l'hypertrophie de la rétine :

Obs. — Un jeune homme âgé de vingt-quatre ans, commis-voyageur, vint me consulter pour une hypérémie artérielle de chaque papille du nerf optique, suite d'abus de verres convexes n° 8. Cette hypérémie, n'offrant rien de particulier, fut guérie par le repos des yeux, et par l'abandon des verres qui l'avaient produite. En outre, le malade avait toujours perçu difficilement les couleurs. C'est seulement ce qui a trait à cette affection qui fera le sujet de mon observation. Afin de ne pas confondre les symptômes des deux affections, j'ai attendu deux mois après la guérison de l'hypérémie de la papille pour noter les renseignements suivants :

Son père est myope, et il distingue bien les couleurs. Deux tantes paternelles ont très-souvent des inflammations oculaires. Un oncle paternel offre les mêmes bizarreries que lui pour la perception des couleurs.

Son affection remonte à la naissance, d'après ce qu'il a entendu dire par sa famille. De prime abord, toutes les couleurs lui paraissent d'un gris plus ou moins clair; mais, après avoir fixé l'objet coloré un certain instant, le vert foncé lui paraît bleu; le vert clair, gris; le jaune, tantôt gris, tantôt jaune. Le bleu et le violet sont nettement perçus; le rouge paraît noir. Quand il regarde attentivement un objet coloré et vivement éclairé, au bout de cinq minutes environ les couleurs commencent à ne plus être perçues, et sont remplacées par la teinte grise; de plus, la sensation de lumière diminue. Il compare cette diminution de la lumière à celle qu'on observerait dans un appartement vivement éclairé, et où l'on éteindrait successivement les flambeaux. Pour lire, il place le livre, comme les myopes, à 6 ou 7 centimètres de ses yeux, et cependant les verres biconcaves ne lui sont d'aucun secours. Pour lire plus facilement, il emploie des verres biconvexes n° 12. Après avoir lu quatre à cinq minutes, la sensation de lumière diminue graduellement, comme lorsqu'il a quelque temps regardé un objet quelconque.

L'examen extérieur des yeux n'offre rien à noter. L'iris est marron foncé; la pupille est régulière et contractile.

A l'ophthalmoscope, les milieux de l'œil sont transparents. La teinte rosée du fond est pâle et uniforme. La circulation de la rétine est normale. Les veines sont distinctes des artères par leur volume, leur origine et leur coloration. Les vaisseaux de la rétine offrent cette bizarrerie que je n'ai vue signalée sur aucune planche : au lieu de partir de l'ora serrata pour se diriger vers la papille, les vaisseaux apparaissent en arrière de l'équateur de l'œil, se dirigent en avant vers l'ora serrata, puis se courbent pour revenir en arrière se perdre dans la papille. M. Ballias a dessiné cet état.

Les papilles sont petites, d'une teinte rose jaunâtre, et bien limitées. Il est impossible de distinguer dans la choroïde autre chose que la teinte rose.

« A l'état normal, ajoute l'auteur, le fond de l'œil, éclairé par le miroir, donne une teinte rouge produite par l'image de la choroïde; et comme la rétine est transparente ou diaphane, on peut distinguer sur cette teinte rouge les vaisseaux et le pigment de la choroïde. Si, dans le cas que je viens de citer, les vaisseaux et le pigment de la choroïde n'ont pu être constatés, c'est que la rétine a perdu sa transparence. Mais un corps, en perdant sa transparence, peut devenir opaque ou translucide. Ici la rétine n'est pas devenue opaque, car, s'il en eût été ainsi, la teinte rose de la choroïde n'aurait pas été perçue. La rétine est donc devenue translucide. « Les corps translucides, dit Ganot, sont ceux au travers desquels on perçoit encore la lumière, mais sans pouvoir reconnaître la forme des objets. » C'est ici le cas; l'œil, armé de l'ophthalmoscope, a pu recevoir la lumière rouge venue de la choroïde, mais il n'a pu distinguer aucun détail sur cette membrane. Si, maintenant, on se rappelle que les corps perdent leur transparence au fur et à mesure qu'ils augmentent de volume, on est forcé de conclure que, dans ce cas, la perte de transparence de la rétine et son passage à l'état de corps translucide sont dus à l'hypertrophie de cette membrane. » (*Union médicale de la Gironde.*)

Sur la congestion de la moelle épinière survenant à la suite de chutes ou d'efforts violents, par le docteur E. Leudet.

Des six observations qu'il rapporte, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Les efforts violents, les chutes sur le dos, peuvent donner lieu à une congestion de la moelle.

2° Cette congestion se caractérise surtout en ce qu'elle n'est pas précédée des signes d'une commotion, qu'elle se manifeste quelques heures ou quelques jours même après l'accident, laissant au malade, dans l'intervalle, l'usage de ses membres.

3° Les symptômes de la congestion spinale sont une douleur en général peu vive sur le trajet du rachis, une paralysie in-

complète du mouvement des membres inférieurs ou supérieurs survenant lentement, un sentiment d'engourdissement dans les membres, des douleurs surtout au niveau des articles ou sur le trajet des nerfs; rarement de l'hyperesthésie des membres, plus souvent de l'analgésie ou de l'anesthésie.

4° Ces troubles moteurs et sensitifs sont susceptibles de déplacement rapide et d'une guérison en peu de jours.

5° On observe, dans quelques cas, des symptômes plus graves : comme une paralysie de la vessie, des convulsions, de l'affaiblissement de la vue.

6° Ces accidents disparaissent dans un espace de temps qui varie de trois à cinquante jours et font place au retour complet de la santé.

7° Le traitement antiphlogistique local, appliqué aussi près du début que possible, est celui qu'il faut préférer. (*Archives de médecine*, mars 1863.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Sur quelques publications récentes relatives à la pathologie mentale.

(Suite. — Voir le numéro 22.)

Trois vastes asiles, la Salpêtrière, Bicêtre et Charenton, avec les plus éminents aliénistes pour médecins; — une Société savante dont l'origine remonte à près de vingt années, et composée de l'élite des médecins aliénistes, la *Société médico-psychologique*, où se traitent et se discutent, dans des séances publiques, les questions les plus importantes et les plus difficiles de l'aliénation mentale; — un recueil périodique ouvert aux spécialistes de tous les pays, les ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, formant aujourd'hui l'encyclopédie la plus vaste et la plus complète qu'une science puisse envier; — des livres immortels sortis de la plume de Pinel et d'Esquirol, véritables fondateurs de la pathologie mentale; — les beaux travaux de Georget, de Leuret, de Broussais, de Marc et de Ferrus, qui ont jeté de vives lumières sur la physiologie pathologique de l'entendement, sur le traitement et l'hygiène de la folie, sur le rôle et la part de l'aliéné devant la morale et devant la loi; — des publications d'une haute importance, des TRAITÉS empreints d'une érudition solide et d'une expérience consommée, des œuvres de saine pratique et de judicieuse observation, des recherches cliniques et anatomo-pathologiques, des études de psychologie morbide et de médecine légale, enfin des mémoires sur tous les sujets afférents à la pathologie mentale, publiés par des observateurs habiles non moins que penseurs éminents et écrivains distingués, MM. Lélut, Calmeil, Foville, Mitivié, Parchappe, Falret, Voisin, Baillarger, Delasiauve, Buchez, Cerise, Archambault, Trélat, Maury, Brierre de Boismont, Moreau (de Tours), Michéa, Morel, Girard de Cailleux, et tant d'autres dont les efforts plus modestes ont néanmoins contribué aux progrès de la psychiatrie; — des conférences annuelles de clinique mentale dues à l'initiative intelligente et au zèle spontané de quelques médecins de la Salpêtrière et de Bicêtre, — des leçons sur la folie professées librement, durant trois ans, à l'École pratique par un jeune médecin aliéniste devenu agrégé, et dont je parlerai bientôt plus longuement :

Tels étaient récemment encore le domaine et le bilan de la pathologie mentale en France.

On peut voir par cette simple énumération que les ressources étaient loin de faire défaut à qui voulait profiter et s'instruire.

Que manquait-il donc pour vulgariser l'étude de la psychiatrie, et pour en propager le goût?

Il manquait des traités élémentaires résumant avec méthode et d'une manière didactique, sans préoccupation systématique, sans parti pris doctrinal, les notions acquises, les progrès accomplis, et l'état actuel de la science ; — il manquait des journaux spéciaux accessibles à tous, exposant des faits cliniques et destinés à initier les moins compétents à la connaissance et à la pratique de la médecine mentale ; — il manquait surtout à celle-ci la consécration d'un enseignement officiel.

Tout cela existe aujourd'hui, grâce au ciel ; et je vais essayer de dire avec une pleine franchise, avec une entière liberté, ce qu'il me semble permis d'en penser et d'en attendre.

Certes, il faudrait être un adversaire bien acharné, bien injuste des *spécialités*, pour ne pas avoir applaudi sincèrement à la réforme de notre enseignement, qui signala, il y a un an, l'inauguration du nouveau décanat à la Faculté de médecine de Paris. La création de deux chaires nouvelles, et l'institution de plusieurs cliniques spéciales devaient être comme la plus belle et la plus éclatante justification de ce petit coup d'État médical.

Pour tout esprit impartial et dégagé de prévention, il était notoire que notre enseignement officiel était insuffisant et incomplet, et qu'il importait à l'honneur et à la réputation de notre grande Faculté de ne point se laisser distancer plus longtemps par ses émules d'Allemagne et d'Angleterre. N'était-ce point une singulière anomalie, par exemple, que de ne pas y trouver représentée la pathologie mentale, une des branches, sans contredit, les plus considérables, les plus nobles et les plus distinctes des sciences médicales, une de celles qu'il importe le plus au médecin de connaître, ainsi que je l'ai démontré dans le précédent article ! Ceux qui pouvaient conserver encore quelques doutes sur l'opportunité de cet enseignement auront été facilement convertis à d'autres sentiments s'ils ont assisté, l'hiver dernier, aux belles et brillantes leçons de M. Lasègue. L'empressement des élèves, l'affluence des auditeurs, les marques d'approbation et de sympathie qui accueillaient souvent la parole du maître, les applaudissements qui l'interrompaient quelquefois, ont dû prouver aux plus incrédules, aux amis de la routine, aux admirateurs fanatiques du passé, que cette heureuse et intelligente innovation répondait à un besoin impérieux et réel, qu'elle donnait satisfaction aux intérêts bien entendus de la science et aux aspirations légitimes de la jeunesse studieuse, qu'elle comblait une des lacunes les plus regrettables du programme officiel.

C'est donc là un progrès véritable, dont il faut, en dépit de toute opposition et de toute rancune, remercier et louer ceux qui en ont pris l'initiative. Ce qui a été fait est bien fait, mais ce n'est pas assez. L'œuvre n'est qu'ébauchée, il faut la compléter et la finir. Peut-on, en effet, regarder comme définitivement constitué l'enseignement de la pathologie mentale tel qu'il existe aujourd'hui? Le professeur chargé de ce cours ressemble à ces missionnaires persécutés et proscrits qui ne trouvent point un asile sûr ou un toit hospitalier pour y prêcher en paix la parole sainte. Il est réduit à faire une partie de ses leçons à la Faculté, l'autre partie dans un hôpital, *où l'on ne reçoit point d'aliénés*. Est-ce en exhibant trois ou quatre malades par semaine aux regards surpris et inexpérimentés des élèves qu'on leur enseignera à bien connaître la folie et à en discerner clairement les formes diverses? Non! ce n'est point ainsi que se fait une bonne et sérieuse clinique. Il faut au professeur un service spécial où il choisisse ses sujets d'étude; il faut aux élèves des malades qu'ils puissent observer longtemps et avec maturité, des malades sur lesquels ils puissent à loisir suivre la marche et l'évolution de la folie dans toutes ses variétés, dans toutes ses manifestations, et étudier avec une persévérante assiduité les effets des différentes méthodes de traitement. Sans toutes ces conditions réunies, je n'hésite pas à déclarer que l'enseignement de l'aliénation mentale est presque dérisoire. Serait-ce donc de trop d'une véritable chaire pour tout un ordre considérable de maladies d'une espèce à part, qui étendent leur domaine à la fois sur le corps et sur l'esprit, et dont l'étude exige les connaissances les plus profondes et les plus variées, provoque les discussions les plus

laborieuses, soulève les problèmes les plus redoutables, et intéresse au plus haut degré l'hygiène, la morale et la sécurité publiques? Espérons que bientôt la clinique des affections mentales ne figurera plus seulement à titre de cours accessoire et supplémentaire dans une Faculté qui se pique de posséder deux chaires, deux professeurs titulaires et deux agrégés pour les seuls accouchements, c'est-à-dire pour l'étude d'un acte physiologique qui, le plus ordinairement, s'accomplit d'une manière régulière, et qui, quoi qu'on en dise, ne réclame qu'exceptionnellement l'intervention du médecin.

D'ailleurs, sous ce rapport, l'avenir est gros de promesses. De nouveaux asiles d'aliénés vont être construits aux portes de Paris : les fonds sont alloués, les terrains achetés et les plans à l'étude. Déjà même vient de s'ouvrir l'enquête relative à la construction du premier de ces grands établissements sur le terrain de la ferme Sainte-Anne. Le nom officiellement consacré d'*asile clinique* indique d'avance la destination, le but et l'importance de la fondation projetée.

Grâces soient rendues à l'Administration municipale, dont le zèle intelligent et la sollicitude éclairée s'étendent avec un soin égal sur toutes les améliorations, sur tous les progrès qui touchent au bien-être de la population, et qui intéressent l'hygiène et la santé publiques. En ouvrant de nouveaux asiles pour abriter la plus terrible des maladies et la plus désolante des infortunes, ainsi que pour mieux permettre aux médecins d'étudier et de soulager cette grande plaie sociale qu'on nomme folie, l'édilité parisienne ne pouvait rien entreprendre de plus profitable à la science ni de plus utile à l'humanité. Puissent les hommes qui tiennent en main les destinées de l'enseignement médical ne pas rester en arrière de l'Administration et se montrer à la hauteur de ses vues bienfaisantes et généreuses! Puissent-ils tirer tout le bénéfice possible des nouveaux moyens d'étude, des nouveaux champs d'observation qui vont être mis prochainement à la disposition de l'école et à la discrétion des praticiens et des élèves!

Un enseignement clinique serait imparfait s'il se bornait à la parole du maître; il serait insuffisant s'il ne sortait point des limites étroites d'un amphithéâtre d'hôpital, s'il ne s'épanouissait pas au dehors, et s'il ne se perpétuait point par la voie féconde de la publicité.

La pensée de créer un journal de clinique et de pathologie mentales, simple dans sa forme, modeste dans ses allures, accessible à tous et d'une portée essentiellement pratique, se présenta presque simultanément à deux médecins dont le savoir, l'expérience et la notoriété offraient d'égales et de sérieuses garanties. En effet, la même année 1861 vit paraître le JOURNAL DE MÉDECINE MENTALE, par M. Delasiauve, et les ARCHIVES CLINIQUES DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES, par M. Baillarger.

Chose digne de remarque : en fondant, chacun de son côté, un organe de publicité pour la pathologie psycho-cérébrale, nos deux confrères ont obéi au même mobile et se sont proposé le même but, mais en suivant des voies et des méthodes différentes, selon la nature de leur esprit et la direction de leurs tendances.

Affligés l'un et l'autre de l'insuffisance de l'enseignement psychiatrique et de l'indifférence générale pour l'étude de la folie, frappés aussi des dissidences et des incertitudes qui partagent les aliénistes, ces maîtres distingués se sont donné la mission de répandre le goût des études psychiques, de dissiper les malentendus et les confusions qui obscurcissent la science mentale, de faire disparaître les divergences d'opinions, et d'amener les aliénistes, sinon à l'unité doctrinale, du moins à un accord désirable sur les principales questions de nosologie qui les séparent encore profondément.

Mais, je le répète, tous deux tendent au but par des chemins un peu différents.

M. Baillarger, regardant comme stériles les efforts de la spéculation pure et comme vaine toute œuvre qui n'a point pour base l'expérience, estime que le meilleur moyen d'arriver à une solution est de reprendre chaque problème au point de vue clinique, de recueillir un nombre considérable de faits, pour, plus tard, les analyser, les comparer, les interpréter et tirer de leur signification des conclusions rigoureuses et définitives.

M. Delasiauve, au contraire, attribue la stagnation des doctrines mentalistes et la persévérance des opinions dissidentes au dédain plus ou moins volontaire de la donnée philosophique, qu'il considère comme « le point par excellence ». Sans nier l'importance de l'observation pure, sans récuser la valeur des faits cliniques, il conseille de ne pas délaisser les notions psychologiques et de ne point s'écarter du terrain supérieur de la théorie. « L'observation a son prix, dit-il ; mais l'illumination scientifique n'est pas moins nécessaire à la saine interprétation des faits que l'évidence des faits à la constitution et à l'autorité scientifiques. Ces deux modes doivent converger. »

Sur ce dernier point, M. Delasiauve a raison, et je ne crois pas qu'il soit contredit par M. Baillarger lui-même. M. Baillarger, en effet, n'a pas et ne peut pas avoir la prétention d'édifier une science exclusivement avec des faits; il veut seulement, si j'ai bien compris son intention, que l'observation précède la théorie, et que l'édifice, au lieu de reposer sur le sable mouvant d'une métaphysique équivoque, s'élève sur la base solide de l'expérience. Voilà pourquoi il demande que l'observation précède la théorie.

Aux yeux de M. Delasiauve, la science mentale est assez mûre pour se constituer au moyen des éléments qu'elle possède, et la psychologie est assez forte, assez sûre d'elle-même, pour prêter un concours efficace et fournir d'utiles matériaux à la réalisation et à l'accomplissement de l'œuvre.

Je regrette de ne pouvoir sur ce point partager le sentiment du savant médecin de Bicêtre. Je ne crois pas que la psychologie telle qu'elle est sortie des mains des philosophes, puisse jamais servir à fonder définitivement la nosologie mentale. J'en prends à témoin toutes les tentatives, demeurées jusqu'à présent infructueuses, de nos devanciers et de nos contemporains qui se sont engagés dans cette voie. Quel est donc le système philosophique qui a pu expliquer encore, d'une manière satisfaisante, les égarements de l'intelligence, les aberrations du sentiment et les troubles si variés de l'activité humaine? Quel est celui auquel l'observation clinique n'inflige pas journellement un démenti formel dans nos asiles d'aliénés? Non! ce ne sont pas les philosophes repliés sur eux-mêmes et en contemplation devant leur conscience, qui découvriront le mécanisme de la pensée et qui dévoileront le mystère de l'entendement. Ce sont plutôt les physiologistes et les médecins qui voudront étudier avec soin, examiner et approfondir rigoureusement les fonctions cérébrales dans leurs variétés infinies, chez l'homme sain et chez l'homme malade, chez le sage et chez le fou. Quelques faits de ce genre, minutieusement recueillis et observés avec sagacité, en apprendront bien plus et profiteront beaucoup mieux à la science que les plus belles conceptions et les spéculations les plus transcendantes des métaphysiciens de tous les temps et de tous les lieux.

Je pense donc volontiers avec M. Baillarger (c'est aussi le sentiment de M. Lasègue, si j'ai bonne mémoire), qu'il y a beaucoup à refaire et beaucoup à réviser en psychiatrie. Il faut des faits pour corriger les erreurs accréditées, des faits pour contrôler les opinions reçues, des faits pour confirmer les vérités acquises; des faits encore et des faits nombreux, pour réformer la nosologie mentale, et même pour en édifier une nouvelle, s'il y a lieu.

Mais ce ne sont pas seulement des observations prises sur le vivant qu'il faut pour atteindre entièrement le but. Un fait clinique est tronqué s'il se borne à la constatation des symptômes; il a besoin, pour être complet, de la vérification cadavérique. Et qu'on ne vienne pas objecter les résultats trop souvent négatifs obtenus jusqu'à présent! Qui donc oserait fixer des bornes aux progrès de la science, et désespérer du perfectionnement de nos procédés d'investigation? Après avoir longtemps cherché le siége précis de la faculté du langage arti-

culé, quelques anatomo-pathologistes, découragés par l'inconstance, plus apparente que réelle, des résultats, avaient renoncé à l'espoir d'une solution. Les dernières recherches de M. Broca permettent de croire que le problème est résolu.

Je reviens aux Archives cliniques de M. Baillarger et au Journal de médecine mentale de M. Delasiauve, et je termine.

Ces deux publications sont mensuelles ; les douze premiers numéros sont déjà réunis en volume ; et le tome deuxième ne tardera pas à être complété par l'apparition des derniers fascicules.

Grâce au zèle et au savoir de leurs fondateurs, grâce aussi à l'active collaboration d'aliénistes distingués, tous ou presque tous médecins d'asiles et anciens internes de la Salpêtrière, de Bicêtre ou de Charenton, les Archives cliniques et le Journal de médecine mentale poursuivent leur tâche avec succès et remplissent leurs engagements avec honneur. Ces deux recueils, d'après ce que j'en ai dit plus haut, loin d'être rivaux et de s'exclure, se prêtent un mutuel appui et se complètent l'un par l'autre. Les Archives ont déjà publié des faits pleins d'intérêt, qui permettent de bien augurer des observations à venir. Le Journal de médecine mentale a reproduit un grand nombre de travaux originaux signés des noms les plus recommandables, sur les sujets les plus importants et les plus variés de la psychiatrie. Les plus nombreux et les plus considérables de ces travaux appartiennent à M. Delasiauve, qui a consacré des articles remplis de verve et de conviction à l'exposé et à la défense de ses opinions médico-psychologiques. Rien de plus naturel : *Prima sibi caritas.*

Nous ne saurions trop recommander les deux publications dont il vient d'être question, à tous les médecins qui ont à cœur l'étude et l'avancement des sciences psycho-cérébrales.

A. Linas.

(*La suite prochainement.*)

Œuvres médico-philosophiques de Stahl, traduites par le docteur Blondin. — Nous accomplissons une sorte de réparation en annonçant que la publication des œuvres de Stahl par le docteur Blondin se continue activement. Il y a deux ans (*Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 567), à l'occasion d'un compte rendu du tome II par M. Langenhagen, nous appelions de tous nos vœux le démenti sur « de sinistres bruits » dont cette entreprise était l'objet. Le démenti le plus catégorique est celui qu'a donné M. Blondin lui-même en publiant coup sur coup les tomes subséquents jusqu'au cinquième inclusivement, et en mettant sous presse le tome VI, qui paraîtra au mois de juillet.

Tous ceux qui ont le goût des œuvres élevées, ceux qui savent apprécier le zèle, le désintéressement, le savoir que demandait une telle entreprise, apprendront avec satisfaction que M. le ministre de l'instruction publique a souscrit pour quarante exemplaires aux Œuvres médico-philosophiques de Stahl, qui se composeront de huit volumes.

VI

VARIÉTÉS.

Notre honoré confrère, M. N. Guéneau de Mussy, nous adresse quelques lignes pour protester contre l'expression de « petites perfidies » employée par M. Dubois (d'Amiens) dans sa dernière réponse, et pour déclarer qu'il ne continuera pas une discussion qui lui devient personnelle.

— Le concours pour l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements) a été terminé lundi par la nomination de MM. Le Fort, Guyon, Panas et Labbé, pour la chirurgie, et de M. Joulin pour les accouchements.

— Par décrets des 28 mai et 1er juin, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier : M. Bel, chirurgien de 1re classe de la marine, chef du service de santé du corps expéditionnaire du Sénégal.

Chevaliers : MM. Vizy, médecin aide-major, attaché à l'expédition du Mexique, et M. O'Neil, chirurgien de 2e classe de la marine, attaché au corps expéditionnaire du Sénégal.

— Par décret du 2 juin, ont été nommés :

Au grade de chirurgien principal : MM. Quémar et Jonon.

Au grade de chirurgien de 1re classe : MM. Terrin, à Toulon ; — Vauvray, Marion, Nicolas, à Brest ; — Bérenger, Moisson, à Toulon ; — Bonnet, à la Guyane ; — Cras, à Brest.

Au grade de chirurgien de 2e classe : MM. Deschiens, à Brest ; — Chanu, à Toulon ; — Friocourt, Dudon, Le Cuern, Weissenthaner, Delamare, Trouvé, Coste, Sarzaud, Lemoisne, Jéhanne, Lemercier, à Brest ; — Quintin, Le Querré, au Sénégal ; — Besombes, à Toulon ; — Carnier, à la Guyane ; — Coural, à Toulon ; — Talairach, à la Guyane ; — Reibaud, à Toulon.

Au grade de chirurgien de 3e classe : MM. Sallaud, Dumay, à Rochefort ; Hérail, Saffre, Delacour, à Toulon ; — Reynaud, à la Réunion ; — Aubert, à Toulon ; — Coustan, à la Réunion ; — Nave, à Toulon ; — Rousseau, Bouvet, Cocaign, Lefèvre, Borgnis-Desbordes, Kermorgan, Lossouarn, Lelandais, Le Dieu, Hémon, Limon, à Brest ; — Missol, à Rochefort.

Au grade de pharmacien de 3e classe : M. Trouette, à Brest.

— L'Association de prévoyance des médecins du Rhône a tenu son assemblée générale annuelle le 27 mai.

M. Duviard, secrétaire adjoint, a été nommé secrétaire général, en remplacement de M. J. Bonnet, arrivé au terme de ses fonctions, et qui a décliné l'honneur d'une seconde réélection. M. Pomiès a été nommé secrétaire adjoint.

— La Faculté de médecine de Montpellier a fait sa présentation pour la chaire de thérapeutique, vacante par la mort de M. le professeur Golfin. Elle a présenté : en première ligne, M. Combal ; en deuxième ligne, M. Pécholier, tous deux agrégés. Le nombre des professeurs votants était de 15. Au premier tour de scrutin, M. Combal a été nommé par 10 voix contre 1 donnée à M. Pécholier, et 4 billets blancs. M. Pécholier a été placé en seconde ligne, par 10 voix contre 5 billets blancs.

— Un des anciens internes de l'hôpital La Grave, à Toulouse, M. Jean-François-Vincent Perez, vient de mourir à Jassy (Moldavie).

Sa dernière pensée a été pour l'établissement qui lui avait fourni les moyens de parcourir une honorable carrière. Par un testament olographe daté de Jassy, le 20 octobre (1er novembre de l'année 1860), il institue l'Hôtel-Dieu de Toulouse légataire de tous ses biens, dont la valeur est, dit-on, considérable, « à la charge par l'hôtel précité d'entretenir à perpétuité deux incurables, ainsi que *deux élèves internes*, qui y seront entretenus et n'en sortiront qu'après avoir pris tous leurs grades en médecine, et qui, à leur sortie, seront immédiatement remplacés par de nouveaux. »

— La réunion prochaine du conseil impérial de l'instruction publique étant prochaine, on croit devoir rappeler à MM. les docteurs médecins qui désirent faire des cours à l'École pratique qu'ils doivent adresser immédiatement leurs demandes au secrétariat de la Faculté de médecine.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Traité de la dysentérie, par le docteur *J. Delioux de Savignac.* 1 vol. de XII-569 pages. Paris, Victor Masson et fils. 8 fr.

De la hernie crurale, par le docteur *Armand Després.* In-8 de 140 pages. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr.

Des cicatrices vicieuses et des moyens d'y remédier, par le docteur *Panas.* In-8 de 134 pages et 1 planche. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Des vomissements incoercibles pendant la grossesse, par le docteur *Gueniot.* In-8 de 128 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Des vices de conformation de l'utérus et du vagin, et des moyens d'y remédier, par le docteur *Léon Le Fort.* In-8 de 210 pages et 1 planche. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

Des vices de conformation de l'urèthre chez l'homme, et des moyens d'y remédier, par le docteur *Guyon.* In-8 de 180 pages et 4 planches. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

De la coxalgie, par le docteur *Léon Labbé.* In-8 de 140 pages et 3 planches. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 19 JUIN 1863. — N° 25.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêté ministériel.— **Partie non officielle.** I. **Paris.** Clinique ophthalmologique : Compte rendu d'une communication faite par M. le professeur de Graefe (de Berlin) à la clinique de M. le docteur Liebreich, le 16 mai 1863. — II. **Travaux originaux.** Anatomie et physiologie pathologiques : Considérations sur les localisations cérébrales, et en particulier sur le siége de la faculté du langage articulé. — III. **Correspondance.** Sur la pellagre chez les aliénés. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — V. **Revue des journaux.** Empoisonnement par les champignons; emploi des lavements de café. — Résorption spontanée de cristallins cataractés à la suite d'une opération pratiquée à l'œil du côté opposé. — Kyste pileux du col utérin cause de dystocie. — De l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac. — Crayons de sulfate de cuivre. — VI. **Bibliographie.** Publications récentes sur l'hydrologie médicale. — VII. **Variétés.** Recouvrement des honoraires médicaux. — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — Réceptions au grade de docteur.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du 10 juin, M. le docteur FÉRON, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de Lille, est nommé professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à ladite école (emploi vacant).

M. DHUICQUE, pharmacien de 1re classe, est nommé professeur suppléant pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie, toxicologie, à l'École préparatoire de Lille (emploi vacant).

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 18 juin 1863.

Clinique ophthalmologique.

COMPTE RENDU D'UNE COMMUNICATION FAITE PAR M. LE PROFESSEUR DE GRAEFE (DE BERLIN) A LA CLINIQUE DE M. LE DOCTEUR LIEBREICH, LE 16 MAI 1863.

Le 16 mai dernier, nous avons eu l'avantage d'assister à une communication scientifique faite par M. le professeur von Graefe (de Berlin) devant une assistance nombreuse, qui se pressait dans la salle de clinique ophthalmologique de M. le docteur Liebreich, son ancien assistant.

Dans cette courte leçon, M. de Graefe a présenté trois instruments nouveaux qu'il vient d'introduire dans la pratique de l'ophthalmologie. Nous allons reproduire ici très-succinctement, n'ayant point pu prendre de notes pendant cette rapide exposition, les points principaux touchés par le savant professeur.

Instrument destiné à déterminer la mesure de la pression intra-oculaire. — Le premier objet dont M. de Graefe ait entretenu l'assistance a trait à la détermination exacte d'un symptôme mesurable qui joue, dans une maladie récemment étudiée (le glaucome), un rôle des plus importants, et qui n'en a pas un moindre, il n'y a pas de doute, dans un grand nombre d'autres états pathologiques; nous voulons parler de la pression intra-oculaire.

Cet instrument consiste en une tige mobile dans un curseur vertical, et dont la tête soulève un levier dont l'extrémité libre court sur un arc de cercle gradué destiné à en mesurer les excursions.

La tige mobile, terminée inférieurement par un petit disque de quelques millimètres, est mise en contact par cette extrémité inférieure, perpendiculairement avec l'un des éléments de la surface scléroticale, le curseur qui la contient étant d'ailleurs fixé sur deux points d'appui solides pris sur l'orbite et l'os malaire.

L'extrémité supérieure de la même tige est retenue par le levier mobile, et si l'on appelle *résistance* la force développée par la réaction du globe oculaire, on dira que cette résistance a sur le levier son point d'application *tout* près du point d'appui du levier, et *entre* celui-ci et la puissance.

Cette puissance est représentée par un certain poids normal fixé à l'extrémité libre ou longue branche du levier.

D'après cela, l'instrument représente un levier du deuxième genre entre le poids étalon, considéré comme puissance, et la pression intra-oculaire comme résistance.

On comprend aisément qu'une relation proportionnelle puisse être établie par l'expérience entre la puissance et la résistance, et qu'on arrive ainsi à exprimer la moyenne réaction du globe, ou la pression normale intra-oculaire, et fournir ainsi une unité pour l'appréciation comparative des réactions

anormales ou de l'accroissement pathologique de la pression intra-oculaire.

M. de Graefe fait pourtant lui-même à cette instrumentation les reproches que voici :

S'il est très-désirable de posséder un moyen régulier et précis de mesurer la pression intra-oculaire, tant dans les maladies glaucomateuses que dans un grand nombre d'applications scientifiques, ce moyen cependant ne saurait que très-exceptionnellement être mis en pratique.

Pour avoir des indications exactes, il faut non-seulement s'assurer de la perpendicularité de la tige sur la surface sphéroïdale du globe, mais en outre prévenir le refoulement du globe dans les graisses de l'orbite. A cet effet, M. de Graefe suspend préalablement ledit globe sur deux piques de Pamard, et c'est sur cet appui qu'il fait porter ensuite la pression déterminée par l'instrument. Le savant professeur fait observer avec juste raison que la douleur déterminée par ces préliminaires, douleur comparable à celle de l'iridectomie elle-même, doit rendre réservé dans l'emploi de cette méthode. Il paraît, malgré l'importance qu'il attache justement à la possession de procédés exacts et comparables de mensuration, disposé à s'en tenir encore aux enseignements de l'habitude et de l'expérience personnelle, régularisés, s'il le faut, par les conseils méthodiques de M. Bowman.

Photométrie. — La seconde présentation faite par l'éminent professeur de Berlin a pour objet un procédé photométrique spécial pour l'étude et l'appréciation de la sensibilité rétinienne chez les cataractés.

On sait combien d'erreurs on peut commettre, dans cette appréciation, par les procédés usuels; combien souvent on peut opérer des amblyopiques quasi-amaurotiques, croyant n'avoir sous les yeux qu'un cataracté.

C'est par l'épreuve de l'ombre de la main passant devant les yeux du malade qu'on juge du degré de sensibilité qui demeure encore dans la rétine. Rien n'est plus incomplet, plus trompeur qu'un semblable procédé.

Voici comment M. de Graefe a pensé pouvoir triompher de cette difficulté :

Le cristallin cataracté rend désormais impossible le passage de la lumière directe; il n'y a plus de transmission possible que pour la lumière diffuse, comme serait celle qui traverse la sclérotique doublée de la choroïde et qui est encore appréciable.

Le procédé photométrique à choisir doit donc avoir pour base une source lumineuse diffuse, étalée. M. de Graefe se la procure en prenant une de ces chandelles de fabrique anglaise renommées par l'exactitude et la constance de leur fabrication; il la nomme la chandelle normale. Cette chandelle est placée dans une lanterne noircie de toutes parts à l'intérieur, et sa flamme est au foyer principal d'une lentille occupant un point de la paroi de la lanterne. Les rayons émergents à travers cette lentille en sortent donc à l'état de parallélisme. Ils rencontrent aussitôt une lame de verre dépoli, et y dessinent une surface offrant un éclairage égal, uniforme, et dont, de toute évidence, l'intensité totale est proportionnelle à la surface.

Cette surface est variable et son étendue réglée par un petit mécanisme à levier qui, aux degrés 1, 2, 4, etc., fait correspondre des surfaces proportionnelles d'éclairage.

Cet instrument étant placé dans une chambre obscure, le malade est mis en rapport avec le point éclairé de la lanterne, à 8 pouces, quantité constante et qu'on mesure très-approximativement par la distance de l'extrémité du pouce à l'extrémité de l'auriculaire au maximum d'écartement. Cette mesure approchée est facile à prendre dans l'obscurité (et il faut se rappeler que l'expérience se fait dans les ténèbres).

Cet exposé suffit à faire comprendre tout le mécanisme de l'appareil, et combien avec son aide on peut obtenir d'indications fidèles. Par ce moyen, rien de plus simple désormais que de mesurer la sensibilité rétinienne dissimulée derrière un cristallin opacifié.

Optométrie. — La troisième communication due à l'obligeant professeur est relative à un nouveau procédé qu'il propose de substituer à ceux employés dans la pratique pour la détermination de la portée de la vue, c'est-à-dire de l'état de la réfraction de l'œil; en un mot, à un nouveau moyen optométrique.

Tous ceux qui sont quelque peu versés dans l'étude des affections fonctionnelles de la vue savent combien est grande la difficulté qu'on éprouve à déterminer, non pas le *punctum proximum* de la vue distincte, la limite inférieure du mésoroptre monoculaire, mais sa limite éloignée, le *punctum remotum*. Or, cette détermination est devenue bien autrement importante que l'autre : n'est-ce pas sur elle qu'il y a lieu désormais de s'appuyer pour toute analyse de la vision d'un sujet? n'est-ce pas elle qui donne ce que l'on nomme aujourd'hui « l'état de la réfraction de l'œil » ?

Plusieurs principes ont été mis en avant pour conduire à cette détermination. Parmi les principaux, nous rappellerons :

1° La division artificielle du cercle de diffusion, produisant des images multiples dès que l'on dépasse les bornes au delà desquelles apparaît l'aberration de parallaxe. C'est le principe de l'optomètre de Scheiner, appliqué également dans les instruments de Porterfield, d'Young, de Stampfer.

2° L'application de ce même principe par la nature elle-même, dans l'apparition des divisions hexagonales du cristallin sur la surface des cercles de diffusion, au moment où l'on dépasse les limites de l'accommodation dans un sens ou dans l'autre.

On sait que, dans ces circonstances, apparaît la polyopie monoculaire, chaque image plus ou moins distincte étant fournie par une des segmentations transparentes.

3° Le principe de la dispersion ou de l'achromatisme, ou de l'aberration de réfrangibilité, phénomène se révélant dans l'œil dans les mêmes circonstances que la polyopie, c'est-à-dire au moment où l'on sort des limites de l'accommodation exacte. On sait que, lors d'un état de réfraction en excès (myopie) de l'œil, les rayons violets forment le bord *extérieur* du cercle de diffusion, tandis que, dans l'état inverse, celui où la réfraction est en défaut (hyperopie), ce sont les rayons rouges qui bordent ce même cercle.

C'est sur ce principe que repose l'optomètre de Helmholtz, basé sur le chromatisme.

4° Le principe de l'irradiation. Il faut partir, il est vrai, de cette hypothèse, que l'irradiation ne dépend point, comme l'énoncent encore les auteurs classiques, de la sympathie ou de l'influence de l'onde vibrante sur les éléments rétiniens voisins, mais bien (comme l'établissent MM. Trouessart d'abord, Vallée ensuite) du cercle même de diffusion. Il faut, d'ail-

leurs, ajouter à cette hypothèse un fait récemment démontré, celui qui attribue au système cristallinien l'absence de toute aberration de courbure, le monochromatisme parfait dans les mêmes limites de l'accommodation.

Sous ce rapport, un excellent type optométrique est fourni par une table divisée, comme l'échiquier, en carrés juxtaposés noirs et blancs. Dès que l'irradiation s'accuse, les angles des carrés noirs disparaissent sous l'influence des parties blanches.

5° L'optométrie peut enfin être basée encore sur le minimum des angles de perception distincte. On sait (Snellen, Giraud-Teulon) que cet angle minimum répond, dans les cas les plus favorables, à 1'; mais, dès que l'on sort des limites de l'accommodation, le cercle de diffusion empiète sur cet angle de 1'. L'objet devient donc immédiatement indistinct. En plaçant devant un sujet un tableau de caractères régulièrement croissants, et tels qu'à chaque distance corresponde un même angle visuel de 1', le dernier caractère nettement visible indiquera la distance extrême de la vision distincte, le *punctum remotum* de l'accommodation.

Tels sont les éléments jusqu'ici obligés de tout procédé optométrique.

Les beaux travaux de M. Donders ont montré, on se le rappelle, que l'état de la réfraction de l'œil myope, son excès sur la réfraction normale, a pour expression numérique la puissance réfringente de la lentille, qui lui rend perceptibles les rayons parallèles, à savoir $\frac{1}{f}$, et que la longueur focale (f) de cette lentille était tout justement la distance exprimée en pouces du *punctum remotum*.

Par une extension parfaitement logique, la même expression $\frac{1}{f}$, estimée en sens contraire et représentant une lentille collective et non un verre dispersif, représente le défaut de réfraction qui caractérise l'œil hyperope ou hypermétrope.

L'œil normal ou emmétrope tient le milieu, et répondrait, pour les rayons parallèles, au verre neutre ou 0.

Rien donc de plus rationnel, si l'on veut mesurer le *punctum remotum*, ou plus généralement l'état de la réfraction d'un œil donné, que de recourir à l'épreuve des verres convexes ou concaves en série régulièrement ascendante.

Cette méthode, appliquée à des caractères d'une dimension préalablement réglée, c'est-à-dire *en rapport convenable avec la distance et l'acuité de la vision*, donnera des résultats aussi exacts que la fonction si sensible qu'on a à étudier peut le comporter.

Mais il faut reconnaître que, dans la pratique, elle est longue, ennuyeuse pour le malade et pour le médecin; que le maniement des verres à employer successivement, en les essuyant tour à tour et souvent plusieurs fois chacun, devient un véritable ennui; qu'en outre, pour le cas de l'hypermétropie, où l'on se trouve en présence d'un appareil musculaire (ciliaire) agité de spasme ou de contracture tonique plus ou moins stable, il est très-difficile d'obtenir du malade des réponses exactes; il faut avouer, disons-nous, que l'analyse optométrique de la vue d'un sujet est une véritable fatigue.

Pour obvier à cet inconvénient, à cette perte de temps et à ces incertitudes fréquentes dans les résultats (au moins en ce qui concerne l'hyperopie), M. de Graefe a recours à la méthode et à l'instrumentation que nous allons décrire :

Imaginons un système de deux lentilles, l'une convexe, l'autre concave, placées sur un même axe, à une distance telle que la lentille concave servant d'oculaire fasse émerger vers l'œil observateur, à l'état de parallélisme, les rayons convergents qui lui arrivent après avoir traversé la première lentille convexe. Si ces rayons, avant d'avoir subi la réfraction due à la lentille convexe étaient eux-mêmes parallèles, il s'ensuit que le système des deux lentilles en question représente en somme un verre neutre, puisqu'il rend à l'état de parallélisme des faisceaux reçus eux-mêmes sous cette inclinaison mutuelle nulle.

En d'autres termes, au point de vue de la réfraction absolue, ce système répond en effet à un verre n° 0, puisqu'il restitue en parallélisme des rayons incidents parallèles.

Mais que venons-nous de décrire là ? L'instrument connu sous le nom de lunette de Galilée ou d'Opéra. Dans cet instrument, bien qu'on place le verre concave oculaire de foyer f à une distance x du verre objectif convexe de foyer F, égale à $(F-f)$, les rayons parallèles qui vont, par leur réunion, et après leur réfraction par l'objectif, former une image réelle et renversée de l'autre côté de cette première lentille, à la distance F, sont de nouveau réfractés à l'état de parallélisme et en sens inverse par leur passage à travers l'oculaire concave.

Il suit de là, en effet, qu'un œil parfaitement emmétrope réunira, sans aucun effort, *sur la rétine*, les rayons qui émergent d'une lunette de Galilée, quand la distance des verres est exactement égale à la différence des longueurs focales de l'objectif et de l'oculaire.

Ces données sont classiques.

On sait de plus que si l'on diminue cette distance x, rapprochant l'objectif de l'oculaire, on rend de plus en plus divergents les rayons qui émergent du système. Le rapprochement des verres, ou la rentrée du tuyau de tirage peut donc donner par son degré la mesure même de la myopie du sujet qui, pour y voir nettement au loin, est obligé de rapprocher ces verres.

On a en effet $F-x=\dfrac{f}{1-\dfrac{f}{d}}$

en appelant d la distance de la vision distincte, le *punctum remotum* de la vue du sujet.

On en tire $d=\dfrac{f\,(F-x)}{(F-x)-f}$.

2° Mais si le rapprochement graduel et progressif des deux verres nous donne les images virtuelles de la lunette de Galilée à toutes les distances successives qui correspondent aux degrés successifs aussi de la myopie, imaginons maintenant qu'en partant de cette même position de $x=F-f$ qui convient au parallélisme des rayons ou à l'œil emmétrope, on écarte les verres au lieu de les rapprocher : l'effet va être exactement contraire, et les rayons, incidents sur l'objectif à l'état de parallélisme, vont, au fur et à mesure de cet éloignement, émerger de l'oculaire, non plus à l'état de parallélisme ou de divergence, mais sous une convergence de plus en plus marquée à mesure que les verres seront écartés davantage.

Toute lunette de Galilée peut rendre le premier de ces services, à partir de l'emmétropie, être mise en rapport avec tous les degrés de la myopie : cela se fait par le simple rapprochement des verres. Mais ces instruments n'ont pas été construits

en prévision de l'hyperopie, et, dans aucun, le tirage ne peut être conduit au delà de la position qui correspond au parallélisme des rayons.

L'instrumentation imaginée par M. de Graefe comble cette lacune et rend la lunette de Galilée applicable à l'hyperopie aussi bien qu'à l'état amétropique opposé. La modification consiste simplement dans l'augmentation du tuyau de tirage, qui peut être conduit bien au delà de la position du parallélisme et satisfaire à la mesure de tous les degrés de l'hyperopie.

D'après cela, la lunette de Galilée, ainsi établie, peut nous donner (au point de vue de l'inclinaison mutuelle des rayons) tous les degrés de réfraction divergente ou convergente que nous fournit habituellement une boîte complète de verres convexes et concaves : elle s'adaptera à tous les degrés, à toutes les conditions angulaires de la réfraction.

Il y a cependant ici une remarque à faire. Si effectivement la formule ci-dessus, dans laquelle on fera varier x (positivement pour la myopie, négativement pour l'hyperopie), va remplacer pour nous la gradation successive des verres, une correction devra être toujours présente à l'esprit de l'observateur.

Lors des épreuves successives des verres uniques, l'angle visuel est approximativement le même avec ce verre qu'à l'œil nu.

Lors de l'emploi de la lunette de Galilée, c'est tout autre chose : ici l'angle visuel de l'image formée par l'oculaire, est très-différent de celui donné par l'objectif ou par l'objet.

Si l'on appelle V l'angle visuel sous-tendu par l'image virtuelle, R l'angle visuel sous-tendu par l'objet ou l'image réelle procurée par l'objectif, le rapport de ces angles visuels sera donné par la formule :

$$\frac{\tang V}{\tang R}=\frac{F}{F-x}.$$

Dans le cas normal ou de l'œil emmétrope, ce rapport devient $\frac{F}{f}$, car $F-x=f$.

Lors de la myopie, $F-x$ est plus grand que f, et d'autant plus grand que la myopie est plus prononcée. Le grossissement $\frac{F}{f}$ de l'état initial diminue donc avec le degré de la myopie ou le raccourcissement du tuyau.

Dans le cas opposé, celui qui correspond à l'hypermétropie, il en est tout autrement : $F-x$ diminue, puisque x augmente : le grossissement augmente donc aussi le degré de l'hyperopie, et cela dans les proportions exprimées par le rapport ci-dessus.

Il résulte de cette remarque que l'angle visuel sous-tendu par l'image d'un même objet varie avec l'écartement des verres, et dans le rapport de la longueur focale de l'objectif à cette même longueur diminuée de la valeur de l'écartement.

Pour avoir des données comparables, il faut donc faire regarder au sujet des images d'autant plus petites que le grossissement ou l'accroissement de l'angle visuel doit être plus grand.

Cette donnée indispensable suppose un tableau joint à l'instrument, et qui donne le grossissement pour chaque degré d'écartement des verres, écartement régulier et déterminé d'ailleurs par un mouvement de crémaillère, et qui peut ainsi toujours être mesuré.

En ayant égard à ce procédé de correction, il est certain que la méthode proposée par M. de Graefe répond à toutes les exigences, et, au point de vue du maniement, offre un incontestable avantage sur nos épreuves si longues au moyen de verres. Mais n'ayant pas vu appliquer l'instrument en tenant compte du grossissement qui correspond à chaque écartement des verres, nous n'avons pu nous édifier sur les avantages pratiques à ce dernier égard.

Quoi qu'il en soit, il est certain que si l'on peut aisément faire fixer, en chaque circonstance, l'attention du sujet sur un type en rapport, d'une part, avec l'acuité de sa vue préalablement déterminée, de l'autre, avec le grossissement donné par le tableau, cette méthode doit présenter sur toutes les autres de remarquables avantages.

Ainsi elle offre d'abord une grande supériorité quant à la rapidité des épreuves auxquelles on soumet la vue des sujets ; on sait combien ces épreuves, dans les procédés ordinaires, sont longues et ennuyeuses, incertaines de plus dans les réponses que l'on obtient. La succession des verres, si rapide qu'elle soit, ne l'est jamais assez pour ne pas interrompre à chaque épreuve le mouvement commencé, actif ou passif, de l'accommodation. Il y a un continuel sautillement d'un degré d'adaptation à l'autre. Quand il ne s'agit, au contraire, que de tourner une vis d'un mouvement modéré, l'appareil de l'adaptation suit, dans son relâchement, la gradation de netteté des images ou l'écartement progressif des verres, et cette continuité est particulièrement précieuse dans les cas d'hyperopie latente, ainsi que l'a montré M. Donders.

Ajoutons que, se bornant à tourner lui-même la vis qui éloigne les verres, le patient le fait avec une bien plus grande exactitude ; de plus, il ne sait pas ce qu'il fait, et l'on a alors un moyen tout trouvé de contrôle pour ses réponses. Cela n'est pas indifférent pour les opérations de la révision des conscrits.

Cette méthode, ajoute M. de Graefe, ne constitue pas un procédé optométrique nouveau, mais elle s'applique avec avantage aux moyens optométriques classiques. On peut, par exemple, adapter au tube un diaphragme percé de plusieurs fentes parallèles, sur le modèle de la lunette sténopéique de Donders, et viser ainsi une barre éloignée. On a ainsi un optomètre de Scheiner à fentes multiples (supérieur en cela aux deux fentes de celui de Scheiner, parce que de la sorte il y a toujours au moins deux de ces fentes tombant dans le champ pupillaire) ; on applique ainsi très-aisément la méthode optométrique de Scheiner.

Si l'on change cette plaque pour celle de la fente à astigmatisme, on a là un moyen très-avantageux pour déterminer promptement le degré de cette anomalie.

Si l'on veut s'appuyer sur la méthode optométrique tirée des phénomènes de la polyopie monoculaire, rien n'est plus simple en faisant regarder un petit point lumineux éloigné.

Le principe optométrique auquel M. de Graefe donne la préférence, est le tableau de bâtonnets parallèles ou le damier à carrés noirs et blancs entrecroisés. C'est au moins celui qui lui a donné les résultats le plus constamment satisfaisants.

GIRAUD-TEULON.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Anatomie et physiologie pathologiques.

CONSIDÉRATIONS SUR LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES, ET EN PARTICULIER SUR LE SIÉGE DE LA FACULTÉ DU LANGAGE ARTICULÉ, par le docteur ERNEST AUBURTIN.

(Suite. — Voir les nos 20 et 22.)

J'aurais pu multiplier les exemples semblables à ceux que je viens de rapporter, mais tous ces faits ont entre eux tant de ressemblance, que j'ai voulu éviter une monotonie fatigante pour le lecteur. Je préfère réserver sa bonne volonté pour d'autres plus complets qui portent leur enseignement et que je tiens à mettre sous ses yeux. Une fois bien étudiés, ils nous permettront de reprendre quelques-unes des objections faites contre la doctrine, objections qui semblaient devoir la ruiner à tout jamais, et qui ne l'ébranlent même pas.

Depuis 1848, la question de la localisation du langage articulé n'avait été discutée dans le sein d'aucune société savante, lorsque la Société d'anthropologie de Paris fut mise en demeure de s'en occuper dans les circonstances suivantes : au mois de février 1861, M. Gratiolet, en présentant le crâne d'un Mexicain Totonaque, toucha à plusieurs points de physiologie cérébrale qui furent l'occasion d'une longue discussion, dans laquelle les principes de la phrénologie ont été défendus par les uns, combattus par les autres.

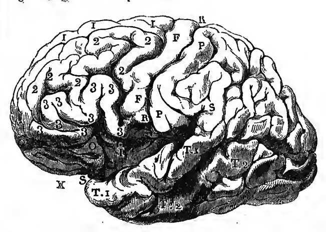
Pour mon propre compte, j'ai cherché à montrer que l'anatomie et la physiologie pathologiques avaient déjà fourni des données qu'il était impossible de méconnaître, et renfermant ma communication dans le cercle des faits relatifs au siége de la faculté spéciale du langage articulé, j'ai passé en revue une série de cas où une affection cérébrale spontanée ou traumatique, — apoplexie, ramollissement, coup de feu, chute, fracture avec enfoncement d'esquilles dans la pulpe cérébrale, — avait aboli cette faculté sans abolir les autres, et où l'on a trouvé, à l'autopsie, une lésion des lobes antérieurs du cerveau. Aux observations que je présentais, on m'en opposait d'autres qui semblaient de nature à infirmer les miennes, et les meilleurs esprits étaient flottants, incertains, en présence des faits en apparence contradictoires qui existent dans la science. M. Broca déclara que, partisan du principe des localisations, il éprouvait beaucoup d'hésitation.

« Sans doute, dit-il, la valeur des faits n'est pas subordonnée aux circonstances au milieu desquelles on les observe ; mais l'impression qu'ils font sur nous en dépend en grande partie, et lorsque, peu de jours après avoir entendu l'argumentation de M. Auburtin, je trouvai un matin dans mon service un moribond qui, depuis *vingt et un ans, avait perdu la faculté du langage articulé*, je recueillis avec le plus grand soin cette observation, qui semblait venir tout exprès pour servir de pierre de touche à la théorie soutenue par mon collègue. »

J'ai vu ce malade à Bicêtre avec M. Broca, et son histoire est si importante, que je tiens, malgré sa longueur, à la rapporter telle qu'elle est consignée dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS.

Mais auparavant, pour rendre accessibles à tout le monde la description des lésions et l'exacte détermination de leur siége, j'ai voulu mettre sous les yeux du lecteur une figure représentant la disposition des circonvolutions de la partie antérieure du cerveau. Ces circonvolutions ne sont pas, en effet, comme la plupart des anatomistes l'ont admis jusqu'ici, des plis de hasard, comparables aux circonvolutions désordonnées de l'intestin grêle : ce sont des organes parfaitement fixes, dont le nombre, les connexions, la situation et les rapports sont rigoureusement déterminés. Ce qui varie d'individu à individu, ce qui varie même d'un côté à l'autre sur le même cerveau, ce sont les plis secondaires, les flexuosités de chaque circonvolution; et c'est pour n'avoir pas su distinguer les plis secondaires des circonvolutions fondamentales que, jusqu'à une époque toute récente, les auteurs ont méconnu la régularité de la conformation des hémisphères cérébraux. Cette conformation est aussi fixe que celle du cœur. On a vu manquer quelquefois une ou plusieurs circonvolutions fondamentales, mais chez les idiots.

Je ne dois décrire ni même énumérer ici les circonvolutions fondamentales des hémisphères en général; mais, pour l'intelligence de ce qui va suivre, je dois présenter une figure sur laquelle sont indiquées les circonvolutions de la région où siégent les lésions de l'aphémie.



L'hémisphère gauche du cerveau vu par sa face externe.

SS, la *scissure de Sylvius*, dont les bords sont écartés afin de laisser voir l'*insula* de Reil, I.

T. 1, T. 1, la *première circonvolution temporale* du temporo-sphénoïdal; elle est désignée aussi sous le nom de *circonvolution marginale inférieure*.

T. 2, T. 2, la *seconde circonvolution temporale*, séparée de la précédente par un sillon qui est parallèle à la scissure de Sylvius, et qui est désigné pour cela sous le nom de *scissure parallèle*.

RR, le *sillon de Rolando*, parcourant toute la face externe de l'hémisphère, depuis la ligne médiane jusqu'à la scissure de Sylvius, où il se termine. Ce sillon, qui sépare le lobe antérieur ou frontal du lobe pariétal, est limité en arrière par la *circonvolution pariétale transverse* ou *antérieure* PP, en avant par la *circonvolution frontale transverse* ou *postérieure* FF.

Le *lobe frontal* ou *antérieur*, comprenant toute la partie de l'hémisphère qui est située en avant du sillon de Rolando et au-dessus de la scissure de Sylvius, se compose de deux étages, l'un supérieur, l'autre inférieur, séparés l'un de l'autre par la couche de substance blanche qui se continue avec le corps calleux. L'étage inférieur constitue le *lobule orbitaire* OO, qui repose sur la voûte de l'orbite, et qui, en arrière, s'arrête au niveau de l'extrémité antérieure de la scissure de Sylvius. L'étage supérieur, beaucoup plus étendu d'avant en arrière, se compose de quatre circonvolutions, dont l'une FF, déjà nommée, est postérieure et à peu près transversale, tandis que les trois autres sont dirigées d'avant en arrière. Ces trois circonvolutions frontales antéro-postérieures, désignées sous les noms de première, deuxième et troisième circonvolutions frontales, commencent toutes trois à l'extrémité antérieure de l'hémisphère, derrière l'arcade sourcilière, et vont en arrière se jeter séparément dans la circonvolution frontale transverse.

1, 1, 1, *première circonvolution frontale*, formant le bord interne de l'hémisphère, le long de la grande faux.

2, 2, 2, 2, 2, *seconde circonvolution frontale*, séparée de la précédente par un sillon flexueux.

3, 3, 3,..., 3, *troisième circonvolution frontale*, placée en dehors de la précédente, aboutissant à la circonvolution transversale, sur le bord de la scissure de Sylvius, et décrivant trois sinuosités profondes vis-à-vis de l'insula de Reil. Son bord supérieur et interne est séparé de la seconde circonvolution par un sillon flexueux interrompu à sa partie moyenne par un pli de passage qui fait communiquer ces deux circonvolutions l'une avec l'autre. Le bord inférieur ou externe de la troisième circonvolution se compose de deux parties : l'une, antérieure, qui s'applique sur la circonvolution la plus externe du lobule orbitaire OO; l'autre, postérieure, qui est libre et qui forme le bord supérieur de la scissure de Sylvius, en avant du sillon de Rolando. C'est pour cela que la troisième circonvolution frontale a été désignée aussi sous le nom de *circonvolution marginale supérieure*. C'est dans la partie postérieure ou libre de la troisième circonvolution frontale que siégent les lésions de l'aphémie.

Aphémie datant de vingt et un ans, produite par le ramollissement chronique et progressif de la seconde et de la troisième circonvolution de l'étage supérieur du lobe frontal gauche.

OBS. I. — Le 11 avril 1861, on transporta à l'infirmerie générale de Bicêtre, service de chirurgie, un homme de cinquante et un ans, nommé

Leborgne, atteint d'un phlegmon diffus gangréneux de tout le membre inférieur droit, depuis le cou-de-pied jusqu'à la fesse. Aux questions que je lui adressai le lendemain sur l'origine de son mal, il ne répondit que par le monosyllabe *tan*, répété deux fois de suite, et accompagné d'un geste de la main gauche. J'allai aux renseignements sur les antécédents de cet homme, qui était à Bicêtre depuis vingt et un ans. On interrogea tour à tour ses surveillants, ses camarades de division et ceux de ses parents qui vinrent le voir, et voici quel fut le résultat de cette enquête.

Il était sujet, depuis sa jeunesse, à des attaques d'épilepsie; mais il avait pu prendre l'état de formier, qu'il exerça jusqu'à l'âge de trente ans. A cette époque, il perdit l'usage de la parole, et ce fut pour ce motif qu'il fut admis comme infirme à l'hospice de Bicêtre. On n'a pu savoir si la perte de la parole était survenue lentement ou rapidement, ni si quelque autre symptôme avait accompagné le début de cette affection.

Lorsqu'il arriva à Bicêtre, il y avait déjà deux ou trois mois qu'il ne parlait plus. *Il était alors parfaitement valide et intelligent, et ne différait d'un homme sain que par la perte du langage articulé.* Il allait et venait dans l'hospice, où il était connu sous le nom de *Tan*. Il comprenait tout ce qu'on lui disait; il avait même l'oreille très-fine; mais, quelle que fût la question qu'on lui adressât, il répondait toujours : *tan, tan*, en y joignant des gestes très-variés au moyen desquels il réussissait à exprimer la plupart de ses idées. Lorsque ses interlocuteurs ne comprenaient pas sa mimique, il se mettait aisément en colère, et ajoutait alors à son vocabulaire un gros juron, un seul, et le même précisément que j'ai indiqué plus haut, en parlant d'un malade observé par M. Auburtin. *Tan* passait pour égoïste, vindicatif, méchant, et ses camarades, qui le détestoient, l'accusaient même d'être voleur. Ces défauts pouvaient être dus, en grande partie, à la lésion cérébrale; toutefois ils n'étaient pas assez prononcés pour paraître pathologiques, et, quoique le malade fût à Bicêtre, on n'eut jamais la pensée de le faire passer dans la division des aliénés. On le considérait, au contraire, comme un homme parfaitement responsable de ses actes.

Il y avait déjà dix ans qu'il avait perdu la parole, lorsqu'un nouveau symptôme se manifesta : les muscles du bras droit s'affaiblirent graduellement, et finirent par être entièrement paralysés. *Tan* continuait à marcher sans difficulté, mais la paralysie du mouvement gagna peu à peu le membre inférieur droit, et, après avoir traîné la jambe pendant quelque temps, le malade dut se résigner à garder constamment le lit. Il s'étoit écoulé environ quatre ans depuis le début de la paralysie du bras jusqu'au moment où celle du membre abdominal avait été assez avancée pour rendre la station tout à fait impossible. Il y avait donc à peu près sept ans que *Tan* était alité lorsqu'il fut conduit à l'infirmerie. Cette dernière période de sa vie est celle sur laquelle nous avons le moins de renseignements. Comme il était devenu incapable de nuire, ses camarades ne s'occupaient plus de lui, si ce n'est pour s'amuser quelquefois à ses dépens (ce qui lui donnait de vifs accès de colère), et il avait perdu la petite célébrité que la singularité de sa maladie lui avait donnée autrefois dans l'hospice. On s'était aperçu que sa vue baissait notablement depuis environ deux ans. C'était la seule aggravation qu'on eût remarquée depuis qu'il gardait le lit. Du reste, il n'avait jamais été gâteux; on ne changeoit ses draps qu'une fois par semaine, de telle sorte que le phlegmon diffus pour lequel il fut transporté à l'infirmerie le 11 avril 1861, ne fut reconnu par les infirmiers que lorsqu'il eut fait des progrès considérables et envahi la totalité du membre abdominal droit, depuis le pied jusqu'à la fesse.

L'étude de ce malheureux, qui ne pouvait parler, et qui, étant paralysé de la main droite, ne pouvait écrire, offrait bien quelque difficulté. Il était d'ailleurs dans un état général tellement grave, qu'il y aurait eu cruauté à le tourmenter par de trop longues investigations.

Je constatai toutefois que la sensibilité générale était partout conservée, quoiqu'elle le fût inégalement. La moitié droite du corps était moins sensible que l'autre, et cela avait contribué sans doute à atténuer la douleur du phlegmon diffus. Le malade n'en souffrait pas beaucoup lorsqu'on n'y touchait pas, mais la palpation était douloureuse, et quelques incisions, que je fus obligé de pratiquer, provoquèrent de l'agitation et des cris.

Les deux membres droits étaient complétement paralysés du mouvement; les deux autres membres obéissaient à la volonté, et, quoique affaiblis, pouvaient, sans aucune hésitation, exécuter tous les mouvements. L'émission des urines et des matières fécales était naturelle, mais la déglutition se faisait avec quelque difficulté; la mastication, au contraire, se faisait très-bien. Le visage n'était pas dévié; toutefois, dans l'action de souffler, la joue gauche paraissait un peu plus gonflée que la droite, ce qui indiquait que les muscles de ce côté de la face étaient un peu affaiblis. Il n'y avait aucune tendance au strabisme. La langue était parfaitement libre; elle n'était nullement déviée; le malade pouvait la mouvoir en tous sens et la tirer hors de la bouche. Les deux moitiés de cet organe étaient d'une égale épaisseur. La difficulté de déglutition que je viens de signaler était due à la paralysie commençante du pharynx, et non à la paralysie de la langue, car c'était seulement le troisième temps de la déglutition qui était laborieux. Les muscles du larynx ne paraissaient nullement altérés, le timbre de la voix était naturel, et les sons que le malade rendait pour prononcer son monosyllabe étaient parfaitement purs.

L'ouïe avait gardé sa finesse : *Tan* entendait bien le bruit de la montre; mais sa vue était affaiblie; quand il voulait regarder l'heure, il était obligé de prendre la montre lui-même avec sa main gauche, et de la placer dans une position particulière, à 20 centimètres environ de l'œil droit, qui paraissait meilleur que le gauche.

L'état de l'intelligence n'a pu être exactement déterminé. Il est certain que *Tan* comprenait presque tout ce qu'on lui disait; mais, ne pouvant manifester ses idées ou ses désirs que par les mouvements de sa main gauche, notre moribond ne pouvait pas se faire comprendre aussi bien qu'il comprenait les autres. Les réponses numériques étaient celles qu'il faisait le mieux, en ouvrant ou fermant les doigts. Je lui demandai plusieurs fois depuis combien de jours il était malade? Il répondit tantôt cinq jours, tantôt six jours. Depuis combien d'années il était à Bicêtre? Il ouvrit la main quatre fois de suite, et fit l'appoint avec un seul doigt; cela faisait vingt et un ans, et l'on a vu plus haut que ce renseignement était parfaitement exact. Le lendemain, je répétai la même question, et j'obtins la même réponse; mais, lorsque je voulus y revenir une troisième fois, *Tan* comprit que je lui faisais faire un exercice; il se mit en colère, et articula le juron déjà nommé, que je n'ai entendu de sa bouche qu'une seule fois. Je lui présentai ma montre deux jours de suite. L'aiguille des secondes ne marchait pas; il ne pouvait par conséquent distinguer les trois aiguilles qu'à leur forme ou à leur longueur; néanmoins, après avoir examiné la montre pendant quelques instants, il put chaque fois indiquer l'heure avec exactitude. Il est donc incontestable que cet homme était intelligent, qu'il pouvait réfléchir, et qu'il avait conservé, dans une certaine mesure, la mémoire des choses anciennes. Il pouvait même comprendre des idées assez compliquées : ainsi je lui demandai dans quel ordre ses paralysies s'étaient succédé; il fit d'abord avec l'index de la main gauche un petit geste horizontal qui voulait dire : Compris! puis il me montra successivement sa langue, son bras droit et sa jambe droite. C'était parfaitement exact, à cela près qu'il attribuait la perte de la parole à la paralysie de la langue, ce qui était bien naturel.

Pourtant, diverses questions auxquelles un homme d'une intelligence ordinaire aurait trouvé le moyen de répondre par le geste, même avec une seule main, sont restées sans réponse. D'autres fois on n'a pu saisir le sens de certaines réponses, ce qui paraissait impatienter beaucoup le malade; d'autres fois, enfin, la réponse était claire, mais fausse : ainsi, quoiqu'il n'eût pas d'enfants, il prétendait en avoir. Il n'est donc pas douteux que l'intelligence de cet homme avait subi une atteinte profonde, soit sous l'influence de son affection cérébrale, soit sous l'influence de la fièvre qui le dévorait; mais il était évidemment bien plus intelligent qu'il ne faut l'être pour parler.

Il résultait clairement des renseignements obtenus et de l'état présent du malade, qu'il existait une lésion cérébrale progressive, qui, dans l'origine et pendant les dix premières années de la maladie, était restée limitée à une région assez circonscrite, et qui, dans cette première période, n'avait atteint ni les organes de motilité, ni les organes de sensibilité; qu'au bout de dix ans, la lésion s'était propagée à un ou plusieurs organes de motilité, en respectant encore les organes de sensibilité; et que, plus récemment enfin, la sensibilité générale s'était émoussée en même temps que la vision, surtout la vision de l'œil gauche. La paralysie complète du mouvement occupant les deux membres du côté *droit*, et la sensibilité de ces deux membres étant en outre un peu affaiblie, la lésion cérébrale principale devait occuper l'hémisphère *gauche*, et ce qui confirmait cette opinion, c'était la paralysie incomplète des muscles de la joue *gauche* et de la rétine du même côté; car il est inutile de rappeler que les paralysies de cause cérébrale sont croisées pour le tronc et les membres, et directes pour la face.

Il s'agissait maintenant de déterminer plus exactement, si c'était possible, le siége de la lésion primitive, et, quoique la dernière discussion de la Société d'anthropologie eût laissé planer quelque doute sur la doctrine de M. Bouillaud, je voulus, dans l'attente d'une autopsie prochaine, raisonner comme si cette doctrine était vraie; c'était le meilleur moyen de la mettre à l'épreuve. M. Auburtin ayant déclaré quelques jours auparavant qu'il y renoncerait si on lui montrait un seul cas d'aphémie bien caractérisée sans lésion des lobes antérieurs, je l'invitai à venir voir mon malade pour savoir avant tout quel serait son diagnostic, et si cette observation était une de celles dont il accepterait le résultat comme concluant. Malgré les complications qui étaient survenues depuis onze ans, mon collègue trouva l'état actuel et les antécédents suffisamment clairs pour affirmer sans hésitation que la lésion avait dû débuter dans l'un des lobes antérieurs.

Raisonnant d'après cette donnée pour compléter le diagnostic, je considérai que le corps strié était l'organe moteur le plus rapproché des lobes antérieurs ; c'était sans doute en se propageant graduellement à cet organe que la lésion primitive avait produit l'hémiplégie. Le diagnostic probable était donc : lésion primitive du lobe antérieur gauche, propagée au corps strié du même côté. Quant à la nature de cette lésion, tout indiquait qu'il s'agissait d'un ramollissement chronique à marche progressive, mais extrêmement lente, car l'absence de tout phénomène de compression excluait l'idée d'une tumeur intra-crânienne.

Le malade mourut le 17 avril, à onze heures du matin. L'autopsie fut pratiquée le plus tôt possible, c'est-à-dire au bout de vingt-quatre heures. La température était peu élevée. Le cadavre ne présentait aucun signe de putréfaction. Le cerveau fut montré quelques heures après à la Société d'anthropologie, puis plongé immédiatement dans l'alcool. Cet organe était tellement altéré, qu'il a fallu de très-grandes précautions pour le conserver. Ce n'est qu'au bout de deux mois et après plusieurs changements de liquide que la pièce a commencé à se raffermir. Aujourd'hui elle est en parfait état, et elle est déposée dans le musée Dupuytren sous le n° 55, *a*, du *système nerveux*.

Je passe sous silence les détails relatifs au phlegmon diffus. Les muscles des deux membres droits étaient entièrement graisseux et réduits à un petit volume. Tous les viscères étaient sains, excepté l'encéphale.

Le crâne a été ouvert à la scie avec beaucoup de soin. Toutes les sutures sont soudées ; l'épaisseur des os est un peu accrue ; le diploé est remplacé par du tissu compacte. La surface interne de la voûte crânienne présente dans toute son étendue une apparence de fine vermoulure, indice certain d'une ostéite chronique (n° 55, *b*).

La face externe de la dure-mère est rouge et très-vasculaire ; cette membrane est très-épaisse, très-vasculaire, comme charnue, et tapissée intérieurement d'une couche pseudo-membraneuse infiltrée de sérosité, et d'apparence lardacée. La dure-mère et la fausse membrane réunies ont une épaisseur moyenne de 5 millimètres (minimum, 3 millimètres ; maximum, 8) ; d'où il résulte nécessairement que l'encéphale a dû perdre une notable partie de son volume primitif.

La dure-mère enlevée, la pie-mère apparaît très-injectée en certains points, épaissie partout, et, par places, opaque, infiltrée d'une matière plastique jaunâtre qui a la couleur du pus, mais qui est solide, et qui, examinée au microscope, ne renferme pas de globules purulents.

Sur la partie latérale de l'hémisphère gauche, au niveau de la scissure de Sylvius, la pie-mère est soulevée par une collection de sérosité transparente qui se loge dans une large et profonde dépression de la substance cérébrale. Ce liquide étant évacué par une ponction, la pie-mère s'affaisse, se déprime profondément, et il en résulte une cavité allongée d'une capacité équivalente au volume d'un œuf de poule, correspondant à la scissure de Sylvius, et séparant par conséquent le lobe frontal du lobe temporal. Elle se prolonge en arrière jusqu'au niveau du sillon de Rolando, qui sépare, comme on sait, les circonvolutions antérieures ou frontales des circonvolutions pariétales. La lésion est donc située tout entière en avant de ce sillon, et le lobe pariétal est sain, au moins d'une manière relative, car aucune partie des hémisphères n'est dans un état d'intégrité absolue.

En incisant et écartant la pie-mère au niveau de la cavité que je viens d'indiquer, on reconnaît au premier coup d'œil que celle-ci correspond non à une dépression, mais à une perte de substance de la masse cérébrale ; le liquide qui la remplissait y a été exhalé consécutivement pour remplir le vide à mesure qu'il se formait, comme cela a lieu dans le ramollissement chronique des couches superficielles du cerveau ou du cervelet. L'étude des circonvolutions qui limitent la cavité montre effectivement qu'elles sont le siége d'un de ces ramollissements chroniques dont la marche est assez lente pour que les molécules cérébrales, dissociées en quelque sorte une à une, puissent se résorber et être remplacées par une exhalation de sérosité. Une partie notable de l'hémisphère gauche a été ainsi détruite graduellement ; mais le ramollissement s'étend bien au delà des limites de la cavité ; celle-ci n'est nullement circonscrite, et ne peut, sous aucun rapport, être comparée à un kyste. Ses parois, presque partout irrégulières, anfractueuses, sont constituées par la substance cérébrale elle-même, qui est extrêmement ramollie à ce niveau, et dont la couche la plus interne, en contact direct avec la sérosité exhalée, était en voie de dissolution lente et graduelle lorsque le malade a succombé. Seule, la paroi inférieure est lisse, et offre une consistance assez ferme.

Il est clair, par conséquent, que le foyer primitif du ramollissement existait là où se trouve aujourd'hui la perte de substance ; que le mal s'est ensuite étendu de proche en proche par continuité de tissu ; et que le point où il a débuté doit être cherché, non parmi les organes actuellement ramollis ou en voie de ramollissement, mais parmi ceux qui sont plus ou moins complétement détruits. Nous allons donc, d'après l'inspection des parties qui limitent la perte de substance, dresser la liste de celles qui ont disparu.

La cavité que nous allons décrire est située, comme on l'a déjà vu, au niveau de la scissure de Sylvius ; elle est comprise, par conséquent, entre le lobe frontal et le lobe temporo-sphénoïdal, et si les organes qui l'entourent n'étaient que refoulés sans être détruits, on devrait trouver sur son bord inférieur ou temporal la *circonvolution marginale inférieure*, sur son bord supérieur ou frontal la *troisième circonvolution frontale*, et enfin, sur sa paroi profonde, le *lobe de l'insula*. Or, il n'en est rien. 1° Le bord inférieur de la cavité est limité par la seconde circonvolution temporo-sphénoïdale, qui est d'ailleurs bien entière, et qui possède une consistance assez ferme. La circonvolution marginale inférieure a donc été détruite dans toute son épaisseur, c'est-à-dire jusqu'à la *scissure parallèle*. 2° La paroi profonde de la cavité ne présente plus de traces du lobe de l'insula ; ce lobe est entièrement détruit, ainsi que la moitié interne du noyau extra-ventriculaire du corps strié ; enfin la perte de substance se prolonge de ce côté jusque dans la partie antérieure du noyau ventriculaire du corps strié, de telle sorte que notre cavité communique, par une ouverture longue d'un demi-centimètre et à bords irréguliers, avec le ventricule latéral du cerveau. 3° Enfin le bord supérieur, ou plutôt la paroi supérieure de la cavité, empiète considérablement sur le lobe frontal, qui présente à ce niveau une échancrure large et profonde. La moitié postérieure de la troisième circonvolution frontale est complétement détruite dans toute son épaisseur ; la seconde circonvolution frontale est un peu moins altérée. Ses deux tiers externes au moins ont disparu, et le tiers externe, qui se retrouve encore, est extrêmement ramolli. En arrière, le tiers inférieur de la circonvolution frontale transversale est détruit, dans toute son épaisseur, jusqu'au sillon de Rolando.

En résumé, par conséquent, les organes détruits sont les suivants :

La petite circonvolution marginale inférieure (lobe temporo-sphénoïdal) ; les petites circonvolutions du lobe de l'insula, et la partie subjacente du corps strié ; enfin, sur le lobe frontal, la partie inférieure de la circonvolution transversale, et la moitié postérieure des deux grandes circonvolutions désignées sous les noms de seconde et troisième circonvolutions frontales. Des quatre circonvolutions qui forment l'étage supérieur du lobe frontal, une seule, la première et la plus interne, a conservé, non son intégrité, car elle est ramollie et atrophiée, mais sa continuité ; et si l'on rétablit par la pensée toutes les parties qui ont disparu, on trouve que les trois quarts au moins de la cavité ont été creusés aux dépens du lobe frontal.

Il s'agit maintenant de déterminer le point où la lésion a dû débuter. Or, l'examen de la cavité laissée par la perte de substance montre tout d'abord que le centre du foyer correspond au lobe frontal. Par conséquent, si le ramollissement s'était propagé uniformément en tous sens, ce serait bien ce lobe qui aurait été le point de départ du mal. Mais ce n'est pas seulement l'étude de la cavité qui doit nous guider, nous devons tenir compte aussi de l'état des parties qui l'entourent. Ces parties sont très-inégalement ramollies, elles le sont surtout dans une étendue très-variable. Ainsi la seconde circonvolution temporale, qui limite inférieurement le foyer, présente une surface lisse et une consistance assez ferme ; elle est ramollie, sans doute, mais elle ne l'est pas beaucoup, et elle ne l'est que dans sa couche superficielle. Du côté opposé, sur le lobe frontal, le ramollissement est au contraire presque diffluent au voisinage du foyer ; à mesure qu'on s'en éloigne, la substance cérébrale se raffermit graduellement, mais le ramollissement s'étend, en réalité, jusqu'à une distance considérable, et atteint presque tout le lobe frontal. C'est donc surtout dans ce lobe que le ramollissement s'est propagé, et il est à peu près certain que les autres parties n'ont été envahies que consécutivement.

Si l'on cherchait à préciser davantage, on remarquerait que la troisième circonvolution frontale est celle qui présente la perte de substance la plus étendue ; qu'elle est non-seulement coupée en travers au niveau de l'extrémité antérieure de la scissure de Sylvius, mais encore entièrement détruite dans toute sa moitié postérieure ; qu'elle a subi à elle seule une perte de substance égale à la moitié environ de la perte de substance totale ; que la seconde circonvolution, ou circonvolution moyenne, quoique très-profondément entamée, conserve encore sa continuité à sa partie la plus interne, et que par conséquent, selon toutes probabilités, c'est dans la troisième circonvolution frontale que le mal a débuté.

Les autres parties des hémisphères sont relativement saines ; elles sont, il est vrai, un peu moins fermes que d'habitude, et l'on peut dire que toutes les parties extérieures de l'encéphale ont subi une atrophie notable ; mais elles ont conservé leur forme, leur continuité, leur aspect normal. Quant aux parties profondes, j'ai renoncé à les étudier, afin de ne pas détruire la pièce qu'il me paraissait important de déposer dans le musée. Toutefois l'ouverture qui faisait communiquer avec l'extérieur la partie antérieure du ventricule latéral gauche s'étant agrandie malgré moi pen-

dant la dissection de la pie-mère, j'ai pu examiner à demi la surface interne de ce ventricule, et j'ai vu que tout le corps strié était plus ou moins ramolli; mais que la couche optique avait sa couleur, son volume et sa consistance normaux.

Après avoir décrit les lésions, et cherché à en déterminer la nature, le siége et la marche anatomique, il importe de comparer ces résultats avec ceux de l'observation clinique, afin d'établir, si c'est possible, un rapport entre les symptômes et les désordres matériels.

L'inspection anatomique montre que la lésion était encore en voie de propagation lorsque le malade a succombé. Cette lésion a donc été progressive, mais elle a marché avec beaucoup de lenteur, puisqu'elle a mis vingt et un ans à détruire une partie assez limitée de la masse cérébrale. Il est permis de croire, par conséquent, qu'il y a eu au commencement une longue période pendant laquelle elle ne dépassait pas les limites de l'organe où elle avait débuté. Or, on a vu que le foyer primitif du mal était situé dans le lobe frontal, et très-probablement dans la troisième circonvolution frontale. Cela nous conduit à admettre qu'au point de vue de l'anatomie pathologique il y a deux périodes : l'une, dans laquelle une seule circonvolution frontale (probablement la troisième) était altérée; l'autre, dans laquelle le mal s'est propagé de proche en proche à d'autres circonvolutions, au lobe de l'insula et au noyau extra-ventriculaire du corps strié.

Si maintenant nous examinons la succession des symptômes, nous trouvons également deux périodes : une première période qui a duré dix ans, pendant laquelle la faculté du langage était abolie, et où toutes les autres fonctions de l'encéphale étaient intactes; et une seconde période de onze ans, pendant laquelle une paralysie du mouvement, d'abord partielle, puis absolument complète, a envahi successivement le membre supérieur et le membre inférieur du côté droit.

Cela posé, il est impossible de méconnaître qu'il y a eu correspondance entre les deux périodes anatomiques et les deux périodes symptomatologiques. Nul n'ignore que les circonvolutions cérébrales ne sont pas des organes moteurs. Le corps strié de l'hémisphère gauche est donc de tous les organes lésés le seul où l'on puisse chercher la cause de la paralysie des deux membres droits; et la seconde période clinique, celle où la motilité a été altérée, correspond ainsi à la seconde période anatomique, c'est-à-dire à celle où le ramollissement, débordant les limites du lobe frontal, a gagné l'insula et le corps strié.

Dès lors, la première période de dix ans, caractérisée cliniquement par l'unique symptôme de l'aphémie, doit correspondre à l'époque où la lésion était encore limitée au lobe frontal.

Jusqu'ici, dans ce parallèle des lésions et des symptômes, je n'ai parlé ni des troubles de l'intelligence, ni de leur cause anatomique. On a vu que l'intelligence de notre malade, parfaitement conservée pendant longtemps, avait décliné notablement à partir d'une époque qui n'a pas pu être déterminée, et qu'elle était fort affaiblie lorsque nous l'avons vu pour la première fois. Nous avons trouvé, à l'autopsie, des altérations plus que suffisantes pour expliquer cet état. Trois circonvolutions frontales sur quatre étaient profondément lésées dans une étendue considérable; presque tout le lobe frontal était plus ou moins ramolli; enfin toute la masse des circonvolutions des deux hémisphères était atrophiée, affaissée et sensiblement plus molle qu'à l'état normal. On a peine à comprendre que le malade ait pu conserver encore quelque intelligence, et il ne paraît pas probable qu'on puisse vivre bien longtemps avec un pareil cerveau Je pense, puur ma part, que le ramollissement général du lobe frontal gauche, l'atrophie générale des deux hémisphères, et la méningite chronique générale ne remontaient pas à une époque fort reculée; je suis disposé à cruire que ces lésious sont survenues longtemps aprés le ramollissement du corps strié, de telle sorte qu'on pourrait subdiviser la seconde période en deux périodes secondaires, et résumer ainsi l'histoire du malade :

	LÉSIONS.	SYMPTÔMES.
Première période (dix ans) :	Ramollissement d'une circonvolution frontale (probablement la troisième).	Aphémie simple.
Deuxième période (onze ans)	a. Propagation au corps strié gauche.	Paralysio croisée du mouvement.
	b. Ramollissement de tout le lobe frontal gauche; atrophie générale des hémisphères	Affaiblissement de l'intelligence.

Les faits qui, comme celui-ci, se rattachent à de grandes questions de doctrine, ne sauraient être exposés avec trop de détails, ni discutés avec trop de soin. J'ai besoin de cette excuse pour me faire pardonner l'aridité des descriptions et la longueur des discussions. Je n'ai plus maintenant que peu de mots à ajouter pour faire ressortir les conséquences de cette observation.

1° L'aphémie, c'est-à-dire la perte de la parole, avant tout autre trouble intellectuel et avant toute paralysie, a été la conséquence d'une lésion de l'un des lobes antérieurs du cerveau.

2° Notre observation vient donc confirmer l'opinion de M. Bouillaud, qui place dans ces lobes le siége de la faculté du langage articulé.

3° Les observations recueillies jusqu'ici, celles du moins qui sont accompagnées d'une description anatomique claire et précise, ne sont pas assez nombreuses pour qu'on puisse considérer cette localisation d'une faculté particulière dans un lobe déterminé comme définitivement démontrée, mais on peut la considérer du moins comme extrêmement probable.

4° C'est une question beaucoup plus douteuse de savoir si la faculté du langage articulé dépend du lobe antérieur considéré dans son ensemble, ou spécialement de l'une des circonvolutions de ce lobe; de savoir, en d'autres termes, si la localisation des facultés cérébrales a lieu par faculté et par circonvolution, ou seulement par groupes de facultés et par groupes de circonvolutions. Les observations ultérieures devront être recueillies dans le but de résoudre cette question. Il faut pour cela indiquer exactement le nom et le rang des circonvolutions malades, et, si la lésion est très-étendue, chercher à déterminer, autant que possible, par l'examen anatomique, le point ou plutôt la circonvolution où le mal paraît avoir débuté.

5° Chez notre malade, le siége primitif de la lésion était dans la seconde ou dans la troisième circonvolution frontale, plus probablement dans cette dernière. Il est donc possible que la faculté du langage articulé siége dans l'une ou l'autre de ces deux circonvolutions; mais on ne peut le savoir encore, attendu que les observations antérieures sont muettes sur l'état de chaque circonvolution prise en particulier, et l'on ne peut même pas le pressentir, puisque le principe des localisations par circonvolution ne repose encore sur aucune base certaine.

6° En tous cas, il suffit de comparer notre observation avec celles qui l'ont précédée pour écarter aujourd'hui l'idée que la faculté du langage articulé réside dans un point fixe, circonscrit, et situé sous n'importe quelle bosse du crâne; les lésions de l'aphémie ont été trouvées le plus souvent dans la partie la plus antérieure du lobe frontal, non loin du sourcil, et au-dessus de la voûte orbitaire; tandis que chez mon malade elles existaient bien plus en arrière, et beaucoup plus près de la suture coronale que de l'arcade sourcilière. Cette différence de siége est incompatible avec le système des bosses; elle serait parfaitement conciliable, au contraire, avec le système des localisations par circonvolutions, puisque chacune des trois grandes circonvolutions de l'étage supérieur du lobe frontal parcourt successivement, dans son trajet antéro-postérieur, toutes les régions où ont été trouvées jusqu'ici les lésions de l'aphémie.

Les détails anatomiques et cliniques de cette observation sont tels qu'ils dispensent de tout commentaire. On voit que l'auteur, comme il le dit, sentait toute l'importance d'un fait qui venait se rattacher à de grandes questions de doctrine récemment soulevées à la Société d'anthropologie.

Chez ce malade donc, pendant plusieurs années, la *seule* faculté détruite est celle du *langage articulé*. Il a toute son intelligence; la motilité et la sensibilité sont intactes, et il est impossible de méconnaître les relations de cause à effet qui existent entre tel symptôme et telle lésion anatomique. On a noté avec soin que la langue était parfaitement libre; qu'elle ne présentait aucune déviation; que le malade pouvait la mouvoir dans tous les sens et la tirer hors de sa bouche. Quant à la gêne de la déglutition, d'ailleurs très-légère, je ferai remarquer qu'elle n'est survenue que dans la seconde période de la maladie, celle de la paralysie. J'insiste sur ce point, parce que quelques observateurs ont cherché à rattacher, dans des cas analogues, la perte de la parole à une paralysie de la langue.

Quelques mois s'étaient à peine écoulés depuis que M. Broca avait recueilli ce fait très-curieux, qu'il eut l'occasion d'en observer un second peut-être plus démonstratif encore, parce que la lésion est très-circonscrite. Le voici :

Aphémie débutant brusquement chez un vieillard de quatre-vingt-quatre ans, avec conservation complète de l'intelligence.

Obs. II. — Le nommé Lelong, âgé de quatre-vingt-quatre ans, ancien terrassier, fut porté à l'infirmerie de l'hospice de Bicêtre, service de chirurgie, salle Saint-Prosper, le 27 octobre 1861, pour y être traité d'une fracture du col du fémur gauche.

Cet homme avait été admis dans l'hospice, huit ans auparavant, pour cause de débilité sénile. Il n'avait alors aucune paralysie, il avait conservé tous ses sens, toute son intelligence; mais ses membres, affaiblis par les progrès de l'âge, se refusaient au travail, et sa main, devenue tremblante, ne pouvait plus écrire; jamais d'ailleurs il n'avait su écrire couramment.

Au mois d'avril 1860, pendant les fêtes de Pâques, en descendant un escalier, il s'affaissa tout à coup sur lui-même. On le retint à temps pour l'empêcher de se blesser, mais il paraissait avoir perdu connaissance. Il fut transporté à l'infirmerie, service de médecine, et traité pour une apoplexie cérébrale.

Il fut sur pied en peu de jours. Il n'avait jamais présenté la moindre apparence de paralysie des membres; mais sa fille, de qui je tiens ces renseignements, pensa qu'il avait la langue paralysée. Le fait est que depuis le moment de son accident, il avait perdu *subitement et définitivement la faculté de parler; il ne prononçait plus que certains mots, articulés avec difficulté; sa démarche était un peu incertaine, mais il ne boitait pas; son intelligence n'avait subi aucune atteinte appréciable, il comprenait tout ce qu'on lui disait, et son court vocabulaire, accompagné d'une mimique expressive, lui permettait d'être compris, à son tour, par les personnes qui vivaient habituellement avec lui.*

Cet état se maintint sans changement jusqu'au 27 octobre 1861. Ce jour-là, en montant au lit, il perdit l'équilibre, tomba sur la hanche gauche, et se brisa le col du fémur. Je passe sous silence tout ce qui est relatif à cette fracture.

La paralysie de la langue qu'on nous avait annoncée n'existait pas. Cet organe était bien mobile, il n'était nullement dévié, et offrait la même épaisseur à droite et à gauche. La déglutition se faisait bien; la vue et l'ouïe étaient conservées; les membres obéissaient à la volonté, à l'exception du membre fracturé, qui la veille encore était aussi fort que son congénère. L'émission des urines et des matières fécales était régulière; enfin la sensibilité générale persistait sans altération, et le malade souffrait beaucoup de sa fracture, qui était compliquée d'une assez forte contusion.

Aux questions qu'on lui adressait, cet homme ne répondait que par des signes, accompagnés d'une ou deux syllabes articulées brusquement avec un certain effort. Ces syllabes avaient un sens; c'étaient des mots français, savoir: *oui*, *non*, *tois* (pour *trois*) et *toujours*. Il y avait un cinquième mot qu'il prononçait seulement quand on lui demandait son nom: il répondait alors *Lelo* pour *Lelong*, qui était son véritable nom.

Les trois premiers mots de son vocabulaire correspondaient chacun à une idée déterminée. Pour affirmer ou approuver, il disait *oui*; pour exprimer l'idée opposée, il disait *non*. Le mot *trois* exprimait tous les nombres, toutes les idées numériques. Enfin toutes les fois qu'aucun des trois mots précédents n'était applicable, Lelong se servait du mot *toujours*, qui, par conséquent, n'avait aucun sens déterminé.

Je lui demandai s'il savait écrire? Il répondit *oui*. — S'il pouvait? — *Non*. — Essayez! Il essaya, mais il ne put réussir à diriger la plume.

Les applications qu'il faisait du mot *trois* sont assez curieuses pour être indiquées avec quelques détails. Ce mot était toujours accompagné d'un signe fait avec les doigts, parce que notre malade, sachant que sa langue trahissait sa pensée, rectifiait ainsi par le geste cette erreur involontaire. On me permettra, pour plus de clarté, de rapporter ici quelques-unes de ses réponses.

— Depuis combien d'années êtes-vous à Bicêtre? — *Trois*. Et il levait huit doigts.

— Avez vous des enfants? — *Oui*.

— Combien? — *Trois*. Et il levait quatre doigts.

— Combien de garçons? — *Trois*. Et il levait deux doigts.

— Combien de filles? — *Trois*. Et il levait encore deux doigts.

Tout cela était parfaitement exact.

— Savez-vous lire l'heure à une montre? — *Oui*.

— Quelle heure est-il? — *Trois*. Et il levait dix doigts. (Il était dix heures.)

— Quel âge avez-vous? Nous nous attendions à le voir ouvrir huit fois les deux mains, et faire ensuite un appoint de quatre doigts, car nous savions qu'il avait quatre-vingt-quatre ans. Au lieu de cela, il fit seulement deux gestes, en disant *trois*, et je crus un instant qu'il avait perdu la notion des nombres plus grands que dix. Mais l'interne du rang, M. Bernadet, fit une remarque qui nous révéla tout à coup que cet homme savait très-bien son âge, et qu'il comptait parfaitement. Au premier geste, il avait levé huit doigts; au second geste, il en avait levé quatre. Cela voulait dire sans doute huit dizaines quatre unités. La chose valait la peine d'être vérifiée; je répétai la question, et il reproduisit exactement les mêmes signes accompagnés du mot *trois*. Et quand il vit que nous avions cette fois compris son langage, il ajouta *oui* avec un signe de tête affirmatif.

Il avait des gestes fort expressifs qui lui permettaient de faire des réponses très-intelligibles. Ainsi, il m'a fait connaître sa profession avant qu'on m'eût renseigné sur ce point. — Quel état faisiez-vous avant d'entrer à Bicêtre? — *Toujours*. Et ce disant, il a fait avec ses deux mains le geste d'un homme qui prend une pelle, qui l'enfonce dans le sol, qui la soulève, et qui enfin jette une pelletée de terre. — Vous êtes donc terrassier? — *Oui*, avec un signe de tête affirmatif. Il était effectivement terrassier.

Ses réponses ne nous ont trompé qu'une seule fois. Lorsque nous lui avons demandé depuis combien de temps il avait perdu la parole, il a répondu *trois* en levant huit doigts. Il confondait peut-être la date de son apoplexie avec celle de son entrée à Bicêtre; peut-être aussi voulait-il dire huit mois, ce qui était encore inexact. Nous pensions alors, d'après le rapport de la surveillante, que cet accident datait de trois ans. Ce fut seulement après sa mort que sa fille aînée, en nous donnant la confirmation de ses autres réponses, nous apprit qu'il avait perdu la parole en avril 1860, ce qui faisait dix-huit mois révolus. Je me suis demandé depuis si le geste *huit* n'avait pas été précédé du geste *un*, qui aurait très-bien pu passer inaperçu. Cette interprétation me paraît aujourd'hui très-probable; mais, alors même que cette seule et unique fois le malade se serait trompé ou n'aurait pas su s'exprimer, nous en savons assez pour pouvoir affirmer: 1° qu'il comprenait tout ce qu'on lui disait; 2° qu'il appliquait avec discernement les quatre mots de son vocabulaire; 3° qu'il était sain d'esprit; 4° qu'il connaissait la numération écrite et au moins la valeur des deux premiers ordres d'unités; 5° qu'il n'avait perdu ni la faculté générale du langage, ni la motilité volontaire des muscles de la phonation et de l'articulation, et qu'il n'avait perdu, par conséquent, que la *faculté du langage articulé*.

Il était donc atteint d'*aphémie*, mais cette aphémie différait, à plusieurs égards, de celle que j'avais étudiée chez mon premier malade. Celui-ci n'avait qu'une réponse invariable pour toutes les questions: c'était le monosyllabe *tan*, toujours répété deux fois, et ce mot n'était même pas un mot français; ce n'était pas le dernier débris de sa langue natale, c'était un son de hasard, entièrement dénué de sens. On peut dire, au contraire, que Lelong avait un vocabulaire; outre son nom de famille (*Lelo*), quatre mots, des mots français, avaient survécu au naufrage, et il en tirait tout le parti possible, en donnant à trois d'entre eux des acceptions déterminées. C'étaient donc deux variétés d'aphémie parfaitement distinctes l'une de l'autre. On pouvait supposer, il est vrai, qu'à la longue, par les progrès de son mal, Lelong serait descendu au niveau de l'autre malade. Il y avait, toutefois, une circonstance embarrassante, c'est que, chez ce dernier, l'aphémie avait été, dès le début, aussi complète qu'elle l'était vingt et un ans plus tard au moment de la mort. Le ramollissement cérébral, en se propageant, avait altéré ou aboli des fonctions et des organes divers; n'ayant détruit d'abord qu'une partie peu étendue des circonvolutions frontales, le mal avait fini par creuser dans le lobe antérieur une vaste perte de substance, et l'intelligence du malade avait subi en même temps une atteinte sensible; et pourtant, tandis que tous les autres troubles fonctionnels avaient été en croissant, le seul symptôme de l'aphémie était constamment resté le même. Il était donc permis de se demander si l'aphémie de Tan et celle de Lelong étaient de même nature; il y avait des raisons pour la négative et des raisons pour l'affirmative. J'hésitai, par conséquent, à admettre que le siége de la lésion dût être le même dans le second cas que dans le premier, et j'attendis, sans me prononcer, les résultats de l'autopsie, qui devait être prochaine. Le malade, en effet, s'affaiblissait rapidement; il lui survint des eschares au sacrum, et il mourut le 8 novembre 1861, douze jours seulement après sa chute.

Autopsie. — Les viscères thoraciques et abdominaux ne présentaient rien de remarquable. Je n'ai pas à parler ici de la fracture du col du fémur; je ne parlerai que du cerveau.

Toutes les sutures sont ossifiées. Les parois du crâne sont un peu épaissies, mais ne sont pas plus dures que d'habitude; les os sont sains, ainsi que la dure-mère, qui n'est pas épaissie. Il y a dans la cavité de l'arachnoïde une assez grande quantité de sérosité; la pie-mère n'est ni épaissie ni congestionnée.

L'encéphale entier pèse avec ses membranes, au sortir du crâne, 1136 grammes, chiffre très-inférieur à la moyenne, et à peine égal au poids minimum de l'encéphale des individus *adultes*, *du sexe masculin*, et *sains d'esprit*. Dans les pesées connues jusqu'ici, ce minimum a été de 1133 grammes. Mais on sait que, chez les vieillards, le poids moyen de l'encéphale diminue d'une manière notable. On verra, en outre, tout à l'heure que l'un des hémisphères avait subi une atrophie assez prononcée. Ces deux causes réunies ont contribué à faire descendre bien au-dessous de la moyenne le poids de l'encéphale de notre malade.

Le cerveau étant placé sur une table, on aperçoit au premier coup d'œil une lésion superficielle qui occupe le lobe frontal gauche, immédiatement au-dessous de l'extrémité antérieure de la scissure de Sylvius. A ce ni-

veau, la surface de l'hémisphère est sensiblement affaissée, et la pie-mère déprimée laisse apercevoir par transparence une collection de sérosité qui occupe en surface une étendue à peu près égale à celle d'une pièce d'un franc. Cette lésion est incomparablement plus circonscrite que celle qui existait sur le cerveau de Tan; mais, en comparant les deux pièces, on constate que le centre de la lésion est *identiquement le même* dans les deux cas.

Avant d'enlever la pie-mère, je sépare le cervelet, la protubérance et le bulbe, qui pèsent ensemble 142 grammes; puis je divise sur la ligne médiane le cerveau proprement dit, et je pèse séparément les deux hémisphères. Le droit pèse 514 grammes; le gauche ne pèse que 480 grammes. Ce dernier, qui est le siége du mal, est donc inférieur de 34 grammes à l'hémisphère sain. La pesée comparative est répétée après l'ablation de la pie-mère et l'écoulement de la sérosité des ventricules latéraux. L'hémisphère droit pèse alors 487 grammes; le gauche, 455 : différence, 32 grammes au lieu de 34. Cela indique que le foyer du lobe frontal gauche renfermait environ 2 grammes de sérosité. On voit que l'hémisphère gauche a subi une diminution de poids bien plus considérable qu'on n'aurait pu s'y attendre d'après le peu d'étendue de la lésion du lobe frontal. Malgré cela, la consistance de la substance cérébrale est exactement la même des deux côtés; elle est très-ferme et supérieure même à celle que présente ordinairement le cerveau des vieillards. La surface des circonvolutions offre, à droite et à gauche, la couleur la plus normale; on n'a eu aucune difficulté à enlever la pie-mère.

L'hémisphère droit est parfaitement sain dans toutes ses parties, ainsi que le cervelet, le bulbe et la protubérance. Il n'y a de lésions appréciables que sur l'hémisphère gauche.

Dans cet hémisphère, la couche optique, la voûte, le corps calleux, le ténia, le corps strié, les lobes occipital et pariétal, le lobe de l'insula, et les circonvolutions orbitaires qui forment l'étage inférieur du lobe frontal, sont à l'état normal; il m'a paru toutefois qu'à l'union de l'extrémité antérieure du noyau ventriculaire du corps strié avec la substance médullaire du lobe frontal, la consistance du tissu cérébral était légèrement diminuée; mais cette lésion, si c'en est une, est tout à fait indépendante de la lésion principale, dont elle est séparée par une épaisseur considérable de tissu sain. C'est cette dernière lésion que je vais maintenant décrire.

La collection de sérosité située sous la pie-mère, et dont le siége a été indiqué plus haut, occupait une cavité creusée dans la substance des circonvolutions. A ce niveau, la troisième circonvolution frontale, qui longe, comme on sait, le bord supérieur de la scissure de Sylvius, est complétement coupée en travers, et a subi dans toute son épaisseur une perte de substance dont l'étendue paraît être d'environ 15 millimètres. Notre cavité est donc continue en dehors avec la scissure de Sylvius, au niveau du lobe de l'insula. En dedans, elle empiète sur la seconde circonvolution frontale, qui est très-profondément échancrée, mais dont la couche la plus interne est respectée dans une épaisseur de 2 millimètres. C'est cette mince languette qui maintient seule la continuité de la deuxième circonvolution frontale. La première est parfaitement saine; la circonvolution frontale transversale ou postérieure, qui limite en avant le sillon de Rolando, est saine également; enfin les deux circonvolutions malades, dans leurs deux tiers antérieurs, présentent une intégrité complète. On peut affirmer, par conséquent, que chez notre malade l'aphémie a été le résultat d'une lésion profonde, mais très-nettement circonscrite, de la deuxième et de la troisième circonvolution frontale, dans une partie de leur tiers postérieur.

Il est certain que cette lésion n'est pas un ramollissement; le tissu cérébral est si loin d'être ramolli sur les parois du foyer, qu'aujourd'hui encore, quoique la pièce ait été plusieurs fois examinée et maniée, la mince languette qui maintient la continuité de la deuxième circonvolution frontale a conservé sa solidité; cela me paraît même indiquer que le tissu cérébral, au voisinage immédiat du foyer, est plus résistant qu'à l'état normal.

Cette seconde observation est peut-être plus instructive que la première, car elle est dégagée de toute complication. La seule faculté abolie est celle du langage articulé; toutes les expériences faites pour s'assurer de l'intégrité de l'intelligence chez le malade ne peuvent laisser de doute dans l'esprit. Chez lui, aucun trouble du côté de la motilité ni de la sensibilité. A l'autopsie, on trouve une lésion dont il est facile de se rendre compte en suivant sur la figure placée plus haut les flexuosités de la troisième circonvolution frontale. Cette lésion est très-circonscrite, comme on peut le voir, et, si elle n'avait pas été recherchée avec soin, si l'examen du cerveau avait été fait par régions au lieu de l'être par circonvolutions, il est probable qu'elle aurait été inaperçue et que ce fait serait venu grossir la masse de ceux présentés par quelques auteurs comme des arguments contraires à la doctrine que nous défendons, c'est-à-dire dans lesquels la *perte de la parole* n'aurait coïncidé avec *aucune altération anatomique du cerveau*.

Ce n'est pas une hypothèse gratuite que je fais ici; plus bas nous verrons que, tout récemment encore, chez deux malades atteints d'aphémie, le cerveau, disait-on, présentait une altération exclusivement localisée au lobe pariétal, et cependant un examen plus attentif en fit reconnaître une en tout point semblable à celle du malade qui fait le sujet de cette observation. L'importance de cette remarque ne peut échapper à personne.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

CORRESPONDANCE.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Sur la pellagre chez les aliénés.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Le compte rendu de M. le docteur Isambert, du rapport fait par M. le docteur Hillairet à la Société médicale des hôpitaux sur un mémoire de M. le docteur Gintrac fils, relativement à la pellagre, contient quelques allégations qu'il m'est absolument impossible de laisser sans réponse, bien que je me trouve déjà y avoir répondu dans l'UNION MÉDICALE du 2 mai dernier, d'une manière assez péremptoire, paraît-il, pour qu'il n'y ait pas eu de réplique.

Dans une note en bas de page, M. Isambert dit, à propos de ma réponse à M. Hillairet, que ce dernier, « ayant à juger non pas un travail de M. Billod, mais un travail de M. Gintrac fils, avait bien le droit de mentionner l'opinion de ce dernier, et de s'y rallier sans traiter à fond une question incidente. »

Je suis complétement de l'avis de M. Isambert à cet égard, aussi n'ai-je jamais entendu contester ce droit de M. Hillairet. Ce n'est que pour l'avoir outre-passé, en oubliant qu'il avait à juger un travail de M. Gintrac et non un travail de moi, et en me mettant directement en cause, qu'il s'est attiré la réponse que je me suis vu forcé de lui adresser. S'il s'était borné à mentionner l'opinion de M. Gintrac et à s'y rallier, j'aurais pu regretter, dans une certaine mesure, de la voir divergente, malgré l'évidence des faits, mais je ne m'en serais pas ému, et je l'aurais, à coup sûr, respectée. Il n'en a malheureusement pas été ainsi; et si M. Isambert veut bien se donner la peine de relire le rapport de M. Hillairet, il se convaincra qu'après avoir mentionné l'opinion de M. Gintrac, qu'après l'avoir mentionnée même d'une manière beaucoup moins réservée qu'elle n'a été formulée par l'auteur, M. le rapporteur me prend directement à partie, et je ne dirai pas discute, car c'est précisément l'absence d'arguments à l'appui de ses allégations que je lui reproche, mais apprécie mes travaux de manière que je me voie forcé de lui demander *s'il a vu un seul des faits qu'il juge*.

M. Hillairet se constituant juge de mes travaux, c'était bien le moins que je discutasse la compétence de sa juridiction, et je n'ai pas fait autre chose. A propos du compte rendu de M. Isambert, je ne veux pas rentrer dans une discussion que je n'ai pas provoquée; mais, tout en renvoyant à ma lettre du 2 mai, je tiens à réfuter en peu de mots les quelques points de la discussion qui se trouvent reproduits dans ce compte rendu. « L'aliénation mentale peut-elle être considérée comme cause de la pellagre? Les exemples isolés de pellagre sporadique développée dans le cours de la folie, publiés par MM. Baillarger, Brierre de Boismont, Marée, Bouchard, etc., ne suffisent pas, dit M. Isambert, d'après l'auteur du rapport qu'il analyse, pour autoriser cette conclusion. » Mais il est évident pour tous que ce n'est là qu'une assertion à l'appui de laquelle on est en droit de demander au moins une raison.

« Cette raison résulterait-elle de ce que M. Gintrac, est-il dit ensuite, sur 400 aliénés de l'asile de Bordeaux, n'a vu qu'un cas de pellagre? » Mais qu'est-ce que cela prouve? Et n'ai-je pas admis tout le premier, en citant des exemples à l'appui, que la pellagre des aliénés, pouvant, comme toutes les pellagres connues, se montrer soit à l'état sporadique, soit à l'état endémique, était fréquente dans certains établissements, rare dans d'autres, et absente dans un certain nombre. Ce sont même ces différences entre les divers asiles qui m'ont conduit à admettre que l'aliénation

mentale ne devait être considérée que comme une cause prédisposante de pellagre.

« C'est à l'opinion divergente, qui est aussi celle de M. Tardieu, de M. Landouzy et de la majorité des médecins qui vivent dans les pays à endémie pellagreuse », dit M. Isambert, toujours d'après le rapport, « que se rallie M. Hillairet. »

Je regrette d'avoir à m'inscrire formellement contre cette assertion dans ce qu'elle a de général. Pour M. Tardieu, c'est possible; mais M. Tardieu, non plus que M. Hillairet, n'a pas vu un seul de mes malades. Pour M. Landouzy, j'ai dit en quoi nous différions d'opinion, ou plutôt en quoi il différait avec lui-même; car ce médecin a non-seulement admis avec moi l'influence de l'aliénation mentale sur le développement de la pellagre, mais a même fourni à l'appui de cette opinion des arguments de fait et de raison dont je suis heureux de pouvoir m'étayer, et qui ne peuvent que l'embarrasser fort aujourd'hui. Quant à la majorité des médecins qui vivent dans les pays à endémie pellagreuse, comme de tous les autres médecins, je défie d'en citer un seul qui, *ayant vu mes malades*, soit avec moi en désaccord d'opinion « Les descriptions de M. Billod », dit enfin M. Isambert en terminant ce qui concerne la folie pellagreuse dans son compte rendu, « ne paraissent pas à M. Hillairet se rapporter à la pellagre proprement dite. » Soit; mais que dans ce cas mon adversaire veuille bien me dire, non-seulement à quelle affection elles se rapportent, mais aussi en quoi cette affection diffère de la pellagre proprement dite.

Veuillez agréer, etc. L. Billod.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

Séance du 8 juin 1863. — Présidence de M. Velpeau.

Paléontologie humaine. — *Note sur des indices matériels de la coexistence de l'homme avec l'*Elephas meridionalis *dans un terrain des environs de Chartres, plus ancien que les terrains de transport quaternaires des vallées de la Somme et de la Seine*, par M. *J. Desnoyers*. — L'auteur résume ce travail dans les propositions suivantes :

1° Des ossements fossiles d'*Elephas meridionalis*, de *Rhinoceros leptorhinus*, d'*Hippopotamus major*, de plusieurs grands et petits cerfs, de plusieurs espèces de bœufs, et d'autres espèces de mammifères, considérés comme caractéristiques des terrains tertiaires supérieurs ou *pliocènes*, et découverts dans un dépôt non remanié de cette période géologique, portent des traces nombreuses et incontestables d'incisions, de stries, de coupures.

2° Ces entailles et ces stries sont parfaitement analogues à celles qui ont été observées sur des os fossiles d'autres espèces plus nouvelles de mammifères, les unes détruites et accompagnant l'*Elephas primigenius*, le *Rhinoceros tichorhinus*, l'*Hyæna spelæa*, etc., les autres vivant encore aujourd'hui, telles que le renne, plusieurs cerfs, l'aurochs, trouvés dans les cavernes ossifères et dans les terrains de transport ou diluviens. On a reconnu des vestiges semblables sur de nombreux ossements d'espèces actuelles recueillis dans les fouilles d'établissements ou de tombeaux gaulois, gallo-romains, bretons et germaniques.

3° Ces marques, constatées sur les ossements les plus anciens, paraissent avoir, en très-grande partie, la même origine que celle des ossements plus modernes, et ne pouvoir jusqu'ici être attribuées qu'à l'action de l'homme.

4° D'autres stries plus fines, rectilignes, entrecroisées, qui se voient aussi en grand nombre sur les ossements du terrain pliocène des environs de Chartres et d'autres localités, paraissent être analogues à celles qu'on a observées sur les galets et blocs striés, burinés et polis des glaciers anciens et modernes.

5° Le gisement de Saint-Prest, aux environs de Chartres, unanimement reconnu comme tertiaire supérieur ou *pliocène*, et certainement comme antérieur à tous les dépôts quaternaires qui contiennent l'*Elephas primigenius*, présente de nombreux ossements d'*Elephas meridionalis* et de la plupart des grandes espèces caractéristiques des terrains tertiaires supérieurs, sur lesquels on remarque ces deux sortes d'entailles et de stries.

6° De ces faits il semble possible de conclure, avec une très-grande apparence de probabilité, jusqu'à ce que d'autres explications plus satisfaisantes viennent mieux éclaircir ce double phénomène, que l'homme a vécu sur le sol de la France avant la grande et première période glaciaire, en même temps que l'*Elephus meridionalis* et les autres espèces *pliocènes*, caractéristiques du val d'Arno, en Toscane; qu'il a été en lutte avec ces grands animaux antérieurs à l'*Elephas primigenius* et aux autres mammifères dont on a trouvé les débris mêlés avec les vestiges ou les indices de l'homme dans les terrains de transport ou quaternaires des grandes vallées et des cavernes.

7° Enfin le gisement de Saint-Prest serait jusqu'ici en Europe l'exemple de l'âge le plus ancien, dans les temps géologiques, de la coexistence de l'homme et de mammifères d'espèces éteintes.

— *Sur le diluvium de Saint-Acheul et le terrain de Moulin-Quignon*, lettre de M. *Scipion Gras* à M. le Secrétaire perpétuel. — Après avoir étudié avec beaucoup de soin le diluvium de Saint-Acheul, il m'est resté la conviction, contrairement à l'opinion émise par M. Hébert dans la dernière séance, que ce terrain avait pu être fouillé à une époque très-ancienne pour l'exploitation des silex destinés à être taillés, et que ces fouilles ayant probablement consisté en galeries de petites dimensions, depuis longtemps éboulées, les traces du remaniement avaient dû s'effacer.

Quant au terrain de Moulin-Quignon, il me paraît également possible qu'il ait été fouillé. Le défaut d'usure de la mâchoire trouvée au milieu de cailloux très-durs, tous plus ou moins roulés ou tout au moins émoussés, est un fait d'une grande importance sur lequel on a passé trop légèrement. Il est suffisant, à mon avis, pour faire douter que ce soit un courant diluvien qui ait transporté et enfoui ce débris humain là où il a été découvert.

— M. *de Paravey*, à l'occasion des diverses communications faites récemment à l'Académie sur le fossile humain de Moulin-Quignon et sur l'existence de l'homme durant la période quaternaire, rappelle les indications que renferment quelques-uns des ouvrages conservés en Chine sur des populations humaines détruites par le déluge. Il signale d'autres concordances entre les récits bibliques et certains passages de ces ouvrages, et annonce en particulier que la cosmogonie de Moïse se retrouve dans l'ancien dictionnaire connu sous le nom d'*Eul-Ya*. Il reproduit la copie d'une des planches qui accompagnent ce livre, et retrouve, dans un des êtres monstrueux qui y sont figurés, l'androgyne de Platon. Il cite enfin divers autres passages tendants à prouver une thèse qu'il ramène à chaque nouvelle communication, savoir, que ces livres n'auraient point été écrits en Chine, mais y auraient été apportés de Chaldée à une époque où ce dernier pays était déjà en possession de la science égyptienne.

Médecine. — M. *Husson* envoie de Toul (Meurthe) une *Note sur l'albuminurie chronique*, note dans laquelle il cite, d'après ses propres observations, le cas de deux jumeaux, une sœur et un frère, qui ont succombé à cette maladie, l'une à trente-huit ans, l'autre à quarante. (*Comm.* : MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard.)

Thérapeutique. — *Note sur l'application des bains d'oxygène au traitement de la gangrène sénile*, par M. *Demarquay*. — M. Demarquay, après avoir rappelé l'observation de deux malades qui ont perdu successivement, à des époques plus ou moins éloignées, les orteils et le pied même, et qui ont succombé après plusieurs années de maladie, et une série de manifestations gangréneuses, se demande si les deux malades de M. Laugier traités par les bains d'oxygène n'auraient pas

aussi bien guéri spontanément. Depuis six ans, ajoute M. Demarquay, que j'emploie journellement les gaz au traitement de diverses maladies chirurgicales, j'ai eu recours quatre fois, et sans succès, aux bains d'oxygène pour guérir la gangrène sénile; mais si l'oxygène et d'autres gaz sont insuffisants pour guérir une maladie généralement mortelle, il faut cependant reconnaître que l'oxygène en particulier, et dans des conditions que nous ferons connaître plus tard, peut rendre des services. C'est ainsi que, tant que la gangrène n'a pas envahi les parties très-musculaires des membres, il momifie admirablement les tissus, prévient l'exhalation des liquides et l'odeur fétide qui en est la conséquence; si dans plusieurs cas il a aggravé les douleurs, dans un cas il les a fait cesser instantanément.

PHYSIOLOGIE. — *Influence des nerfs sur les sphincters de la vessie et de l'anus*, note de MM. *Giannuzzi* et *Nawrocki*, présentée par M. Cl. Bernard. — Ces expérimentateurs ont observé que la force du sphincter de la vessie et du sphincter de l'anus s'amoindrissait beaucoup après la section des nerfs qui s'y rendent.

Ils concluent de leurs expériences faites dans le laboratoire de M. le professeur Claude Bernard, que les sphincters de la vessie et de l'anus se trouvent pendant la vie dans un état de tonicité ou de contraction involontaire et continuelle, qui dépend des nerfs.

Académie de médecine.

ADDITION AUX SÉANCES DU 2 ET DU 9 JUIN.

Analyse du rapport de M. Bouley sur la rage, à l'occasion d'un mémoire de M. le docteur BOUDIN, *intitulé :* DE LA RAGE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE LA POLICE SANITAIRE.

M. Bouley, exposant d'abord d'une manière sommaire l'état actuel de nos connaissances relativement à la rage, constate que, « à part ses symptômes et ses propriétés contagieuses, tout en est inconnu : nature, siége, étiologie pathogénique, traitement. »

Cependant les notions que nous possédons sur cette affreuse maladie, tout imparfaites qu'elles sont, suffisent pour rechercher et pour établir des mesures prophylactiques efficaces.

Il est donc de la plus haute importance de fixer fortement l'attention du public sur cette question, et de faire pénétrer aussi avant que possible dans son esprit les connaissances qui nous sont acquises sur la manière dont la rage procède, depuis le premier indice qui dénonce son apparition jusqu'au moment où la vie du chien enragé se termine. C'est là qu'est le salut, bien plus que dans toutes les mesures coercitives de police sanitaire auxquelles on peut recourir.

La nécessité de cette vulgarisation ressort principalement de la fréquence de la rage chez les animaux domestiques dont l'homme s'entoure, tels que le chien, le chat, les herbivores; ou chez les animaux sauvages qui rôdent dans le voisinage des habitations, comme le loup et le chacal.

Le danger est énorme, notamment en ce qui concerne les chiens; puisque les relevés faits à l'école vétérinaire d'Alfort et à l'école de Lyon, pour une période de dix ans, portent de 16 à 66 les cas de rage canine observés annuellement dans les circonstances habituelles, et dans les limites restreintes d'un seul département. D'après ces chiffres, on peut se faire approximativement une idée de ce que doivent être les ravages de la rage dans l'Europe entière, qui compte environ 13 850 000 chiens!

Cependant, le nombre des victimes de la rage, dans l'espèce humaine, est loin d'être en rapport avec celui des victimes de l'espèce canine, ainsi que le prouvent manifestement les statistiques de M. Boudin et celles du conseil d'hygiène et de salubrité publiques. D'après ces chiffres, qui ne sont sans doute pas l'expression absolue de la réalité, la mortalité causée par la rage sur l'espèce humaine ne serait donc que de 2,35 en moyenne par année, dans le département qui renferme Paris, celle de toutes les villes de France où sans doute la population canine est le plus concentrée.

Mais dans quelles proportions les personnes mordues par des chiens enragés sont-elles atteintes de la rage? Hunter admettait la proportion de 5 pour 100; M. Renault, celle de 33 pour 100; M. Boudin porte à 150 environ le nombre des décès causés par la rage en France. M. Bouley, après avoir discuté chacune de ces opinions, et en s'appuyant sur le résultat de sa propre observation, adopte le chiffre de Hunter comme l'expression la plus exacte de la vérité. En acceptant cette proposition il ne prétend pas dire que si l'on expérimentait sur l'homme comme on expérimente sur le chien, la rage inoculée ne se transmettrait que 5 fois sur 100. Il veut dire que, dans les circonstances ordinaires où les morsures du chien enragé sont faites à l'homme, elles ne paraissent pas être suivies plus de 5 fois sur 100 d'accidents rabiques, ce qui dépend sans doute, à part la question de réceptivité, de ce que beaucoup de circonstances concourent à empêcher et à annuler l'action du virus : tels, par exemple, le passage des dents à travers les vêtements, la pression des plaies pour en faire sortir le sang, leur lavage immédiat, leur frottement pour les essuyer, pratiques instinctives auxquelles ont presque toujours recours, en pareils cas, les personnes même les plus étrangères aux plus simples notions de physiologie. Enfin, il faut faire entrer en ligne de compte comme cause de l'immunité relative de l'homme contre les morsures des chiens enragés, l'emploi immédiat de la cautérisation à laquelle ont recours un grand nombre de personnes blessées.

Le sexe peut-il être considéré comme cause prédisposante à la manifestation de la rage? Suivant M. Boudin, les documents manquent pour résoudre cette question. En compulsant les registres d'Alfort et ceux de Lyon, pour la période décennale de 1853 à 1862, M. Bouley a constaté, sur un total de 237 animaux enragés, 220 mâles contre 17 femelles. Mais M. Bouley trouve la raison de cette différence, non point dans une sorte d'immunité particulière aux femelles, mais dans la proportion inférieure du nombre des chiennes, qui est à celui des chiens comme 35 est à 100, et aussi dans la plus grande surveillance dont les chiennes sont l'objet de la part de leurs propriétaires.

Ces deux circonstances mises en ligne de compte, la *masculinité* a-t-elle un rôle quelconque, comme cause prédisposante, dans les manifestations de la rage? Ou, en d'autres termes, les mâles de l'espèce canine sont-ils, de par leur sexe, plus exposés que les femelles à contracter cette maladie? C'est possible; mais avec les documents que nous possédons aujourd'hui on ne saurait, quant à présent, donner une solution définitive à cette question.

Est-ce seulement par la morsure que la rage peut se communiquer? M. Bouley admet que le virus rabique peut aussi pénétrer dans l'organisme lorsqu'il est déposé par la langue humide du chien sur une partie fraîchement excoriée.

La rage peut-elle se développer spontanément sur le chien?

M. Boudin a une tendance très-marquée à ne pas admettre la spontanéité de la rage sur le chien. Il ne la nie pas d'une manière absolue, mais il y croit peu, et il soutient que si elle existe, ce doit être, à coup sûr, une très-rare exception.

M. Bouley discute longuement les arguments sur lesquels M. Boudin appuie son opinion, notamment le fait de l'immunité acquise à certains pays, l'Égypte, l'Algérie, le Pérou, la Plata, la rive droite du Danube, etc., tant que ces contrées n'ont pas été en communication avec des pays où règne la rage.

A supposer que l'historique esquissé par M. Boudin soit absolument vrai, qu'aucune erreur n'ait été commise par les voyageurs dont il invoque l'autorité, et qu'enfin la rage soit pour le Pérou, Lima, la Plata, l'Égypte et l'Algérie une mala-

die nouvelle et d'importation européenne, qu'est-ce que cela prouverait? C'est que dans ces pays, mais dans ces pays seulement, le développement spontané de la rage n'est pas possible. Est-ce qu'il n'y a pas des maladies qui ne trouvent les conditions de leur première manifestation que dans de certaines localités; qui, nées là, se propagent ailleurs, mais ne peuvent naître que là?

Le typhus des bêtes à cornes, par exemple, ne naît que dans les steppes de l'Europe orientale. C'est là exclusivement que se trouve sa source. Maladie essentiellement contagieuse, il peut se répandre ailleurs; la France lui a payé plus d'une fois un terrible tribut, mais notamment après les années néfastes de 1814 et de 1815. Aujourd'hui que nous ne le voyons plus sévir sur les bestiaux de nos campagnes, serions-nous bien fondés à dire que son développement spontané ailleurs n'est qu'une hypothèse?

Ainsi peut-il en être de la rage? Ce peut n'être, elle aussi, qu'une maladie de climat, triste privilége de notre Europe, et notamment des pays situés dans la zone tempérée, comme la France!

La preuve scientifique, rigoureuse, expérimentale de la spontanéité de la rage n'existe pas. Les quelques efforts qui ont été tentés par quelques expérimentateurs, Bourgelat entre autres, sur des chiens soumis à des privations de toute nature, sont demeurés infructueux. Jamais le résultat *espéré* ne s'est produit. Mais on n'est pas autorisé à conclure des résultats négatifs de ces expériences, insuffisantes du reste et par leur nombre et par leur durée, que la spontanéité de la rage du chien n'est qu'une chimère.

Il y a, en médecine, bien des croyances qui n'ont malheureusement pas toujours pour base des preuves expérimentales, mais qui n'en sont pas moins solides, parce qu'elles résultent, pour ceux qui en sont pénétrés, de l'observation de faits journaliers que l'on n'est cependant pas maître de reproduire à volonté. Eh bien, il en est ainsi pour la rage spontanée. Nous croyons à l'existence de cette rage, nous les gens du métier, parce que de temps à autre, parmi les faits que nous observons, il en est où les propriétaires des animaux malades donnent des renseignements très-précis, très-affirmatifs dans le sens de la spontanéité, sans qu'il y ait aucune raison qui doive les déterminer à fausser la vérité.

En outre, certains faits, tels que la progression irrégulière de la rage, ses intermittences bizarres, ses apparitions imprévues, s'accordent mal avec l'inoculation par morsures.

Est-ce à dire, toutefois, que la rage spontanée soit aussi fréquente, dans l'espèce canine, que la rage communiquée? Non, bien certainement; tous les faits, tous les documents tendent à prouver que c'est surtout par la morsure que la rage se propage.

Après la question de la spontanéité de la rage, M. Boudin en aborde une autre dans son mémoire : celle de l'influence des températures extrêmes sur le développement de cette maladie.

C'est une opinion très-répandue, trop répandue vaut-il mieux dire, puisqu'elle n'est pas exacte, que la rage canine se manifeste surtout et exerce ses plus grands sévices à l'époque des plus grandes chaleurs de l'année, dans les mois de juin, juillet et août. La police contribue elle-même à affirmer cette idée dans l'esprit des populations, en renouvelant ses prescriptions et faisant afficher ses ordonnances au retour de la saison supposée la plus menaçante.

Il y a là un préjugé dangereux, parce que, passé la période de l'année, seule réputée redoutable, les populations s'endorment dans une sécurité trompeuse.

Il faut que l'on sache bien d'abord que la rage canine sévit dans toutes les saisons, et ensuite que celles qui sont le plus malfamées de par la tradition, ne méritent pas la réputation si mauvaise qu'on leur a faite, en innocentant les autres. Il faut se tenir en garde contre son apparition possible en tout temps, et non pas réserver les mesures de prudence exclusivement pour les jours où la température est le plus élevée. Les jours caniculaires sont, à ce point de vue, bien moins dangereux, quoi qu'en dise le préjugé vulgaire, que les mois de janvier, de mars, et surtout d'avril.

Quelle est la durée de l'incubation de la rage chez l'homme et chez les animaux? Combien de temps le malheureux auquel une morsure rabique a été infligée, restera-t-il sous le coup de l'horrible menace? Quand lui sera-t-il donné de rentrer dans son repos, dans le calme de son esprit, et de voir enfin disparaître de devant ses yeux le spectre implacable dont il est poursuivi?

De même pour les animaux mordus, combien de temps doivent-ils être considérés comme suspects? Pendant combien de temps la prudence exige-t-elle qu'ils soient séquestrés pour que la société soit à l'abri des désastres qui peuvent résulter de la manifestation de la terrible maladie dont il est à craindre qu'ils ne recèlent le germe?

Il serait bien à désirer que sur ces deux points les statistiques fussent assez riches de faits bien circonstanciés pour qu'il devînt possible de préciser rigoureusement quelle est la limite extrême de la durée d'incubation de la rage. Cette maladie, si mystérieuse à tant d'égards, se montre très-irrégulière dans son évolution sur la série des sujets auxquels elle est inoculée par un mode ou par un autre.

Les délais extrêmes de douze jours et de sept mois constituent de très-rares exceptions dans l'espèce canine. Le plus ordinairement c'est entre la sixième et la douzième semaine que l'inoculation rabique produit ses effets sur les sujets de cette espèce.

Pour le cheval, la durée ordinaire de l'incubation est à peu près la même.

Quant à la durée de l'incubation chez l'homme, il est encore difficile aujourd'hui d'en fixer les termes extrêmes. Si l'on consentait à s'en rapporter aux relations des auteurs, cette durée varierait entre vingt-quatre heures et quinze années.

Il est vrai de dire que dans l'espèce humaine les échéances de la rage peuvent n'arriver qu'à très-longs délais; mais, dans l'immense majorité des cas, c'est entre le premier et le troisième mois que la rage inoculée manifeste ses effets, en sorte que le troisième mois écoulé, les chances vont toujours croissant pour que l'inoculation reste stérile.

Existe-t-il des signes certains auxquels on puisse reconnaître la rage chez les animaux?

Suivant M. Bouley, M. Boudin est dans une erreur complète lorsqu'il déclare que rien n'est plus difficile, rien n'est plus délicat que le diagnostic de la rage canine.

M. Bouley, en terminant, résume en ces termes cette première partie de son rapport :

« Suivant M. Boudin : 1° La rage, même dans l'espèce canine, est dans l'immense majorité des cas une maladie transmise par inoculation. 2° Le développement spontané de cette maladie est tout au moins douteux. Il n'existe pas de preuves scientifiques qui démontrent d'une manière certaine l'existence de la rage spontanée sur le chien. 3° Si la rage peut se développer spontanément chez cet animal, c'est là un fait si rare, qu'il n'y pas lieu de s'en préoccuper, et qu'il faut à peine en tenir compte dans la réglementation des mesures de police sanitaire. 4° C'est par la morsure le plus souvent que s'opère la propagation de la rage. Le simple lèchement sur une partie fraîchement excoriée peut cependant suffire pour inoculer la salive virulente et donner lieu à la manifestation de la maladie. 5° L'influence attribuée à la température et à l'humidité de l'air sur la fréquence de la rage est en contradiction avec les faits. 6° La science ne possède encore rien de positif sur les limites extrêmes de la période d'incubation de la rage sur l'espèce humaine. 7° Il n'existe aucun signe véritablement pathognomonique de la rage du chien. L'aboiement seul aurait une très-grande valeur au point de vue diagnostique.

» Cela posé, M. Boudin approuve l'impôt sur les chiens, qui

a pour effet d'en diminuer le nombre, et, partant, les chances de rage dans l'espèce canine. D'où, pour l'homme, des dangers moindres de contracter cette maladie. Il voudrait que la surveillance administrative s'exerçât pendant toute l'année, et que le musèlement fût toujours en vigueur et d'une manière plus efficace qu'il ne l'est aujourd'hui. Il voudrait enfin que les animaux mordus par des chiens enragés fussent, ou immédiatement abattus, ou séquestrés pendant un temps au moins égal au maximum connu de la durée de la période d'incubation.

» Oui, ajoute M. Bouley, il est vrai de dire que, dans le plus grand nombre des cas, la rage, même sur les sujets de l'espèce canine, est une maladie communiquée. Mais s'il n'y a pas de preuves scientifiques, c'est-à-dire des preuves expérimentales de l'existence de la rage spontanée sur le chien, les faits tels qu'ils se produisent d'eux-mêmes, sous les yeux des observateurs, rendent très-probable que la rage du chien peut se développer spontanément.

» Non, l'influence attribuée à la température humide sur la fréquence de la rage n'est pas en contradiction avec les faits. Les statistiques témoignent au contraire que c'est dans les mois les plus pluvieux que les accidents rabiques sont le plus fréquents; mais la rage est une maladie de toutes les saisons.

» Quant à la dernière assertion de M. Boudin, que le diagnostic de la rage du chien présente de très-grandes difficultés, nous espérons démontrer dans la seconde partie de ce travail combien elle est erronée.

» Ce n'est qu'après cette démonstration faite que nous apprécierons la valeur du musèlement comme mesure de police sanitaire. »

(*La suite à un prochain numéro.*)

SÉANCE DU 16 JUIN 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

L'Académie reçoit : *a.* Une note de M. le docteur *Neucourt* (de Verdun) sur le principe de la fièvre typhoïde considéré comme un ferment. (*Comm.:* M. Briquet.) — *b.* Une observation de farcin chronique et plusieurs observations chirurgicales à l'appui d'une demande du titre de membre correspondant, par M. le docteur *Bergeret* (d'Arbois).

M. *Mélier*, au nom de M. le docteur *Dutroulau*, fait hommage à l'Académie d'une brochure SUR LA FIÈVRE JAUNE DE SAINT-NAZAIRE.

M. *Grisolle* dépose sur le bureau le compte rendu annuel du service médical du chemin de fer d'Orléans, par M. le docteur *T. Gallard*.

M. *Larrey*, au nom de miss *Nightingale*, présente des tableaux statistiques des opérations et des lésions traumatiques dans les hôpitaux de Londres. (*Renvoi à la commission d'hygiène des hôpitaux.*)

M. *Béclard* est adjoint, par la voie du scrutin, en remplacement de M. Renault, décédé, à la section de médecine vétérinaire, chargée de présenter un candidat pour cette section.

M. *le Président* annonce que M. *Devergie*, par décision du bureau, est adjoint à la commission chargée du rapport sur la question de la contagion de la syphilis par la vaccine.

Lectures.

CHIRURGIE. — M. *Sappey*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Larrey* et *Gosselin*, lit un RAPPORT SUR UNE OBSERVATION DE M. LE DOCTEUR PATRY, RELATIVE A UNE PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ABDOMEN ET AU MÉCANISME DU VOMISSEMENT CHEZ L'HOMME.

Dans le fait observé par M. Patry, il s'agit d'un jeune berger de onze ans, blessé par la corne d'un taureau et atteint d'une vaste plaie pénétrante de l'abdomen qui avait mis à nu et contusionné l'estomac, la rate et une partie de l'intestin.

Après avoir fait ressortir l'étendue et la gravité de la blessure, l'exposition prolongée et le desséchement des intestins à l'air, M. le rapporteur entre dans les détails de l'expérimentation à laquelle s'est livré l'auteur de l'observation, et desquels il résulte que les phénomènes du vomissement, étudiés avec soin, ont eu lieu dans l'ordre suivant : contraction du diaphragme, contraction vermiculaire de l'estomac, commençant au pylore et se propageant jusqu'au cardia; les liquides de l'estomac sont refoulés vers l'orifice œsophagien; l'œsophage se contracte énergiquement; à chaque effort, l'estomac rentre.

M. Sappey, pour expliquer ces phénomènes, établit que la disposition des fibres longitudinales de l'œsophage agit en dilatant l'orifice cardiaque. Les aliments remontent alors dans l'œsophage, où ils sont poussés par les contractions de l'estomac, et s'y accumulent jusqu'à ce qu'ils soient rejetés au dehors : alors le vomissement a lieu.

M. Sappey, se fondant sur des expériences qu'il a faites et après un examen critique des opinions actuellement reçues sur le vomissement, croit pouvoir résumer la théorie de ce phénomène dans les trois propositions qui suivent :

1° Le vomissement présente deux temps. Dans le premier temps, les aliments passent de l'estomac dans l'œsophage; dans le second, ils sont expulsés au dehors. Ces deux temps se succèdent en général rapidement, mais sont parfaitement distincts.

2° Quatre organes prennent part au vomissement : l'œsophage, l'estomac, le diaphragme et les muscles abdominaux; tous se contractent à la fois. Les contractions de l'estomac sont lentes, graduées. à peine apparentes dans quelques cas, très-réelles néanmoins et constantes. Celles des autres muscles présentent au plus haut degré le caractère spasmodique.

3° La part qui revient à chacun de ces organes dans le vomissement dérive de son mode d'action et non de l'énergie des contractions, ainsi qu'on l'a généralement pensé. Les contractions de l'œsophage et de l'estomac agissent lentement pour pousser progressivement, à la suite de chaque effort, le contenu de l'estomac vers la bouche.

M. le rapporteur propose en terminant : 1° d'adresser des remercîments à l'auteur; 2° de renvoyer son observation au comité de publication. (*Adopté.*)

M. *J. Cloquet*, à l'occasion de l'observation relatée dans le rapport de M. Sappey, croit devoir rappeler un fait de sa pratique qui prouve aussi l'innocuité de la sortie des intestins et de leur desséchement au contact de l'air. Il a opéré, il y a une trentaine d'années, une femme pour une hernie étranglée. Peu de temps après l'opération, la malade, malgré toutes les recommandations, se leva, alla s'asseoir devant son feu, et, quand le chirurgien entra dans sa chambre, il trouva le paquet intestinal sorti par la plaie béante et déjà à moitié desséché par l'action du foyer. M. Cloquet fit recoucher l'opérée, pratiqua la réduction des intestins, renouvela le pansement de la plaie, et la malade guérit sans autre accident.

OVARIOTOMIE. — M. *Huguier* rend compte d'une opération d'ovariotomie qu'il a pratiquée récemment sur une jeune femme de vingt ans, en présence et avec l'aide de MM. Gubler, Blot et Forget.

Cette opération a présenté un certain nombre de particularités sur lesquelles l'honorable chirurgien insiste d'une manière spéciale. Ainsi, le kyste de l'ovaire, au lieu d'être en rapport immédiat avec la paroi abdominale, en était séparé par une tumeur enkystée de l'épiploon, tumeur qu'il fallut attaquer avant d'arriver jusqu'à la poche ovarique. Celle-ci était multiloculaire et contractait des adhérences avec les organes voisins, notamment avec l'utérus.

M. Huguier énumère ensuite les précautions qu'il a prises

pour extirper le kyste, pour couper le pédicule et pour réunir la plaie abdominale.

Les suites de cette opération, assez simples pendant les premières heures, aboutirent rapidement à une péritonite mortelle deux jours après l'opération.

M. Huguier cherche à expliquer ce funeste résultat par la structure et le volume du kyste, la multiplicité des poches dont il était composé, les difficultés de l'extraction et la nécessité de léser au préalable l'épiploon avec l'instrument tranchant.

Les pièces anatomiques sont placées sous les yeux de l'Académie.

Ophthalmoscopie. — M. *Giraud-Teulon* soumet au jugement de l'Académie un nouvel instrument de son invention, l'*auto-ophthalmoscope*, permettant de pratiquer sur soi-même un examen ophthalmoscopique, instrument basé sur l'observation de l'œil gauche par l'œil droit, ou inversement. (*Comm.:* MM. Velpeau, Gavarret et Regnault.)

Hygiène publique. — M. le docteur *Gustave Rousseau* lit une note sur une déclaration de naissance qui n'a pu être faite, quoique l'enfant ait vécu douze heures de la vie extra-utérine. L'auteur rappelle à cette occasion la proposition déjà émise de créer des fonctions de médecins de l'état civil chargés de constater les naissances à domicile. Il insiste sur les avantages qui ressortiraient de cette institution pour l'hygiène et la santé des enfants nouveau-nés. (*Comm.:* MM. Devergie, Ségalas et Devilliers.)

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCES DES 6, 21 FÉVRIER ET 6 MARS 1863.

DISCUSSION SUR LA SECTION DU COU DU FOETUS DANS L'UTÉRUS AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT. — SUR LA SECTION OBLIQUE DU CORPS DU FŒTUS, ET LA CÉPHALOTRIPSIE.

M. *Chailly.* Dans une des dernières séances, j'ai parlé des instruments spéciaux pour la chirurgie obstétricale, et j'ai dit que je n'en étais guère partisan, parce qu'ils augmentent les difficultés au lieu de les aplanir. Je faisais remarquer, en outre, que cet arsenal chirurgical devenait trop nombreux et peu portatif. Si l'accoucheur parvient à restreindre ce bagage, il aura certainement rempli la meilleure indication.

Je conseille surtout de proscrire la guillotine, parce que la section du cou ne doit jamais être pratiquée, vu qu'elle n'est jamais indispensable, et qu'il faut au contraire toujours garder la tête; sans cela, le col de l'utérus, en se rétractant, l'enferme dans la cavité, il est difficile de l'en extraire, et l'on fait sûrement courir de grands dangers à la femme. Il y a trois mois, j'étais appelé auprès d'une femme en couches : l'épaule s'était présentée, la section avait été faite et le tronc amené au dehors; la tête restait avec le cou serré en cravate par l'utérus. Trois médecins avaient été successivement appelés : le premier et le second avaient fait d'inutiles efforts de traction ; le troisième fit la section du cou, et la tête resta emprisonnée dans l'utérus. Il me fallut pratiquer la céphalotripsie multiple de M. Paul Dubois, et, après sept applications de l'instrument, j'entraînais la tête au dehors, après avoir réduit en bouillie les esquilles. La femme n'a pas succombé. Si la sage-femme appelée eût employé un vieux procédé de madame Lachapelle, si elle eût introduit deux doigts dans la bouche et abaissé le maxillaire inférieur en même temps qu'elle faisait fléchir la nuque, elle eût sauvé l'enfant. Depuis que je m'occupe d'accouchements, je n'ai jamais appliqué le forceps sur une tête tenant encore au tronc; je l'ai toujours dégagée par le procédé que je viens d'indiquer.

Au lieu d'opérer la section du cou, je préfère faire une section oblique depuis l'épaule jusqu'au flanc opposé; des tractions sur le bras suffisent alors pour dégager la tête. Quelques jours après le premier cas dont je viens de vous parler, je fus appelé avec deux confrères dont le second n'avait pas voulu faire la section du cou, malgré l'avis du premier : j'ai saisi et amené un genou, et fait la version avec la plus grande facilité. En un mot, je suis opposé à la section du cou, et je ne crois pas qu'il faille jamais la pratiquer dans aucun cas.

M. *Duparcque* n'est pas non plus partisan de la section du cou. Il a été appelé deux fois dans des cas où la tête était restée dans le bassin ; on a ordonné des bains, et la tête est sortie spontanément. Dans un autre cas dont il a été témoin, la tête s'est encore échappée spontanément. Cette décollation peut être le résultat de tractions et de manœuvres intempestives. Une autre précaution que recommande M. Duparcque, c'est de ne pas précipiter l'extraction de l'enfant quand il se présente par les pieds.

M. *Géry père* est également d'avis qu'il ne faut jamais pratiquer la section du cou. Il faut, en effet, chercher à dégager la tête par le procédé de madame Lachapelle, quoiqu'on sache bien que la mâchoire inférieure dont on se sert comme levier cède assez facilement. M. Géry rapporte un cas qu'il a déjà cité devant la Société, dans lequel, appelé quinze heures après la sortie du bras, il réussit cependant à amener l'enfant en bon état.

M. *Chailly.* La nature a quelquefois des ressources inespérées, et j'y range les deux cas de M. Duparcque. Dans d'autres cas, on est appelé trop tard, et la métro-péritonite est imminente. M. Chailly rappelle le cas qu'il a observé à Boulogne, et dont il a déjà fait part à la Société. Il en cite un autre où il n'a pas voulu faire la céphalotripsie, à cause de l'état expirant de la femme, qu'il envoya à la Clinique, où elle succomba le lendemain.

M. *Devilliers.* Dans sa communication, M. Chailly disait que déjà les phénomènes inflammatoires avaient paru quand on appelle le chirurgien; que sans cela on pourrait attendre, en effet. M. Devilliers rapporte un cas où, après des doses exagérées de seigle ergoté, l'utérus renfermant le placenta était très-turgide; mais, comme il n'y avait pas de traumatisme, il attendit, et le placenta sortit spontanément.

M. *Forget.* Dans tous les cas cités ici, la tête a séjourné dans l'utérus pendant un temps assez long; l'utérus avait été tourmenté longtemps, et, après ces violences, il avait pu cependant s'en débarrasser spontanément. Je désirerais savoir jusqu'à quel moment on peut attendre : ainsi, l'utérus renfermant un polype, un corps fibreux, peut s'en débarrasser : dans quelles limites la main du chirurgien doit-elle agir ou attendre ?

M. *Duparcque.* On ne peut guère fixer de limites bien précises à ce sujet, parce que les indications diffèrent trop et qu'il faut se guider sur elles. Tout d'abord il est toujours assez facile de débarrasser l'utérus par le procédé de madame Lachapelle ; les deux cas d'expulsion spontanée dont j'ai été témoin ont eu lieu six à huit heures après l'accouchement.

M. *Devilliers.* Il est d'autant plus difficile de fixer une limite précise pour l'action ou l'inaction, qu'on peut se trouver en présence de cas qui paraissent très-simples et qui ne le sont pas. Je me souviens d'une femme qui avait une rétention du placenta depuis quinze heures et qui mourut au moment même où j'en fis l'extraction.

M. *Chailly* dit qu'il n'est pas possible d'établir de comparaison entre une tumeur utérine vivante et une tête de fœtus restée dans la matrice. En effet, cette tête est un corps étranger qui se putréfie et ne peut rester dans la cavité utérine plus de vingt-quatre à trente-six heures sans déterminer la mort de la femme.

Quand l'expulsion de la tête ainsi séparée du tronc s'effectue spontanément, c'est en général, comme dans les cas cités par M. Duparcque, cinq, six ou huit heures après l'accouchement du tronc, ou quand la femme est sur le point d'expirer, alors que le col utérin se relâche, comme le font tous les sphincters au moment du collapsus qui précède la mort.

Maintenant, faut-il attendre jusqu'à cette limite extrême? Pour son compte, M. Chailly n'hésite pas à répondre non, et dit qu'il interviendra toujours avant le temps, après avoir accordé quelques heures à l'expectation.

Je profite de ce que la Société s'occupe en ce moment des questions obstétricales, pour rappeler qu'il y a deux ans il fut publié une thèse pour l'agrégation en accouchements, thèse dans laquelle l'auteur attribua à l'un de ses juges l'initiative d'un procédé qui appartient à M. Paul Dubois. Depuis, un autre mémoire a confirmé ce dire. Il s'agit de la céphalotripsie. On sait qu'en extirpant la tête de l'enfant, les esquilles qui résultent d'une seule application de l'instrument peuvent déchirer au passage les parties maternelles et occasionner des accidents mortels pour la femme; M. Paul Dubois a donné dès lors comme précepte de faire plusieurs applications du céphalotribe, afin de rendre la tête de l'enfant semblable à une pulpe : alors on peut l'extraire sans dangers. M. Paul Dubois n'a rien publié à ce sujet, et je suis le premier qui ait vulgarisé sa pratique; je revendique donc pour M. Dubois l'invention du procédé que j'ai, moi, vulgarisé, et je suis convaincu que l'auteur de la thèse dont je parle s'est trompé innocemment en attribuant à l'un de ses juges le procédé de M. Paul Dubois.

M. Chailly rappelle qu'il a agi de cette façon il y a quinze ans, avec M. Debout, pour une petite naine d'Ivry. On voit donc bien qu'il y a déjà longtemps que cette méthode a été appliquée pour la première fois.

SÉANCES DES 20 MARS ET 3 AVRIL.

SUR LES INDICATIONS DES EAUX MINÉRALES DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE, PAR LE DOCTEUR DURAND-FARDEL. — DISCUSSION SUR LA TRACHÉOTOMIE, ET SUR L'OPPORTUNITÉ DU SÉJOUR PROLONGÉ DE LA CANULE DANS LA TRACHÉE.

M. *Durand-Fardel*. La goutte est une des maladies vis-à-vis desquelles la médecine se trouve le plus dépourvue. Les eaux minérales représentent à peu près la seule médication effective de la goutte, et encore leur champ d'application se trouve-t-il restreint dans des limites assez étroites, et la portée de leur action curative est-elle assez bornée. En dehors d'elles, la médecine n'a guère de prise sur la goutte que par l'hygiène; mais l'hygiène la mieux entendue, quelle que soit sa puissance sur les choses de l'organisme, est souvent bien insuffisante, surtout vis-à-vis de la goutte héréditaire.

Il est cependant un médicament dont l'afférence à la goutte ne saurait être méconnue : je veux parler du colchique. Quelle que soit la signification que l'on attache à l'action physiologique manifeste du colchique, purgative ou diurétique, on ne peut nier qu'il ne possède une action très-spéciale vis-à-vis de la goutte.

Cependant le colchique n'est pas, à proprement parler, un médicament de la goutte.

Vous reconnaîtrez un médicament de la goutte à ce qu'il agira sur la maladie dans l'intervalle même de ses manifestations. Or, le colchique ne saurait être employé avec quelque raison en dehors des manifestations de la goutte. Nous ne pouvons lui attribuer aucune action, dans le sens curatif, sur la diathèse goutteuse elle-même; mais il possède une action considérable et généralement très-rapide sur les phénomènes fluxionnaires et douloureux par lesquels la goutte se manifeste habituellement sous une forme régulière ou irrégulière.

Il résulte de là que le colchique peut être un médicament utile pour écarter momentanément une manifestation irrégulière ou périlleuse de la goutte, ou même pour apporter quelque sédation à ses manifestations régulières et excessives. Mais c'est un médicament des plus délicats à employer (ce qui contraste avec l'usage banal qu'on en fait), parce que son action sédative est toujours en même temps perturbatrice, et nous savons que ce n'est jamais sans danger que l'on vient exercer une action perturbatrice sur les manifestations de la goutte.

Il n'en est pas de même des eaux minérales appropriées : elles n'exercent jamais d'action perturbatrice sur la goutte, à moins qu'elles ne soient administrées sans méthode ou à des époques inopportunes. Elles représentent donc des médications inoffensives, lorsqu'elles se trouvent indiquées, et souvent utiles. Je me propose de jeter un coup d'œil rapide sur les conditions qui doivent présider à leur usage.

Les indications que l'on peut chercher à remplir à l'aide des eaux minérales, dans le traitement de la goutte, sont les suivantes :

Atténuer la diathèse elle-même en agissant directement contre elle dans un sens curatif;

Résoudre les altérations matérielles que laissent souvent après eux les accès de goutte;

Reconstituer l'organisme affaibli.

Ainsi, action altérante, résolutive, reconstituante, voilà ce que nous avons à demander aux eaux minérales.

Nous allons examiner les circonstances dans lesquelles se présentent ces indications et les moyens que nous possédons de les remplir.

La goutte est une maladie diathésique dont les manifestations régulières ou typiques apparaissent à des intervalles plus ou moins rapprochés, sous une forme bien connue, et qui se caractérise par des fluxions douloureuses des articulations, et particulièrement des petites articulations.

Nous ne possédons sur la pathogénie de la goutte, comme sur celle de toutes les diathèses, que des notions très-imparfaites, et il n'a guère été possible jusqu'ici de définir cette maladie autrement que par ses caractères les plus saillants ou par les résultats que fournit son examen anatomique.

La Société se rappelle peut-être qu'il y a quelques années j'avais eu l'honneur de présenter cette étude devant elle (*De la goutte sous le rapport de sa pathogénie et de son traitement par les eaux de Vichy*, dans la *Gazette hebdomadaire*, 27 avril 1855). J'avais exprimé alors que la goutte paraît consister essentiellement dans l'assimilation vicieuse des principes azotés introduits dans l'organisme par l'alimentation, de telle sorte que l'élimination régulière et physiologique de ces principes sous les formes et par les voies voulues, se trouvant entravée, semble chercher à y suppléer en se frayant une direction nouvelle et pathologique par des voies détournées, les articulations dans la goutte régulière, et n'importe quel point de l'économie dans la goutte irrégulière.

Dans cet ordre d'idées, la goutte reconnaîtrait un point de départ commun avec la gravelle urique, et l'une et l'autre représenteraient les deux branches de la diathèse urique, et ce serait précisément à la détermination de la diathèse urique dans le sens de la goutte ou de la gravelle que présiderait le génie de la maladie.

Si l'analyse des circonstances étiologiques, pathologiques et organiques de la goutte m'a permis d'assigner un tel caractère à cette maladie, je n'ignore pas combien l'expression en est incomplète; mais il n'est guère de sujet de pathogénie qu'il soit possible de creuser plus avant, et je puis affirmer au moins que l'on suivra toujours une direction salutaire alors que l'on prendra un tel ordre d'idées pour guide dans la prophylaxie comme dans le traitement de la goutte, dans le traitement hygiénique comme dans le traitement thérapeutique de cette maladie. Permettez-moi de ne pas insister davantage sur ce sujet, qui n'est, du reste, que secondairement afférent aux considérations qui vont suivre.

Il y a dans le traitement de la goutte, comme dans celui de toutes les maladies diathésiques, deux choses à considérer : le traitement de la diathèse elle-même et celui de ses manifes-

tations. Ce dernier est simplement palliatif; le premier seul est curatif.

Les eaux minérales nous offrent les éléments d'un traitement curatif de la goutte, ou, si vous voulez, de la diathèse urique, comme de la scrofule, comme de l'herpétisme. Nous rencontrons ces éléments dans les eaux bicarbonatées sodiques, dont Vichy se trouve le type très-particulier, comme les eaux chlorurées sodiques nous offrent un traitement curatif de la scrofule, comme les eaux sulfurées de l'herpétisme.

Nous trouvons donc dans ces divers groupes d'eaux minérales des médications *altérantes*, c'est-à-dire propres à changer insensiblement la manière d'être de l'organisme sans provoquer d'actions physiologiques appréciables (telle est à peu près la définition de Nysten, *Dictionnaire de médecine*). Et quand nous dirons qu'il s'agit ici de traitements curatifs, nous exprimons plutôt la direction de ces traitements que leurs résultats définitifs. On ne guérit pas plus facilement la goutte que la scrofule, que l'herpétisme lui-même; mais on atténue la diathèse, on en amoindrit les manifestations, on approche enfin le plus que l'on peut de la guérison, si on l'atteint rarement.

Pour nous tenir sur le terrain que nous avons choisi, nous dirons que les résultats que l'on obtient des eaux de Vichy dans la goutte sont tout à fait parallèles à ceux que l'on en obtient dans la gravelle urique diathésique; la guérison est l'exception, mais l'atténuation est la règle.

Seulement, les résultats sont beaucoup plus complets et plus prononcés dans la gravelle que dans la goutte, pour deux raisons : l'une, que la gravelle est une maladie beaucoup plus simple et plus facile à traiter que la goutte; l'autre, que, lorsque la gravelle se trouve réduite à un certain degré, elle paraît à peine une maladie, ses manifestations ayant cessé d'être douloureuses et pouvant n'entraîner même aucun trouble fonctionnel; mais il n'en est pas de même dans la goutte.

Quel est le mode d'action des eaux de Vichy dans la goutte? Si je vous dis que les eaux de Vichy agissent sur la diathèse goutteuse en rectifiant et en régularisant l'assimilation des principes azotés dont le désordre est l'expression la plus saisissable de la goutte elle-même, peut-être trouverez-vous que je vous énonce un fait plutôt que je ne vous propose une explication. Cependant cette formule a l'avantage de concorder avec ce que nous observons de l'action de ces eaux dans bien des circonstances, et aussi de nous écarter de ces théories chimiques que j'ai combattues déjà devant vous et qui ne comptent plus guère aujourd'hui de défenseur.

Quoi qu'il en soit, les eaux de Vichy agissent sur la goutte dans un sens curatif, et c'est alors que la maladie est la plus silencieuse et que ses manifestations sont le plus éloignées, qu'elles agissent le plus sûrement.

Nous avons vu que la première indication qui se présentait dans le traitement de la goutte était de recourir à un traitement altérant ou diathésique. Dans quelles circonstances ce traitement, dont nous prenons les eaux de Vichy pour le représentant le plus formel, doit-il être appliqué?

L'analyse pathologique de la goutte nous montre un élément diathésique permanent et des manifestations qui se reproduisent à des intervalles plus ou moins rapprochés.

Dans la forme régulière, type de la goutte, dans ce que l'on appelle la goutte aiguë, ces manifestations s'opèrent vers les jointures et disparaissent sans laisser de traces de leur présence.

Nous savons encore que la libre évolution de ces manifestations est une nécessité de la maladie, et que tout ce qui vient à les troubler risque, soit de les prolonger outre mesure, soit d'amener des phénomènes morbides d'un caractère et d'une gravité particulières.

Nous emploierons donc le traitement diathésique en l'absence de ces manifestations, et le plus loin possible de l'époque de leur apparition, ou pour ne pas entraver leur libre développement, ou pour ne pas troubler leur résolution naturelle.

Les eaux de Vichy prises ainsi, et chez des goutteux qui ne présentent rien de particulier dans leur santé générale ni dans leur constitution, sont toujours administrées sans inconvénient, avec bénéfice pour l'ensemble de l'économie; et la règle est que leur usage amène une atténuation plus ou moins prononcée dans les manifestations ultérieures de la maladie, c'est-à-dire des accès plus rares et moins considérables.

Je ne m'arrête pas davantage sur cette règle de pratique, sur laquelle j'ai maintes fois insisté et qui ne saurait d'ailleurs soulever aucune discussion; mais on n'a pas toujours affaire à cette forme simple et typique de la goutte.

Si l'on appelle goutte *aiguë*, expression peu correcte, mais sur laquelle on s'entend clairement, la goutte dont les manifestations se montrent par intervalles pour disparaître ensuite, on appelle goutte *chronique* celle dont les manifestations sont permanentes.

Il y a la goutte chronique d'emblée, dans laquelle les petites articulations deviennent lentement le siége de gonflements et de déformations peu douloureuses et en général peu développées.

Mais il arrive aussi que les altérations consécutives aux accès de goutte aiguë ne se résolvent qu'imparfaitement.

Cela arrive quelquefois à une époque avancée de la maladie. La marche aiguë et douloureuse s'éteint peu à peu pour faire place à des altérations continues peu ou point douloureuses, comme dans la goutte chronique d'emblée; seulement, les engorgements et les déformations articulaires revêtent habituellement alors des proportions beaucoup plus considérables.

Il arrive encore que, tandis que les engorgements articulaires ne se résolvent qu'imparfaitement, la maladie continue d'exister en puissance et de se manifester par les exacerbations fluxionnaires propres à la goutte aiguë. Il y a alors à la fois goutte aiguë et goutte chronique, pour nous conformer au langage habituel.

Les cas de ce genre réclament non-seulement une médication altérante, mais encore une médication résolutive; il se produit donc une indication double.

Dans la goutte chronique d'emblée, les eaux de Vichy suffisent à cette double indication. Les résultats ne sont pas toujours très-satisfaisants, car on a en général moins de prise sur une maladie à marche lente et sourde que sur une maladie à expressions vives et à manifestations actives. Cependant il arrive souvent encore de voir disparaître ou s'amoindrir beaucoup ces déformations des doigts, qui sont le caractère habituel de cette forme de la goutte.

Dans la goutte chronique consécutive à la goutte aiguë, il n'y a plus guère de médication diathésique à faire. Ce changement dans sa marche prouve, en effet, que la maladie a perdu toute son activité; ce sont ces résultats qui demeurent. L'indication résolutive est tout à fait dominante.

Vichy est encore efficace; mais les eaux chlorurées sodiques, telles que Bourbonne, Balaruc, Lamotte, Wiesbaden, Nauheim, conviennent mieux encore. C'est ainsi que si Kreuznach, Salins, l'eau de mer, représentent les médications formelles de la scrofule en puissance, Baréges réussit quelquefois beaucoup mieux à résoudre de vieilles altérations scrofuleuses qu'ont laissées les périodes actives de la diathèse elle-même. Cependant il ne faut jamais s'attendre ici à de grands résultats. Les éléments de ces engorgements et de ces déformations articulaires consécutives à d'anciennes gouttes sont si peu rares, qu'aucune espèce de médication ne saurait avoir beaucoup de prise sur eux.

Dans tous les cas, les préoccupations qui dominaient l'emploi d'un traitement thermal dans la goutte aiguë, au sujet de l'opportunité, c'est-à-dire de l'époque d'application, n'ont plus de raison d'exister.

Il n'en est pas de même quand la goutte aiguë est entée sur une goutte chronique, c'est-à-dire à altérations persistantes. Dans ce cas, l'indication des eaux de Vichy ou des eaux de

même nature persiste. Il faut toujours poursuivre la médication diathésique et continuer à respecter les manifestations qui continuent à se reproduire.

Ici nous touchons à un point d'une grande importance et sur lequel j'appelle toute votre attention.

Pourquoi les altérations de la goutte persistent-elles, bien que la maladie suive encore sa marche aiguë?

C'est quelquefois parce que la maladie est d'une grande intensité. Elle détermine des altérations locales considérables qui, n'ayant pas le temps de disparaître avant l'invasion d'accès nouveaux, se trouvent sans cesse alimentées et accrues par ces derniers.

Ici rien de changé aux indications; mais le pronostic du traitement n'est plus le même. Et vis-à-vis d'une diathèse d'une puissance considérable, il faut s'attendre à ce que le traitement aura un bien moindre empire; mais il fait ce qu'il peut, et, dans une maladie aussi cruelle et aussi impossible à enrayer, des résultats même très-incomplets paraissent encore bien précieux.

Mais il arrive souvent que, si les désordres amenés par la goutte dans les articulations ne se résolvent pas entièrement après les accès, la faute n'en est pas à la violence de la diathèse, mais à l'insuffisance d'un organisme affaibli, soit par suite de sa constitution originelle, soit par suite des circonstances où il se sera rencontré.

J'ai supposé jusqu'ici que l'on avait affaire à des goutteux placés dans des conditions ordinaires de constitution et de santé générale. Il est un type vulgaire de la constitution goutteuse dont le caractère le plus saillant est emprunté au tempérament sanguin combiné à des degrés divers avec le tempérament nerveux. Ce type se rencontre fréquemment. La goutte se montre souvent aussi chez des personnes de constitution moyenne et de santé en apparence irréprochable, en dehors des circonstances qui ont présidé à l'apparition de la goutte.

Tout ce que j'ai dit jusqu'ici du traitement de la goutte s'applique à de semblables conditions; mais il n'en est pas toujours ainsi.

La goutte peut exister également chez des individus affaiblis ou à constitution molle et lymphatique, ou bien offrant une prédominance névropathique. Ce sont, la plupart du temps, des gouttes héréditaires. La goutte héréditaire ou acquise ne préserve pas, d'ailleurs, des circonstances, hygiéniques ou autres, qui altèrent la constitution d'un individu, et c'est ainsi que l'on a affaire dans la pratique à des goutteux affaiblis, anémiques, lymphatiques ou névropathiques.

C'est chez ces goutteux que l'on voit le plus souvent, même en présence d'une goutte de moyenne intensité, les engorgements articulaires ne se résoudre qu'imparfaitement. La somme de vitalité nécessaire à la résolution des altérations goutteuses paraît faire défaut à l'organisme.

Or, les eaux de Vichy, si bien indiquées dans les circonstances ordinaires de la goutte, cessent ici d'être applicables. Il se passe là quelque chose de singulier et qui mérite une grande attention.

Les eaux de Vichy représentent certainement une médication reconstituante au plus haut point. Dans les cachexies les plus avancées, cachexie intermittente, dyspeptique, hépatique; dans l'anémie des pays chauds, des maladies du foie, des fièvres de marais, elles remontent l'organisme d'une façon surprenante.

Et cependant ces mêmes eaux ne sont pas reconstituantes chez les goutteux, et, comme il faut s'y attendre d'une médication active qui ne saurait être indifférente, et qui nuit en général alors qu'elle a cessé d'être salutaire, elles sont formellement contre-indiquées dans les cas de ce genre.

Après avoir fait la part des traitements mal administrés, soyez assurés que c'est parmi les cas dont nous parlons qu'ont été rencontrés ces exemples si souvent cités, où les eaux de Vichy avaient exercé sur les goutteux une action déprimante, quelquefois funeste. Mais on a généralisé à tort ces faits, et c'est à tort que l'on a appliqué à la goutte en général ce qui n'avait trait qu'à des circonstances très-particulières.

Or, dans les cas de ce genre, les eaux chlorurées sodiques remplacent avantageusement les bicarbonatées, et Wiesbaden Vichy. Je ne saurais dire au juste si Wiesbaden possède à ce sujet une supériorité réelle sur les eaux minérales ses congénères; mais il est certain que l'expérience a consacré l'appropriation parfaite de Wiesbaden à cet ordre de faits où Vichy a cessé d'être applicable.

Nous n'avons encore parlé que de la goutte régulière, aiguë ou chronique, c'est-à-dire se manifestant sur les articulations. Mais il y a aussi une goutte irrégulière, vague, mobile; c'est-à-dire que les manifestations de la goutte ne s'opèrent plus ou ne s'opèrent qu'incomplétement sur les articulations, mais apparaissent sur de tout autres régions et sous toutes sortes de formes. Ce sont des céphalies, des asthmes, des névralgies, des gastro-entéralgies, des névroses du cœur, des angines de poitrine; ce sont des accidents bizarres, des symptômes insolites. On voit alors l'accès de goutte se porter d'une articulation sur une autre, puis disparaître et faire place à tel ou tel appareil symptomatique, puis quelquefois reparaître aux jointures. Parfois même les articulations sont tout à fait indemnes. La goutte est, à proprement parler, *larvée*, et c'est par une induction plus ou moins éloignée que l'on assigne aux phénomènes morbides un caractère goutteux.

Vous ne savez que trop combien les faits de ce genre engendrent de difficultés dans le diagnostic, d'embarras dans le traitement, de péripéties anxieuses dans le pronostic. Mais il importe d'en déterminer la signification générale.

Or, la goutte est mobile, vague, irrégulière, au moins pour la plupart des cas, dans les deux circonstances suivantes : tantôt ce sont des individus affaiblis chez qui l'organisme, dépourvu de ressort, est impuissant à fixer sur un point déterminé telle manifestation morbide qui y trouve habituellement son siége d'élection; tantôt ce sont des individus névropathiques chez qui la mobilité, le changement, sont le caractère dominant de tous les phénomènes pathologiques qui peuvent apparaître chez eux.

Tels sont les deux types auxquels appartiennent la plupart de ces gouttes irrégulières, viscérales, etc., dont nous nous occupons en ce moment.

On comprend que, chez des individus placés dans de semblables conditions, toute intervention thérapeutique un peu active soit à redouter. On ne sera jamais assuré de ne pas exercer une action perturbatrice, et l'art ne possède aucun moyen de diriger ni d'enrayer avec quelque certitude des phénomènes morbides à l'abri desquels ne se trouve aucun point de l'économie.

Sans doute, dans certains cas de goutte larvée, alors que l'on soupçonne que tels phénomènes symptomatiques habituels pourraient tenir à un principe goutteux, les eaux de Vichy peuvent être administrées avec quelque avantage; mais, quand il s'agit de manifestations alternantes, articulaires et autres, il convient généralement de renoncer à toute médication active.

Cependant, si la constitution est très-affaiblie, on pourra recourir à Wiesbaden ou à Bourbonne; aux sources ferrugineuses, Spa ou Schwalbach, si les caractères de l'anémie dominent. Il y a quelquefois un épuisement qui résulte de la goutte elle-même, de sa durée et de son intensité; quelquefois du régime déprimant, auquel beaucoup de goutteux croient à tort devoir se réduire. C'est particulièrement dans les cas de ce genre que les eaux minérales que je viens de mentionner pourront être utiles.

Dans les gouttes très-mobiles, névropathiques, les traitements balnéaires près des eaux faiblement minéralisées, comme Néris, Luxeuil, Wildbad, Schlangenbad, amènent quelquefois une utile sédation dans l'économie.

Et dans l'un comme dans l'autre de ces groupes de faits, on peut voir la goutte perdre de sa mobilité, et tendre par suite à se replacer vers son siége d'élection, parce qu'on aura re-

monté le ton de l'organisme, ou parce qu'on aura rendu quelque stabilité au système nerveux. Mais il n'en faut pas moins toujours apporter une grande circonspection dans l'administration de ces traitements thermaux. Lors même qu'ils paraissent le mieux indiqués, il faut beaucoup de tact et d'expérience pour en décider sûrement l'opportunité, et il est souvent plus sage de s'abstenir que de recourir à un traitement toujours quelque peu aventureux dans de pareilles circonstances.

Vous voyez, messieurs, combien ces questions de pratique sont délicates et complexes, combien les formules qui expriment les spécialisations thérapeutiques les plus légitimes sont incomplètes, et combien enfin, lorsque l'on a dit que les eaux de Vichy conviennent dans la goutte, il importe d'y ajouter une explication. Mais il faut dire que la goutte, vouée aux remèdes secrets et dangereux, et dans laquelle les malades en appellent en général à la médecine éclairée et méthodique à leur corps défendant, est une des maladies les plus difficiles à traiter.

Je désire que les considérations que je viens de vous présenter sur ce sujet vous aient paru de quelque utilité. Elles sont, dans tous les cas, conformes à l'expérience comme aux vrais principes de la médecine.

— M. *Ad. Richard* demande la parole pour un fait de trachéotomie et d'accidents consécutifs.

Il s'agit d'une petite fille de quatre ans et demi, qu'il opéra il y a un mois, et qui heureusement est guérie maintenant. J'ai été dans ce cas, dit M. Richard, aux prises avec une difficulté que je n'avais pas encore rencontrée : je veux parler du séjour prolongé de la canule, que je ne pouvais retirer sans déterminer des accès de suffocation; en outre, l'enfant ne pouvait plus se nourrir, et il m'a fallu l'alimenter de force deux fois par jour. Je demandai conseil à M. Trousseau, qui me dit d'attendre. J'attends ainsi jusqu'au quinzième jour après l'opération; je laissai alors la petite malade respirer par la plaie : elle expulsa deux grands lambeaux pseudo-membraneux. Peu à peu la plaie se referma, et la respiration s'établit par le larynx. Mais, encore maintenant, la plaie n'est point fermée, et j'ai peur, sinon d'un séquestre, au moins d'une ulcération de la trachée; en outre, la diphthérite est cause que la plaie a augmenté en étendue; de plus, un érysipèle est survenu, malgré toutes les précautions prises : c'était sans doute le prodrome de la diphthérite, qui a envahi la plaie et disséqué les muscles du cou.

M. *Peter*. Je crois que l'on a beaucoup exagéré le danger qui résulte des canules à demeure pendant longtemps. Pour mon compte, j'ai vu un enfant auquel on n'enleva la canule que le quatorzième jour, et chez lequel la plaie guérit en deux ou trois jours.

On a dit que la présence de la canule prédisposait à la pneumonie; or, cela n'est pas, c'est tout simplement la maladie qui suit son évolution. On a encore dit que l'air extérieur arrivait trop froid; une cravate de gaze interposée entre la plaie et l'air extérieur suffit pour prévenir ce danger. Pour ma part, j'ai vu un grand nombre d'enfants non opérés et atteints de pneumonies. On a dit enfin que la canule ulcérait; cela ne m'a jamais effrayé, on n'a qu'à enlever le corps ulcérant, et les effets cessent.

En résumé, il ne faut pas croire que le séjour prolongé de la canule dans les cas de trachéotomie entraîne nécessairement une plaie difficile à guérir.

M. *Blachez*. Pendant mon internat chez M. Beau à l'hôpital Cochin, il entra dans le service un enfant de quatre ans atteint de croup confirmé. Je fis la trachéotomie, et, au bout de trois ou quatre jours, le petit malade marchait vers la guérison. Je retirai la canule, mais il fut pris d'accidents de suffocation. Je fus alors forcé de m'absenter, et, à mon retour, cinq semaines après, je retrouvai l'enfant toujours avec sa canule et suffoquant dès qu'elle était retirée. Je la retirai cependant, malgré les cris et la colère du petit malade, qui était, il faut le dire, d'un naturel très-irascible. Il fut un instant surpris, fit quelques efforts inspirateurs, et la respiration se rétablit normalement. Je le surveillai pendant une heure et le quittai, mais en restant à l'hôpital. Quatre ou cinq heures après, on vient me chercher en toute hâte en me disant que l'enfant était mort; je cours le voir, accompagné d'un de mes collègues de l'hôpital des Enfants et ayant une grande expérience de la trachéotomie : je trouve, en effet, un enfant inanimé. Nous agrandissons la plaie, nous remettons la canule, sans résultat : l'enfant mourut. Il venait de se faire mal en jouant, avait eu une convulsion de colère, après laquelle étaient survenus les accidents de spasme et de suffocation.

A l'autopsie, on ne trouva pas trace d'ulcération; mais la glotte était très-rétrécie. Elle était réduite au tiers de son calibre normal; il y avait, en outre, une inflammation, une arthrite de l'articulation crico-thyroïdienne. Je me suis demandé si le spasme qu'avait éprouvé cet enfant n'était pas la cause principale de sa mort.

M. *Boinet*. Il n'y a pas de règles fixes quant à l'époque à laquelle il faut retirer la canule; tout dépend de la plus ou moins grande abondance des sécrétions. On a vu des individus portant des canules quinze, dix-huit mois, et plus encore.

Il faut, en outre, tenir compte de la gêne qui existe dans la respiration par l'air qui entre à la fois par deux ouvertures opposées, la plaie et l'orifice supérieur du larynx, gêne qui peut amener l'asphyxie du malade.

Quant au séjour prolongé de la canule comme cause d'ulcérations, je ne crois pas, à part une prédisposition morbide du sujet, qu'il puisse être dangereux.

M. *Peter* dit qu'on a accusé la trachéotomie, et en particulier le séjour prolongé de la canule, de produire certains accidents, soit locaux, tels que l'ulcération de la plaie du cou et celle de la trachée, soit généraux, tels que la pneumonie.

Il y a là une erreur d'appréciation plutôt que d'observation. Oui, la trachéotomie dans le croup est fréquemment suivie de pneumonie; oui, le séjour de la canule est suivi bien souvent de diphthérisation, d'ulcérations de la plaie; mais ce n'est pas la trachéotomie, ce n'est pas la longue durée du séjour de la canule qui sont causes de ces accidents, c'est la diphthérite elle-même qui en entraîne la production.

En effet, la pneumonie est, pour ainsi dire, dans le plan morbide de la diphthérite des voies aériennes. On sait que cette affection passe par les trois phases successives de congestion, de phlegmasie commune et de phlegmasie spécifique, c'est-à-dire d'exsudation couenneuse. D'un autre côté, la diphthérite est nécessairement envahissante, et, quand elle affecte les voies aériennes, elle ira le plus souvent dans toute l'étendue de ces voies, du pharynx au larynx, et de celui-ci, de proche en proche, jusqu'aux vésicules parfois. Eh bien, comme les trois phases de la diphthérite s'effectuent successivement de haut en bas, et dans un laps de temps plus ou moins appréciable, il s'ensuit qu'il peut y avoir simultanément de la couenne dans le larynx et de la phlegmasie simple encore dans les bronches et les vésicules, c'est-à-dire simultanément le croup et une bronchite ou même une broncho-pneumonie.

Mais, d'ailleurs, ce qui tendrait à démontrer, en dehors de ces arguments nosologiques, que la pneumonie est le fait de la diphthérite et non de la trachéotomie, c'est le développement de la phlegmasie du poumon chez des enfants atteints de croup et qui n'ont pas été trachéotomisés. M. Peter en cite, entre autres, deux exemples remarquables : chez l'un, la pneumonie survint le quatrième jour, et chez l'autre le sixième de la diphthérite, c'est-à-dire à une époque très-rapprochée du début de la maladie. Il faut ajouter encore que la pneumonie, chez les trachéotomisés, survient le plus souvent vers cette époque, et qu'il est tout à fait invraisemblable que, dans un laps de

temps aussi court, l'opération soit la cause de la phlegmasie du parenchyme pulmonaire.

Qu'est-ce donc au fond que la trachéotomie dans le croup? C'est un moyen mécanique destiné à faire disparaître un obstacle mécanique qui s'oppose à l'entrée de l'air dans les bronches. Il n'empêche en aucune façon l'évolution de la diphthérite; une fois l'opération faite, la maladie spécifique parcourt ses périodes comme auparavant; mais, si l'on ne comprend pas comment la trachéotomie ne saurait entraver la marche envahissante de la diphthérite et, par suite, le développement possible d'une pneumonie due à cette diphthérite, on ne comprend pas davantage comment cette opération pourrait faciliter l'éclosion de l'inflammation pulmonaire, et à plus forte raison la produire de toutes pièces.

Voit-on, par exemple, la pneumonie survenir aussi fréquemment à la suite de la trachéotomie pratiquée dans les cas de corps étrangers du larynx, d'œdème de la glotte, de phthisie laryngée? Ici les chirurgiens fournissent des armes contre eux-mêmes.

Que si maintenant on observe parfois l'ulcération de la plaie du cou ou celle de la trachée, ou bien encore la diphthérisation de la plaie, il n'en faut pas accuser le séjour prolongé de la canule, mais le mauvais état général du sujet, attendu que ces accidents se développent souvent dès le deuxième ou le quatrième jour après l'opération, et qu'on n'observe rien de semblable, malgré le séjour prolongé de la canule dans les cas de trachéotomie pratiquée pour toute autre maladie que le croup, ou même dans des cas de croup avec bon état général. Ainsi, M. Peter cite deux cas d'ablation tardive de la canule le dix-septième jour et le vingt-neuvième après la trachéotomie, sans qu'il y ait eu le moindre accident local ou général.

En résumé, donc, puisque la pneumonie survient dans le croup sans trachéotomie, et puisque la trachéotomie pratiquée pour d'autres maladies que le croup n'est point aussi fréquemment suivie de pneumonie, celle-ci n'est évidemment pas causée par la trachéotomie.

Et puisque, d'autre part, l'ablation tardive de la canule peut avoir lieu sans provoquer d'accidents locaux, il n'y a pas à redouter outre mesure le séjour de la canule dans la plaie, et l'on ne doit pas accuser la trachéotomie de phénomènes dont elle est innocente.

M. *Ad. Richard*. Je suis étonné de ce que vient de dire M. Peter, et je demande à préciser la question. Pendant longtemps, la trachéotomie a échoué entre les mains de nos maîtres les plus expérimentés; au contraire, depuis quinze ans, on réussit dans le tiers des cas. Or, sur quoi reposent ces succès? Sur les précautions recommandées par M. Trousseau: opérer au bon moment, se servir d'une grosse canule double; cautériser la plaie, changer souvent la canule; nourrir l'enfant, et surtout tamiser au moyen d'une cravate de gaze l'air qui entre par la canule. La canule dans la trachée est, en effet, une cause permanente de pneumonie. Pour s'en convaincre, il faut isoler le séjour de la canule de l'affection diphthéritique elle-même; eh bien, à la suite de trachéotomies pratiquées hors des cas de croup, on voit des malades succomber à la pneumonie, dont la seule cause ne saurait être que la canule. J'en veux citer quelques exemples. Le général Pétiet fut opéré par M. Nélaton, qui fit la trachéotomie pour un œdème de la glotte; le cinquième jour, le général meurt de pneumonie. Un parent de M. le professeur Roux fut opéré également pour un œdème de la glotte par M. Trousseau; il meurt le septième jour d'une pneumonie. Enfin j'ai vu dans mes salles une femme dont voici l'observation et qui est dans le même cas. (M. Richard lit cette observation.)

La pneumonie, ajoute-t-il, est dans l'évolution morbide de la diphthérite; sans aucun doute, nous savons tous cela. Mais, en admettant que ce soit une terminaison, un des phénomènes ultimes de l'affection diphthéritique, il ne faut pas croire que cette terminaison doive toujours fatalement arriver.

M. *Forget*. On peut dire, en règle générale, que la trachéotomie est inutile dans les diphthérites, parce qu'elle ne donne pas de résultats satisfaisants. M. Richard s'est montré très-préoccupé du moment précis où il faut enlever la canule; il craint la complication des ulcérations; mais ces questions sont tout à fait à l'ordre du jour. Ainsi, je demanderai quelle est la moyenne de fréquence des ulcérations, s'il faut s'en préoccuper beaucoup, et quelles sont les canules qui en causent le plus?

M. Richard demande que la discussion ne soit pas continuée; chacun, après avoir plus ou moins discuté, restera dans son opinion, parce que nous partons chacun d'un point de vue différent. Pour lui, les enfants qui ont une canule, et par conséquent un orifice ouvert à l'air extérieur, ont par cela même une grande propension à la pneumonie, disposition qui cesse avec l'ablation de la canule.

M. *Peter* dit qu'en effet, en partant de points de vue différents, on n'a guère de chances de se rencontrer, mais que cependant M. Richard et lui sont plus près de s'entendre qu'on ne le croit. Pour lui, comme pour M. Richard, l'inflammation va de proche en proche jusqu'au poumon par l'air froid qui passe à travers la canule, mais qui est cependant mitigé par la cravate de gaze qui recouvre le cou de l'enfant. Mais, pour lui, la pneumonie est dans le plan morbide de la laryngite croupale.

M. *Cavasse* pense que la gêne de l'enfant pour respirer peut tenir à bien des causes: névroses, comme dans le cas de M. Blachez; fausses membranes flottantes, etc. Dans ces cas, on peut retirer la canule. M. Cavasse se demande si le laryngoscope ne jouera pas à l'avenir un grand rôle dans toutes ces questions?

M. *Sales-Girons* dit qu'on a toujours craint, comme le disait M. Richard, l'accès de l'air froid dans les bronches. Il rappelle à ce sujet les expériences qui eurent lieu avec de l'eau mélangée avec du chlorate de potasse et de l'alun, et qui, lancée avec un pulvérisateur, arrive dans les bronches. Or, M. Sales-Girons se demande si de l'eau ainsi lancée avec le pulvérisateur de M. Mathieu, dans un gosier enflammé et dans des bronches prédisposées à le devenir, ne serait pas sans danger. Il fit une communication dans ce sens à M. Trousseau et à M. le docteur Moynier, son chef de clinique, qui lui répondit que ses craintes étaient parfaitement fondées, et que de l'eau même tiède, mais se refroidissant nécessairement, pouvait, par le changement de température, amener l'inflammation des bronches ou du parenchyme pulmonaire.

Ces messieurs, comme M. Richard, redoutent donc l'accès de l'air froid.

M. *Leroy* (d'Étiolles) a vu le cas suivant: une trachéotomie fut faite à l'hôpital des Enfants dans le service de M. Bouneau; au bout de trois semaines, on retire la canule, et, trois jours après, l'enfant mourut de pneumonie.

M. *Peter*. Chez les enfants, il est presque impossible d'appliquer le laryngoscope; puis il faut, pour que l'examen puisse se faire, que le larynx fonctionne. Or, on sait que, du moment qu'il y a une solution de continuité à la trachée, ses fonctions sont troublées, et que, par conséquent, on ne peut rien conclure. Quant à l'enchatonnement des fausses membranes dans les ventricules du larynx, c'est encore là une cause, en effet, de difficulté de respirer. C'est pour remédier à cet obstacle que M. Guersant a imaginé ce qu'il appelle le ramonage du larynx, opération que chacun connaît et que je n'ai pas besoin de décrire.

M. *Cavasse* ne croit pas que l'examen avec le laryngoscope soit aussi difficile à faire que le dit M. Peter. Le trou fait à la trachée n'empêche pas le fonctionnement du larynx.

M. *Peter*, à l'appui de son dire, cite un cas observé dans le

service de M. le professeur Trousseau tout récemment. Avant la trachéotomie, on pouvait avec le laryngoscope examiner le larynx; après l'opération faite, cet examen est devenu impossible.

M. *Cavasse* persiste à croire que les fonctions du larynx ne sont pas aussi troublées qu'on le veut bien dire par le fait de la perforation trachéale, et est convaincu que le laryngoscope rendra de grands services dans le plus grand nombre des cas de croup.

Le secrétaire annuel, G. Géry.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 19 JUIN 1863.

Suite de la discussion sur la lèpre.

M. *Giraud-Teulon*. Communication sur le strabisme et la diplopie.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Empoisonnement par les champignons; emploi des lavements de café, par le docteur Humbert.

Obs. — Quatre personnes, le père, la mère et deux enfants, furent tous quatre empoisonnés en même temps par le même champignon. Chez les deux enfants, des vomissements spontanés survinrent, et l'évacuation du poison fut suivie d'un rétablissement assez rapide. Quant au père et à la mère, qui n'ont pas vomi, l'empoisonnement a été très-grave; mais il a donné lieu, chez les deux sujets, à des symptômes tout à fait différents. La femme a été jetée dans un état d'exaltation cérébrale extrême, caractérisée par de la fureur et une loquacité incessante. Le mari, au contraire, a été plongé dans une stupeur qui est allée croissant jusqu'au coma le plus profond, avec état tétanique et insensibilité. La déglutition étant impossible chez ce dernier, on a eu recours, pour lui, à l'administration de lavements de café répétés. Cette médication a produit d'excellents effets; sous son influence, le coma et la stupeur se sont dissipés, et peu à peu tout est rentré dans l'ordre. Quant à la femme, l'emploi du même moyen n'a rien produit de bon, non plus que celui de l'éther et de l'eau de laurier-cerise. Les sangsues, appliquées le lendemain, ont paru faire tomber l'agitation, et la malade s'est rétablie assez rapidement. (*Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire*, 1862.)

Résorption spontanée de cristallins cataractés, à la suite d'une opération pratiquée à l'œil du côté opposé, par MM. Garin et Gallois.

M. Garin a communiqué à la Société de médecine de Saint-Étienne le fait suivant :

Obs. — Une cataracte double, datant d'un côté de quatorze ans, de l'autre de quatre ans, a été opérée par extraction du côté le plus ancien. L'opération n'a pas réussi, en ce sens que la vue n'a pas été rétablie; mais à la suite de cette opération, le côté non opéré s'est éclairci spontanément peu à peu et la vue est revenue d'une manière très-sensible.

M. Gallois a été témoin d'un fait semblable. Chez un jardinier atteint de cataracte double, il a opéré un des côtés par abaissement; l'opération n'a pas réussi, mais le côté opposé, non opéré, s'est depuis éclairci peu à peu et la vue revient.

Il est fâcheux que les chirurgiens, témoins de ces faits, se soient bornés à une simple mention, ou que les observations ne soient pas rapportées avec plus de détails dans les bulletins. (*Annales de la Soc. de méd. de Saint-Étienne et de la Loire*, 1862.)

Kyste pileux du col utérin cause de dystocie, par M. Cousot.

Le docteur Cousot, de Dinant, a adressé à l'Académie royale de médecine de Belgique la relation du fait suivant : La malade était à son troisième accouchement, qui paraissait, comme les précédents, devoir se terminer sans accidents; mais l'expulsion du fœtus s'arrêta bientôt, par suite de la présence d'une tumeur occupant la paroi postérieure du col utérin et faisant obstacle au passage de la tête. L'enfant, ayant succombé à la longueur du travail et à une procidence du cordon, fut extrait par le forceps, qui entraîna en même temps la tumeur saisie dans l'intervalle des branches de l'instrument.

Cette tumeur était piriforme, ayant 11 centimètres de longueur sur 6 de largeur; renfermait des poils et ressemblait à un kyste pileux de l'ovaire. Mais M. Cousot n'a pas vu l'énucléation se faire au moment de l'accouchement; en introduisant la main immédiatement après l'extraction du fœtus, il ne put trouver sur le col, déjà rétracté, aucune trace d'une déchirure qui eût dû être assez considérable. Aussi, comme l'a fait observer M. Graux, doit-on conserver des doutes sur le siége occupé primitivement par la tumeur, avec d'autant plus de raison, qu'on ne connaît guère d'exemples de kyste pileux du col utérin; et l'on pourrait aussi se demander jusqu'à quel point ce kyste, renfermant, outre des cheveux, une matière caséiforme comme on en rencontre dans les méliceris, ne pourrait pas provenir plutôt du fœtus que de la mère. (*Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, 1862, novembre.)

De l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac, par M. Colson (de Beauvais).

M. Colson, de Beauvais, a publié dans les Archives de médecine (mars, avril, mai 1863) un mémoire dans lequel il propose d'employer d'une manière générale, dans les hernies étranglées, le débridement de l'anneau aponévrotique sans ouverture du sac herniaire. En contournant après l'incision des couches superficielles le pédicule de la hernie, on rencontre ordinairement, dit-il, un point de sa circonférence qui est moins serré que le reste par cet anneau; c'est ce point que l'on choisit pour introduire dans l'anneau la lame d'un bistouri glissée sur une sonde cannelée. Le débridement effectué, on tente la réduction de l'intestin, mais le doigt indicateur doit être appliqué sur le collet de la tumeur, dans la crainte que, venant à échapper tout à coup au travers de l'ouverture agrandie de l'anneau, l'intestin ne se réduise en masse avec son enveloppe.

Cette méthode, imaginée par J. L. Petit, réinventée tant de fois depuis, appliquée de nouveau par M. Malgaigne pour la hernie crurale, a été jusqu'à présent repoussée par la plupart des chirurgiens. Cependant, en Angleterre, elle rencontre un assez grand nombre de partisans, et des statistiques publiées par MM. Birkett, Gay, Ward, Bryant, etc., ont cherché à montrer son innocuité relative. Mais une première question se présente tout d'abord : cette méthode est-elle applicable aux hernies inguinales qui, suivant M. Malgaigne, sont étranglées non par l'anneau aponévrotique, mais par le collet du sac? M. Colson cherche à montrer que la théorie de M. Malgaigne a été trouvée plusieurs fois en défaut; cela est vrai, mais il n'en reste pas moins acquis que la règle pour la hernie inguinale est de voir l'étranglement opéré par le collet du sac.

Cependant, même dans les circonstances où le sac est l'agent constricteur, M. Colson pense et cherche à démontrer par son observation VI, que le déplissement du collet rétréci sera possible sous l'influence d'un taxis direct après l'incision des anneaux aponévrotiques.

Les objections principales que l'auteur examine ensuite et cherche à réfuter, sont les suivantes : la nécessité d'ouvrir le sac, 1° pour constater l'état de l'intestin; 2° pour faire disparaître les adhérences que les anses intestinales peuvent avoir contractées, soit entre elles, soit avec le sac lui-même.

« Je pense, dit M. Colson, qu'il résultera des faits que j'ai » produits et des considérations auxquelles je me suis livré, » que l'opération de la hernie sans ouverture du sac prendra » rang dans la chirurgie française, et que le procédé ordinaire » sera désormais regardé comme un pis aller, qui restera » cependant la dernière ressource du chirurgien lorsqu'il » n'aura pu mieux faire. »

» Rien n'oblige à faire rentrer les intestins, si l'on craint que » leur contact ne soit préjudiciable à ceux qui sont restés dans » le ventre. On peut, après avoir débridé et s'être assuré que » la communication est rétablie entre le ventre et la hernie, » abandonner au debors, dans l'intérieur du sac, les intestins » qu'on croit trop fortement atteints pour être réduits. »

Nous ne saurions adopter qu'avec de grandes restrictions la pratique que préconise M. Colson, et en considérant comme exceptionnels les succès qu'elle pourra procurer; cependant nous croyons que l'auteur a fait une œuvre très-utile en attirant de nouveau l'attention sur ce point.

Pour la hernie crurale surtout, la méthode est applicable, et elle suffira souvent seule à obtenir la réduction. Sur les huit observations de M. Colson, cinq ont trait à des hernies fémorales.

Pour la hernie inguinale, sans attacher à l'ouverture du sac toute l'importance que lui attribuent beaucoup d'auteurs, il sera utile, après avoir débridé l'anneau, de chercher par le taxis à dilater le collet rétréci du sac et à réduire l'intestin. Mais contrairement au chirurgien de Beauvais, nous pensons que dans les hernies étranglées depuis longtemps, dans celles où l'on pourra soupçonner des adhérences, il sera plus prudent d'ouvrir le sac. Pour nous, les indications principales nous paraissent les suivantes : opérer de bonne heure, sans se bercer d'illusions sur les succès du taxis; ne pas rentrer l'épiploon; administrer, après l'opération et dans les deux premiers jours, non des purgatifs, mais des opiacés, même à hautes doses.

Crayons de sulfate de cuivre, par don Mariano Llovet.

Le fréquent emploi du sulfate de cuivre comme caustique et la forme incommode de ses cristaux ordinaires pour s'en servir à cet effet, a donné l'idée à un pharmacien espagnol, don Mariano Llovet, de le fondre en cylindres comme le nitrate d'argent. La rapidité avec laquelle il perd son eau de cristallisation s'opposant à en faire varier la forme, il s'agissait de le mêler à un autre corps qui, en le conservant et sans en altérer les propriétés cathérétiques, pourrait contribuer à lui faire prendre la forme désirée. Il a choisi à cet effet le sulfate d'alumine et de potasse qu'il mélange dans les proportions suivantes :

Sulfate de cuivre...............	30 grammes.
Sulfate d'alumine et de potasse....	15 —

On pulvérise et l'on mélange ces deux sels en les plaçant dans une chrysolite d'argile ou de porcelaine, sur une lampe à alcool ou tout autre foyer calorifique, pour en opérer doucement la fusion. Quand la masse est liquide, on verse dans une lingotière, qui doit être préférablement en bronze pour éviter la précipitation du cuivre à l'état métallique. Si un excès de température a changé la dissolution du mélange, un peu d'eau suffit à la rétablir et à faciliter cette fusion.

Les crayons obtenus sont d'un vert bleuâtre clair à l'extérieur comme à l'intérieur, et offrent une certaine résitance à la cassure. La causticité subsiste, et l'alun employé ainsi comme fondant n'empêche en rien l'action ou l'emploi de ce sel sous cette forme, ainsi que le prouve l'usage qu'on en fait à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Madrid. (*Union médicale.*)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Publications récentes sur l'hydrologie médicale.

Les Pyrénées et les eaux thermales sulfurées de Bagnères-de-Luchon, par MM. Lambron et Toussaint-Lezat. 2 vol. in-12. Paris, 1862, Napoléon Chaix et Compagnie. — Étude chimique et médicale des eaux sulfureuses d'Ax (Ariége), par M. Félix Garrigou. 1 vol. in-8. Paris, 1862, J.-B. Baillière et fils. — Aix-les-Bains, par M. Berthet. 1 vol. in-8. Chambéry, 1862. — Les Eaux-Bonnes en 1862 (4e lettre), par M. de Pietra-Santa. Brochure in-8. Paris, 1863. — Les eaux thermo-minérales d'Auvergne, par MM. Allard et Boucomont. Brochure in-8. Paris, 1863, Adrien Delahaye. — Du traitement de la phthisie pulmonaire par les eaux de l'Auvergne, par M. Allard. Brochure in-8. Paris, 1863, Adrien Delahaye. — Des effets des eaux thermales du Mont-Dore dans le traitement du coryza et de l'aphonie, par M. Mascarel. Brochure in-8. Paris, 1862, Victor Masson et fils. — Clinique médicale de Vichy en 1862, par M. Willemin. Brochure in-8. Paris, 1863, Germer Baillière. — Lettre critique sur la prétendue action dissolvante et fluidifiante des eaux de Vichy, par M. Casimir Daumas. Brochure in-8. Paris, 1863, Henri Plon. — Études cliniques sur les eaux de Plombières, par M. Liétard. 1 vol. in-8. Paris, 1860, Victor Masson et fils. — Eaux minérales de Pougues, par M. Roubaud. Brochure in-8. Paris, 1863, Adrien Delahaye. — Rippoldsau, par MM. Robert et Feyerlin. Brochure in-12. Strasbourg, 1862. — Eaux ferrugineuses thermales de Szliacs (Hongrie), par M. Hasenfeld. Brochure in-8. Paris, 1862, Germer Baillière. — Essai sur les eaux ferrugineuses du Mont-Cassel, par M. Windrif. Brochure in-8. Lille, 1863. — Notice sur la source hydro-minérale de Saint-Christophe en Bridnnais. Brochure in-12. — Nouvelle analyse de l'eau minérale acidule-alcaline-ferrugineuse du Boulou, par M. Béchamp. Brochure in-8. Montpellier, 1863. — Études de chimie, de matière médicale et de thérapeutique sur les eaux de Salins, par MM. Réveil et Dumoulin. Brochure in-8. Paris, 1863, Asselin. — Une saison a Contrexéville, par M. A. Millet. Brochure in-8. Paris, 1863, Savy. — Guide du baigneur a Enghien-les-Bains pour 1863. Brochure in-12. — Troisième compte rendu de la clinique de l'établissement hydrothérapique de Longchamps, a Bordeaux, par M. Paul Delmas. Brochure in-8. Paris, 1863, Germer Baillière. — Almanach général d'Arcachon. Brochure in-18, 1863.

La saison des eaux, déjà commencée, nous avertit qu'il est temps de régler nos comptes avec nos confrères hydrologues.

N'est-il pas vrai qu'on pourrait, sans hyperbole, nommer les Pyrénées la mamelle hydrologique de la France? Les flancs de ces montagnes recèlent une telle proportion d'eaux minérales, qu'il est aisé d'y reproduire à chaque pas le miracle de Moïse, de frapper une roche du bout de sa canne, et d'en faire incontinent jaillir une source.

M. le docteur Lambron a publié récemment deux volumes sur les Pyrénées; mais presque tout l'intérêt de cet ouvrage se concentre sur Bagnères-de-Luchon, sans contredit un des thermes les plus beaux et les plus florissants du midi de la France.

A l'exemple de la plupart de ses collègues, M. Lambron a écrit ce livre autant à l'usage des baigneurs qu'à l'intention des médecins. Le commencement et la fin, les *préliminaires* et l'*appendice* terminal renferment des détails aussi complets, des renseignements aussi minutieux qu'un Guide Richard sur tout ce qui peut intéresser un touriste et un curieux en voyage. Tout le monde y peut donc trouver son compte, et les amis de la science, et les amis de la nature.

Je ne m'arrêterai pas, malgré tout l'attrait qu'elle présente, à la première partie de l'ouvrage, consacrée à des *notions générales sur les Pyrénées*. Dans autant de chapitres distincts, où la sévérité de la science s'allie d'une manière heureuse à l'agrément du pittoresque, l'auteur esquisse à grands traits un tableau de cette chaîne; il expose sommairement son histoire géologique, les phénomènes de ses neiges permanentes et de ses glaciers, le dénombrement de ses rivières et des sources minérales qui jaillissent de ses flancs, avec l'indication de leur origine, de leur minéralisation et de leur thermalité, d'après les travaux de MM. Palassou, Élie de Beaumont, Dufrénoy, Léon Marchant, Filhol, Jules François, Leymerie et Anglada.

La deuxième partie traite plus spécialement de la *station thermale de Luchon.*

Avant de nous conduire au bel établissement dont il est inspecteur, M. Lambron nous fait voir le pays et admirer toutes les merveilles que la nature a déployées pour attirer et pour retenir les baigneurs sur cette terre enchanteresse. Géodésie et topographie, astronomie et climatologie, hygrométrie et hydrographie, géologie et orographie, botanique et zoologie, ethnographie et archéologie, histoire et philologie, géographie physique et géographie médicale, rien n'a été négligé, rien n'a été omis pour intéresser et pour instruire l'étranger qui arrive en ces lieux; si bien qu'il ne dépendra pas de M. Lambron qu'un Parisien ou un Anglais ne connaisse aussi parfaitement les montagnes de Luchon que le plus madré des contrebandiers.

Prenons l'allée d'Étigny, et dirigeons nos pas vers l'établis-

sement thermal, « construction grandiose, édifice monumental, dont le caractère, malgré quelques *desiderata*, est en parfait rapport avec le but pour lequel il a été élevé. » Dix salles de bains, contenant quatre-vingt-dix-huit cabinets et cent six baignoires; doux petites piscines et une grande piscine de natation; six grandes douches, une petite douche, trois douches ascendantes; des baignoires avec grandes douches; des étuves humides, des salles d'inhalation *hypocaustes*, des salles de massage avec douches d'eau ou do vapeur; des cabinets munis dc lits de repos; vingt-quatre buvettes, d'unc température et d'une sulfuration variées; une étuve sèche creusée dans le rocher même de la montagne; des galeries souterraines revêtues de murailles et de voûtes de maçonnerie, mesurant plus do 1000 mètres de développement, 2m,20 de hauteur sur 1m,60 de largeur, magnifiques aqueducs destinés à conduire dans de vastes réservoirs le tribut de quarante-neuf sources; quarante-huit sources thermales sulfurées dont la température présente tous les intermédiaires entre 28 et 66 degrés; une source saline froide dc 16 à 18 degrés en moyenne, — donnant ensemble un débit de 1,447,788 litres par vingt-quatre heures:

Telles sont, en résumé, les ressources balnéo-thérapiques et les richesses hydro-minérales de Bagnères-de-Luchon, qui en font un établissement sans rival en France, et l'un des plus complets et des plus magnifiques thermes qui existent en Europe.

L'influence des eaux de Luchon sur l'homme sain et sur l'homme malade; les offets de leurs divers modes d'emploi, douches, étuves, aspirations, inhalations, bains froids, tempérés ou chauds, ont été soigneusement étudiés et très-bien décrits par M. Lambron. Cet auteur a consacré des chapitres importants et pleins d'intérêt à la nomenclature des maladies justiciables des eaux de Luchon, aux indications thérapeutiques spéciales, à l'hygiène à suivre pendant et après le traitement balnéaire, enfin au choix d'une résidence d'hiver pour les malades dont la guérison est imparfaite et dont l'état dc souffrance réclame encore des soins complémentaires.

Ainsi qu'on peut s'en convaincre par cette courte analyse, le livre de M. Lambron est, comme il le dit lui-même, une espèce de petite *bibliothèque* ou *encyclopédie pyrénéenne*. Assurément, le zèle et le talent d'un seul homme nc suffiraient pas à composer en deux ou trois ans un ouvrage tel que celui-ci. Aussi l'auteur, avec une bonnc foi qui l'honore, rend-il un hommage sincère aux magnifiques travaux de ceux qui l'ont précédé dans la carrière et aux belles recherches des savants qui l'ont inspiré ou qui l'ont aidé dans la réalisation de son œuvre. Presque à chaque page on lit les noms et l'on retrouve l'empreinte de d'Étigny, de Campardon et de Bayen, de MM. Filhol, Fontan et Jules François, qui furent, suivant l'expression même de M. Lambron, les uns les restaurateurs des eaux de Luchon dans la dernière moitié du siècle précédent, les autres les auteurs de l'immense développement que ces eaux ont pris depuis les trente dernières années.

Un grand nombre de vues, cartes et plans, dessinés par M. Toussaint-Lezat, ingénieur civil et ami de l'auteur, enrichissent le texte, éclairent quelques points de science pure, facilitent l'intelligence de la description des lieux et peuvent utilement guider le touriste dans ses excursions.

— Nous avons plus d'une fois, dans nos précédentes revues hydrologiques, déploré l'indifférence de l'administration et l'oubli du monde médical pour une des stations thermales les plus riches et les plus fécondes des Pyrénées, celle d'Ax, dans le département de l'Ariége.

M. le docteur Félix Garrigou, avec un patriotisme, un désintéressement et un zèle qui lui font le plus grand honneur, a entrepris la tâche laborieuse de révéler à ses confrères les immenses ressources hydro-minérales des Pyrénées ariégeoises; il vient de commencer l'exécution de ce beau projet par une monographie *sur les eaux sulfureuses d'Ax*.

Ce livre, que nos lecteurs connaissent déjà sans doute par l'excellent témoignage que MM. Tardieu et Bouillaud en ont rendu devant l'Académie de médecine, ressemble peu à la plupart de ceux que publient d'ordinaire les médecins hydrologues. Ce n'est point, en effet, un de ces jolis petits volumes, une de ces charmantes compilations de fantaisie, un de ces Guides coquets et frivoles, comme il y en a tant, qui s'épanouissent à l'étalage des libraires pour fasciner l'œil des baigneurs de l'un et de l'autre sexe, et pour faire pleuvoir la clientèle dans le cabinet de l'auteur. Non, c'est un livre sévère, aride même, comme la science, hérissé de formules et d'analyses chimiques. M. Garrigou, à l'exemple de son maître et ami le professeur Filhol, dédaigne les moyens de séduction à l'usagc des gens du monde; il a assez de confiance dans la bonté de sa cause pour n'employer à son triomphe que des armes scientifiques; il pense que les eaux d'Ax réunissent assez de qualités et assez de mérites pour pouvoir se passer des clairons de la réclame; il cherche, en un mot, à convaincre les médecins et non point à affriander les malades. On en peut juger par l'exposé dos principaux sujets de son mémoire.

Une notice historique sur la ville d'Ax, depuis l'époque romaine jusqu'à nos jours, notice enrichie de précieux renseignements dus à M. Adolphe Garrigou père, auteur d'Études historiques sur le pays de Foix, couronnées par l'Institut; — un résumé analytique des travaux publiés sur les eaux d'Ax, depuis Abraham Sicre (1760) jusqu'à MM. Filhol et Alibert (1853); — une classification raisonnée de ces eaux; — des recherches sur leur thermalité et sur leur sulfuration, ainsi que sur les modifications qu'elles subissent par le rcfroidissement et par le transport; — une analyse quantitative des principales sources; — une étude concernant l'action physiologique et l'influence thérapeutique de ccs eaux, par le double effet de leur calorique et de leurs composés sulfureux; — un exposé des indications générales et spéciales des eaux thermo-sulfureuses d'Ax, avec un certain nombre d'observations à l'appui; — enfin un chapitrc consacré aux eaux de Mérens, localité voisine: — tel est l'ensemble des questions traitées et développées par M. Garrigou, non pas seulement avec les documents et les travaux d'autrui, mais encore et surtout, — ce qui vaut infiniment mieux, — à l'aide de ses propres recherches.

Ces recherches, faites sur les lieux mêmes pendant deux années consécutives (1861 et 1862), portent spécialement sur la température et sur lcs caractères chimiques des eaux puisées aux griffons, examinées et analysées comparativement en été et en hiver. Mcttant en parallèle ses investigations avec celles de ses devanciers, M. Garrigou a constaté des variations notables dans la température de certaines sources, et des oscillations non moins évidentes dans la sulfuration, suivant les jours, suivant l'état de l'atmosphère, et suivant les années. Une des conséquences les plus importantes et les plus inattendues des études de notre distingué confrère, une de celles qui seront le plus contestées sans doute, c'est une augmentation très-sensible des principes sulfureux dans les eaux d'Ax après un long séjour en bouteille. A l'inverse de ce qu'on observc généralement pour les autres eaux sulfurées, qui subissent des pertes considérables par le transport, M. Garrigou a trouvé, dans quelques échantillons soigneusement embouteillés de ses propres mains, un accroissement en sulfures de 0gr,057 par litre, au bout de six mois. On comprend l'importance prédominante qu'un semblable phénomène, s'il était définitivement démontré, donnerait aux eaux d'Ax dans la thérapeutique des maladies tributaires de la médication sulfureuse.

Les analyses de M. Garrigou diffèrent sensiblement, surtout en ce qui concerne les carbonates alcalins, de celles de MM. Magnes et Dispan; mais, en revanche, elles sont à peu près conformes à celles de M. Filhol, et c'est le plus bel éloge qu'on en puisse faire.

En résumé, l'élève est arrivé aux mêmes résultats que le maître: Il a apporté des preuves nouvelles et décisives à l'opinion de l'éminent professeur de Toulouse qui fait des eaux

d'Ax les congénères de celles de Luchon, et qui veut qu'elles appartiennent au même gisement géologique.

M. le docteur Garrigou a très-fructueusement employé les premières années qu'il a passées à Ax en qualité de médecin consultant, et il ne dépendra pas de lui assurément que cette station, déjà la sœur de Luchon par l'origine, par la thermalité, par l'abondance et la riche minéralisation de ses eaux, ne devienne aussi sa sœur par le succès! Le zèle et les travaux de M. Garrigou méritent bien cette récompense.

A. LINAS.

(*La suite prochainement.*)

VII

VARIÉTÉS.

RECOUVREMENT DES HONORAIRES MÉDICAUX. — La commission générale de l'Association des médecins du Rhône, conformément au projet présenté par son conseil judiciaire, M. Paul Rougier, a adopté les dispositions suivantes, qui font désormais partie de son règlement :

« ART. 1er. Toute demande d'honoraires, formée par un des membres de l'Association, pourra être soumise à la commission générale, qui l'examinera et émettra par écrit un avis motivé.

» ART. 2. La commission, par l'organe du secrétaire général, fera connaître sa décision aux parties intéressées en les invitant à s'y conformer.

» ART. 3. Dans le cas où la résistance du client rendrait nécessaire une instance en justice, la commission fera délivrer au demandeur une copie de sa décision, qui servira de base à l'action intentée devant les tribunaux. »

— Notre estimé confrère M. le docteur Ed. Burdel (de Vierzon), membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique, connu par des travaux remarquables sur les fièvres paludéennes et sur la climatologie de la Sologne, vient d'être nommé membre de l'ordre royal de Léopold de Belgique.

— Le classement *par ordre de nomination* des candidats élus au dernier concours de l'agrégation en chirurgie est le suivant : MM. Guyon, Le Fort, Panas et Labbé.

— Le 20 mai dernier a été inauguré à Marseille le Cercle des étudiants en médecine. Plusieurs professeurs de l'École et les médecins les plus distingués de la ville s'étaient empressés de venir applaudir, par leur présence et leurs paroles affectueuses, à la pensée qui avait présidé à la formation de ce cercle.

— M. Lecuq, directeur de l'École vétérinaire de Lyon, vient d'être nommé inspecteur général des écoles vétérinaires, en remplacement de M. Renault, dont nous avons annoncé il y a quelques jours la perte regrettable.

M. Rodet, professeur à l'École de Lyon, est nommé directeur de ladite école.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Peyrout et Guéraud, médecins-majors de 2e classe, et de M. Reydellet, élève de santé militaire.

— La Société des naturalistes scandinaves annonce que sa neuvième réunion aura lieu à Stockholm du 8 au 15 juillet, et invite les savants français qui désireraient y assister à le faire connaître d'avance au secrétaire général de la Société.

— Dans son audience du 8 mai, le tribunal correctionnel de Toulouse a condamné le nommé Castex (Jean) à six mois de prison, six cents francs d'amende et aux frais pour exercice illégal de la médecine.

Cet individu, qui à différentes reprises a déjà eu des démêlés de ce genre avec la justice, a pris pour spécialité la *cure* de toutes les maladies par l'électricité. Depuis longtemps l'Association des médecins de Toulouse était informée des manœuvres de Castex, ancien vétérinaire, qui faisait distribuer dans toutes les communes de l'arrondissement de petits livres signés de son nom, avec la qualification de *médecin électropathe*, et qui contenaient la liste des maladies nombreuses dans lesquelles son traitement était employé avec succès. Gardienne vigilante des intérêts moraux et professionnels du corps médical, la commission de poursuites de l'Association a dû signaler l'existence de ces faits à M. le procureur impérial, et a obtenu le résultat que nous venons d'indiquer.

REVACCINATIONS. — Dans l'article de M. Vleminckx sur les revaccinations, lisez :

Page 379 : « Un corps comme le vôtre ne doit pas se déjuger promptement », au lieu de « se dégager ».

Page 340 : « Il est bien entendu que toutes mes conclusions, en matière de revaccination, reposent sur l'hypothèse qu'une première vaccination n'a laissé rien à désirer », au lieu de « prochaine vaccination ».

VIII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

L'HISTOIRE ET LA PHILOSOPHIE DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA MÉDECINE, par le docteur *C. Saucerotte*. In-18 de XII-468 pages. Paris, Victor Masson et fils. 4 fr. 50

LOI DES DEUX SUBSTANCES ET DE LEUR CONCOURS HIÉRARCHIQUE, OU DU PRINCIPE DE LA VIE, discours prononcé à la Société médico-psychologique dans sa séance du 15 décembre 1862, par le docteur *Jules Fournet*. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr.

DIE PATHOLOGIE UND THERAPIE DER NIERENKRANKHEITEN, par *S. Rosenstein*. Grand in-8. Berlin, Hirschwald. 11 fr.

DIE PATHOLOGIE UND THERAPIE DER PARULIS, par *L. Rupprecht*. Grand in-8. Munich, Lindauer. 2 fr.

HANDBUCH DER SPECIELLEN PRAKTISCHEN ARZNEIMITTELLEHRE, par *M.-B. Lessing*. Leipzig, Förstner. 20 fr.

HISTOIRE DES TROIS INVASIONS ÉPIDÉMIQUES DE CHOLÉRA MORBUS AU HAVRE EN 1832, 1848, 1849, 1853 ET 1854, par le docteur *Lecadre*. In-8 de 90 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils.

LEÇONS SUR LE STRABISME ET LA DIPLOPIE, PATHOGÉNIE ET THÉRAPEUTIQUE, par le docteur *Giraud-Teulon*. In-8 de 220 pages et figures dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 4 fr.

PRINCIPES D'ÉDUCATION POSITIVE, par le docteur *Eugène Bourdet*, auteur des *Causeries médicales avec mon client* et des *Maladies du caractère*. In-12 de 360 pages. Paris, Germer Baillière. 3 fr. 50

RECHERCHES OPHTHALMOSCOPIQUES SUR LES MALADIES DE LA RÉTINE ET DU NERF OPTIQUE, par le docteur *Xavier Galezowski*. In-8 de 40 pages, avec 3 planches. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 50

CHOIX DE QUESTIONS MÉDICO-LÉGALES. 1re livraison : *Des honoraires des médecins*, par le docteur *Henry Dumont* et *Ph. Serret*, avocat. In-8 de 58 pages. Paris, F. Savy. 1 fr. 50

THÉORIE ÉLECTRIQUE DU FROID, DE LA CHALEUR ET DE LA LUMIÈRE, DOCTRINE DE L'UNITÉ DES FORCES PHYSIQUES, par le docteur *Durand* (de Lunel). In-8 de 36 pages. Paris, F. Savy. 1 fr. 50

UNE SAISON A CONTREXÉVILLE (Vosges), par le docteur *Auguste Millet*. In-8 de 77 pages. Paris, F. Savy. 1 fr. 50

Thèses.

Thèses subies du 25 mars au 24 avril.

49. BONNAY, Louis, né à Saint-Pol (Pas-de-Calais). [*Du tabac : sa découverte, son introduction en Europe, etc., ses différents usages et ses effets. Empoisonnement chronique.*]

50. ROUSSEL, J., né à Genève (Suisse). [*Essai sur le rhumatisme des enveloppes de la moelle.*]

51. DAIX, G.-L.-A., né à Paris. [*Considérations sur quelques symptômes des fractures du crâne.*]

52. MESTIVIER, M.-J.-Léopold, né à Medoux (Indre). [*Des fièvres larvées.*]

53. ANNE, Jules, né à Caen (Calvados). [*Des abcès péri-articulaires du genou.*]

54. TRIPIER, Raymond, né à Bourgoin (Isère). [*De l'anévrysme artério-veineux spontané de l'aorte et de la veine cave supérieure.*]

55. LECLÈRE, Camille, né à Neauphle-le-Château (Seine-et-Oise). [*Des perforations du poumon, de leurs causes, des phénomènes qui les accompagnent.*]

MM. les docteurs des départements dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE expire le 30 juin 1863 sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 30 courant il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat de vingt-quatre francs payable le 31 juillet 1863.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 26 JUIN 1863. — N° 26.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêtés ministériels. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Sur un nouveau mode de ligature, la ligature élastique. — II. **Travaux originaux.** Pathologie interne : De la roséole miliaire. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — IV. **Revue des journaux.** Quelques cas de rage (lysse). — V. **Bibliographie.** Publications récentes sur l'hydrologie médicale. — Erratum. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VIII. **Feuilleton.** Les rose-croix, la thériaque, les alexipharmaques.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du 15 juin, M. le docteur BONNET fils est nommé chef de clinique à l'École préparatoire de Poitiers, en remplacement de M. Jallet.

Par arrêté du 18 juin, sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Strasbourg (sections des sciences anatomiques et physiologiques et des sciences physiques), MM. les docteurs BEAUNIS et MONOYER. Ils entreront en activité de service le 1er novembre 1865.

Par arrêté du 20 juin, M. le docteur FOLTZ est nommé chef des cliniques de la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. le docteur Spielman, décédé.

Par arrêté du 20 juin, sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (4e section, chirurgie et accouchements), MM. les docteurs GUYON, LE FORT, PANAS, LABBÉ et JOULIN. Ils entreront en activité de service le 1er novembre 1866.

Conformément à l'arrêté du 23 août 1862, un concours pour l'emploi de chef de clinique d'accouchements sera ouvert à la Faculté de médecine le 20 juillet 1863.

Seront seuls admis à concourir les lauréats des hôpitaux, de l'École pratique, du prix Montyon et du prix Corvisart.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie avant le 15 juillet.

Ils auront à produire :

1° Leur acte de naissance;

2° Des pièces constatant leur titre de lauréat;

3° Une note détaillée de leurs titres scientifiques et de leurs services.

FEUILLETON.

Les rose-croix, la thériaque, les alexipharmaques.

(Suite. — Voir le numéro 24.)

LA THÉRIAQUE D'ANDROMAQUE ET DE VENISE.

Quand de nos jours un jeune médecin s'aventure à ouvrir un de ces bouquins qui dorment, depuis deux ou trois siècles, dans la poussière des bibliothèques, sa première impression est un mouvement d'impatience et presque de dégoût. Il hausse les épaules à l'aspect de ces longues formules, où les drogues les plus hétérogènes semblent entassées sans aucun ordre apparent; il recule devant l'obscurité des commentaires; le latin barbare lui donne des nausées, et il jette le livre en se félicitant d'être né dans un siècle qui a débarrassé la science de toutes ces absurdités. Cependant, en avançant en âge et en expérience, le praticien sincère éprouve des doutes sur l'infaillibilité des systèmes modernes, doutes fort encouragés, du reste, par les tendances sceptiques de nos écoles. S'il rencontre, dans une publication moderne, quelques lambeaux de citations d'auteurs anciens, il est touché de la foi naïve de ces médecins qui ont cru à la médecine. Alors il revient aux vieux livres, et cette étude lui offre désormais un véritable intérêt. Les théories ne lui paraissent certainement pas irréprochables, mais il aime à y retrouver le germe des systèmes qui tour à tour ont dominé la science; quelquefois aussi il est intéressé par la description exacte et pittoresque des symptômes, et quand enfin il vient à tomber sur une formule qui a échappé à la proscription, telle que le sirop de chicorée composé ou le baume tranquille, il la salue comme une vieille connaissance, et se prend à regretter que les pharmacopées contemporaines aient condamné à l'oubli d'autres spécifiques de la même famille et qui devaient être tout aussi efficaces. Il se demande aussi si cette médication composée n'avait pas sa raison d'être,

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 25 juin 1863.

SUR UN NOUVEAU MODE DE LIGATURE, LA LIGATURE ÉLASTIQUE.

A M. LE PROFESSEUR TROUSSEAU.

Mon cher maître,

Vous m'avez, il y a deux mois environ, confié l'idée d'une application chirurgicale qui m'a frappé avant toute expérimentation et dont chaque essai a fait ressortir à mes yeux l'importance depuis que je me suis mis à l'œuvre. « Essayez donc, » m'avez-vous dit, pour faire tomber les tumeurs pédiculées, » de les serrer d'un fil de caoutchouc. »

C'est ce que, d'après votre conseil, je viens de faire dans 17 opérations dont voici le tableau :

2 ectropions. Destruction d'une portion de la peau de la paupière supérieure.
1 tumeur veineuse de la paupière inférieure.
1 tumeur glanduleuse pédiculée, voisine du mamelon.
1 lipome de la face interne de la cuisse; la tumeur non encore tombée.
2 fistules à l'anus.
1 marisque douloureuse de l'anus.
1 énorme *frambœsia* de la vulve.
1 verrue multiple du dos de la main et du poignet.
3 cas de végétations du gland.
3 tumeurs verruqueuses glandulaires, 2 au visage, 1 au cou.
1 cas d'extirpation d'une portion du prépuce.
17

Je me crois donc en mesure aujourd'hui, mon cher maître, de vous fournir quelques données précises sur ce qu'il est permis d'attendre de votre *ligature élastique*.

Tel est, en effet, le nom que nous lui donnerons, si vous le voulez bien, car son but et son mécanisme diffèrent essentiellement de ceux de la ligature ordinaire.

Celle-ci épuise à l'instant même son effet mécanique. Tout ce qu'elle doit donner, elle le donne immédiatement. C'est pour cela que ses résultats sont si souvent illusoires. Pour la rendre efficace, ou bien il faut, comme l'a si bien enseigné M. Rigal (de Gaillac), fragmenter le plus possible la base de la tumeur, multiplier les ligatures, et, donnant ainsi du premier coup à la striction une rigueur absolue, déterminer le sphacèle sur place et d'emblée ; ou bien on est contraint, et cela peut offrir plus d'un danger, de soutenir et de répéter l'action par l'usage des serre-nœuds; ou bien enfin on donne à la ligature une puissance énorme, et les tissus sont divisés séance tenante : c'est l'écrasement linéaire de M. Chassaignac, véritable conquête de la chirurgie.

L'action de la ligature élastique est absolument inverse; elle est continue et incessante. Elle peut être faible ou forte au début; l'essentiel est de comprendre que vous avez tendu un ressort qui ne se repose qu'après avoir accompli la tâche que vous lui avez imposée. Suivez cette tumeur dont la base vient d'être étranglée par le fil élastique : le premier jour, elle reste la même ; le deuxième et le troisième, la température baisse insensiblement, la peau devient un peu flasque, la couleur un peu plus terne. Ces caractères s'accentuent les jours suivants : la masse se réduit, se ride, se sèche ; elle se détache du quinzième au vingt-cinquième jour, sans effort, sans douleur, sans inflammation, sans que le malade s'en aperçoive. C'est la marche de la gangrène sèche. Et pendant ce temps, le sillon qui sépare le mort du vif reste caché par la ligature. Vous avez comme l'immunité d'une plaie sous-cutanée. A la chute de la tumeur, la réparation est achevée presque entièrement. Tels sont les résultats que m'ont donnés mes opérations, avec quelques différences tenant au siége, au volume, à la consistance.

Pour ce qui est de la manœuvre, si le pédicule a un peu d'épaisseur, il est difficile de faire une ligature simple, serrée juste au degré que l'on désire. Je me suis arrêté à *ficeler*, passez-moi l'expression, le pédicule par deux, trois, quatre, jusqu'à dix tours de fil de caoutchouc. De cette manière, on dose la force élastique à volonté, et on dirige facilement le fil même sur une ligne sinueuse. Le fil est arrêté par un nœud double.

Telle que je l'ai entrevue dans ces différents essais, la ligature élastique me paraît avoir, mon cher maître, une grande valeur en chirurgie. Elle me semble devoir remplacer tous les modes de ligature usités jusqu'à présent. Elle est innocente, à peine douloureuse dans les heures qui suivent son application, d'un emploi facile dans une foule de régions.

---

et s'il n'existe pas des cas nombreux où elle agit plus sûrement que les médicaments simples.

Ces études offrent donc un véritable intérêt au praticien comme à l'archéologue; mais elles réclament beaucoup de temps. Il ne faut donc pas s'étonner si bien peu de médecins ont le courage de les aborder; mais aucun n'a le droit de les considérer comme inutiles. C'est ce qui nous encourage à jeter un coup d'œil rétrospectif sur la thériaque.

Si l'on s'en rapportait à une vieille tradition, la thériaque aurait eu pour origine la peur et le hasard. Andromaque, affranchi et médecin de Néron, était menacé par son terrible malade du plus cruel supplice s'il ne le guérissait promptement. Après avoir essayé sans succès divers remèdes, comme il arrive à beaucoup de médecins, il rentre dans son laboratoire, et là, désespéré, ne sachant plus quelle drogue choisir, il prend un peu de toutes celles qui ornaient les tablettes de sa pharmacie, les manipule en forme de confection et apporte le médicament à l'empereur, qui fut instantanément soulagé et bientôt guéri.

Cette historiette ressemble fort à celle du chef-d'œuvre de la peinture grecque, qu'Anaxagore obtint de dépit, en jetant sur son tableau l'éponge qui servait à essuyer ses pinceaux; elles ne sont guère plus authentiques l'une que l'autre. Il y a un peu plus de vraisemblance à la tradition qui fait remonter l'origine de la thériaque à Mithridate; ce secret aurait été rapporté à Rome par Pompée après la défaite du roi de Pont, et Andromaque n'aurait fait que modifier une formule connue.

En effet, on trouve dans les plus vieux livres une formule intitulée *Mithridate*, qui a des rapports avec celle de la thériaque et de quelques autres alexipharmaques qui ont eu de leur temps les honneurs de la vogue, tout aussi bien que certains de nos médicaments contemporains.

Quoi qu'il en soit de l'authenticité de ces traditions, personne ne peut refuser à la thériaque ni l'antiquité ni la réputation. Si cette réputation a été usurpée, si le XIX^e siècle a eu

Quel sera définitivement son domaine? S'attaquera-t-elle à des tumeurs volumineuses, à des portions de membre même? Tout cela est possible et sera sans doute tenté.

Pour moi, je vous l'avoue, je me sens plus disposé en ce moment à l'étudier avec soin qu'à vouloir l'étendre inconsidérément. Elle m'a semblé d'une telle importance, que j'ai peur de la compromettre. Il nous faut mesurer, et suivant les cas, la force à employer; décider si, pour les implantations un peu larges, il ne serait pas utile de tracer la rainure par une cautérisation circulaire de la peau; trouver des instruments propres à bien limiter l'application de la ligature; enfin établir une comparaison bien consciencieuse entre le mode nouveau, le caustique et le bistouri; car l'intervention opératoire a tant de faces, tant de différences, tant de nuances, que le chirurgien doit avoir toujours prêtes toutes ses armes. Vous nous donnez là, cher maître, une arme nouvelle. Elle vient donc d'un bon faiseur; mais apprenons à en jouer.

ADOLPHE RICHARD.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

DE LA ROSÉOLE MILIAIRE, par M. EDM. MARTEL, interne des hôpitaux.

L'histoire des fièvres éruptives est un des points de la science médicale qui ont le plus vivement ressenti l'influence des méthodes précises d'observation. Les phénomènes morbides se sont rangés, pour ainsi dire, sous des lois immuables, et tout a été réglementé, jusqu'à leurs désordres. La contagion, le meilleur signe de spécificité, dans le sens absolu du mot, la reproduction dans l'espèce, a permis de fixer à chacune des limites infranchissables. Mais auprès de ce groupe si naturel viennent se ranger d'autres affections, qui méritent aussi le nom de fièvres éruptives, mais dont l'ensemble échappe en partie à cette habile législation : appareil fébrile marquant le début, éruption cutanée et muqueuse jugeant les symptômes généraux, tels sont les caractères qui déterminent nettement leur place dans le cadre nosologique. Mais, à côté de ceux-ci, d'autres positifs ou négatifs établissent une distinction absolue entre ce second groupe et le premier. L'absence de contagion, la combinaison de phénomènes incompatibles, une marche toute différente, ne laissent pas de doute à cet égard. C'est pourquoi nous avons droit de nous étonner qu'en présence de ces faits, des médecins habiles et expérimentés semblent oublier leur existence, et, laissant de côté les observations souvent répétées autour d'eux, fassent rentrer de force, et faute de mieux, ces exanthèmes dans les formes anomales des éruptions spécifiques.

Les éruptions rubéoliques, plus que toute autre peut-être, ont été victimes de cette exagération de l'esprit de méthode.

Après une discussion des plus embrouillées, pour l'histoire de laquelle nous renverrons à la thèse consciencieuse de notre collègue et ami M. Guéniot, on en est arrivé à rejeter l'existence propre de ces affections connues sous le nom de fièvre miliaire simple (*Compendium de médecine*), en dehors de la suette miliaire et de la miliaire symptomatique. Nous n'avons nullement à cœur de prouver de nouveau l'existence réelle et le droit de cité nosologique de cette espèce morbide, mais seulement, par l'étude clinique de deux faits les plus précis, rappeler des caractères distinctifs, et établir un diagnostic un peu négligé par les praticiens.

OBS. I. — L... (Marie), âgée de vingt ans, domestique, entre, le 19 mars 1862, à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Marthe (service de M. Gubler).

Cette jeune fille est originaire du Berri et a toujours habité la campagne jusqu'à son arrivée à Paris, il y a vingt mois. Elle est médiocrement musclée, mais assez vigoureuse, et se porte habituellement bien, malgré une vie fatigante.

Dans son enfance, elle a été atteinte de plusieurs manifestations scrofuleuses et porte encore au cou une légère cicatrice de glande suppurée. Réglée depuis l'âge de dix-neuf ans, régulièrement et facilement; la dernière époque a paru normalement le 5 de ce mois, mais le jour même, l'écoulement sanguin a été arrêté par un léger refroidissement, sans qu'il en soit résulté aucun malaise. Elle a été vaccinée et en porte des traces; elle n'a pas eu la variole. Vers l'âge de treize ans, elle a été atteinte d'une maladie qui régnait épidémiquement et qu'elle décrit de la manière suivante :

Après quatre ou cinq jours de fièvre, est apparue une éruption qui a duré dix jours environ; rouge d'abord, elle devenait noire surtout par l'exposition à l'air extérieur. Vers le milieu de la maladie est survenu un gonflement notable qui occupait tout le corps, hormis le milieu de la poitrine. Les jambes surtout ont été très-grosses. Puis la peau est tombée comme celle d'une anguille, et les ongles, en même temps, se sont détachés.

La maladie a duré en tout un mois et demi et a été très-grave. Plusieurs personnes sont mortes atteintes en même temps et de la même manière. Mais notre malade ne se rappelle pas avoir eu mal à la gorge, avoir toussé. Elle ne sait pas non plus si, parmi les autres victimes de l'épidémie, ces accidents se sont montrés. Aucun médecin n'a été consulté.

Il y a vingt mois, au moment de quitter son pays, Marie L... a été atteinte d'une autre fièvre éruptive peu grave, qui a duré huit jours, et que le médecin, appelé cette fois, a qualifié rougeole. Ici encore elle ne se rappelle ni avoir toussé, ni avoir eu mal à la gorge. Mais quoique vive et assez intelligente, répondant facilement et exposant nettement son histoire, cette jeune fille ne semble pas très-sensible à la douleur, ni disposée à exagérer ses souffrances. Ces phénomènes peuvent donc avoir passé inaperçus.

Le jeudi 13 mars, au milieu de la plus parfaite santé, sans cause con-

---

raison de reléguer la thériaque parmi les inutiles curiosités des musées pharmaceutiques, au moins faut-il reconnaître qu'il a détrôné une bien vieille et puissante renommée. Pendant quinze à seize siècles, la thériaque a été le fébrifuge, le cordial, le nervin par excellence. Depuis Galien jusqu'à Bordeu, bien des grands médecins l'ont prescrite à leurs malades, et tous ont constaté son efficacité. Sa préparation constituait, au moyen âge, un monopole souverain; les empereurs byzantins ne la confiaient qu'au protomédecin, grand dignitaire. La république de Venise avait fait de cette préparation une solennité officielle, présidée par une députation du conseil des Dix. Ce fait historique est connu; mais ce qui ne l'est pas aussi généralement, c'est que la vieille cité des capitouls avait suivi cet exemple en 1689, ainsi qu'il résulte d'un petit bouquin fort curieux intitulé : DE LA COMPOSITION DE LA THÉRIAQUE, FAITE PUBLIQUEMENT EN L'HÔTEL DE VILLE DE THOULOUZE PAR J. L. RIGAUD, B. BARTHE ET J. BOUTTES, MAÎTRES APOTHICAIRES JURÉS EN LADITE VILLE. Les nombreuses drogues destinées à la préparation de la thériaque furent exposées pendant un mois dans la salle des Illustres au Capitole; le public et les connaisseurs furent invités à venir les examiner, et quand enfin arriva le jour des manipulations, les professeurs et docteurs de la Faculté de médecine et les maîtres apothicaires se joignirent, pour y assister, aux capitouls en charge et à messieurs les gens du roi.

Nos édiles contemporains ne font pas à la thériaque de tels honneurs; c'est tout au plus si la science officielle lui accorde un petit coin du Codex, et encore est-ce à la condition d'une mutilation préalable. La vieille formule a été réduite de 70 ou 72 substances à une trentaine.

Cette thériaque réformée du Codex a-t-elle la même efficacité que celle qui était prescrite par les anciens médecins?

Il faudrait, pour répondre avec précision à cette question, une suite d'expériences cliniques qui ne seraient pas sans intérêt pour la thérapeutique; mais, en attendant que quelque sa-

nue, a débuté la maladie actuelle par les phénomènes suivants : Sensibilité au froid, malaise général, légers frissons suivis de chaleur, céphalalgie légère, anorexie, bouche mauvaise, soif vive. Elle a un peu toussé, a eu du rhume de cerveau, un peu de larmoiement ; sans mal de gorge ni enrouement ; un peu de douleur à la région lombaire, sans courbature notable des membres, et de la constipation sans coliques.

Elle n'a pas cessé de dormir plusieurs heures chaque nuit ; elle est restée levée le jour, continuant son travail, un peu péniblement toutefois, et non sans être obligée de se reposer à plusieurs reprises dans la journée.

Elle est restée dans cet état jusqu'au dimanche suivant. Le soir de ce jour, elle a éprouvé de vives démangeaisons aux jambes, et a alors aperçu en ce point une rougeur qui, le lendemain matin, s'étendait à tout le corps, avec léger gonflement des pieds et des mains.

Quoique, au dire de la malade, la fièvre n'ait présenté ni intermittence, ni rémission appréciable, le médecin lui a administré de la quinine le dimanche. Le jour même, la fièvre a disparu graduellement. Toutefois, effrayée par l'éruption, elle a gardé le lit jusqu'à son entrée.

La rougeur a augmenté d'intensité jusqu'au 20 mars (mercredi).

Etat actuel. — Le 20 mars, la rougeur a déjà pâli, ce que j'ai pu constater, ayant vu la malade hier quelques heures après son entrée.

Le corps est presque entièrement recouvert d'une éruption qui présente des caractères différents selon les régions. Sur la poitrine, elle est confluente, d'un rose vif, mais inégale, marbrée, sans saillie ni pointillé. Sur le ventre et sur le dos, elle est d'une nuance plus foncée. La rougeur est uniforme et très-foncée sur les cuisses, et, sur leur partie antérieure, la pression laisse une rougeur marbrée, moins vive, évidemment hémorrhagique. Aux jambes, les orifices des follicules pileux tranchent sur le fond moins coloré, par une nuance plus vive, sous forme de points saillants ; aux bras, l'éruption est uniforme, sauf quelques taches hémorrhagiques aux plis du coude.

Les pieds et les mains sont envahis ; la coloration est surtout visible sur leur face dorsale.

Sur cette rougeur se voient des vésicules miliaires extrêmement abondantes en certains points. Elles sont blanches, opaques, très-inégales par le volume, qui varie d'une petitesse imperceptible à la grosseur d'une fine tête d'épingle. Elles sont très-nombreuses, surtout sur les parties latérales du cou, où elles sont presque confluentes ; sur le ventre, les genoux, les coudes, aux jambes, elles sont plus grosses, d'une forme moins régulière et réunies par groupes. On les distingue très-facilement de la saillie des follicules pileux. Elles se retrouvent sur toutes les parties du corps, excepté à la partie antérieure de la poitrine, à la paume des mains et à la plante des pieds.

A la face, l'éruption paraît plus ancienne ; il y a encore de la rougeur par plaques inégales, saillantes, sur lesquelles on voit de la desquamation furfuracé et des vésicules desséchées.

Le cuir chevelu seul a été respecté.

Il n'y a pas de mal de gorge. L'isthme du gosier est parfaitement sain, ainsi que la muqueuse buccale ; la langue présente une légère couleur blanchâtre, sans enduit. Il y a un peu de toux légèrement rauque, assez fréquente, mais non fatigante, sans expectoration.

Rien d'anormal à l'auscultation.

Tous les ganglions superficiels, sauf les sous-maxillaires, sont tuméfiés et douloureux à la pression. Les cervicaux latéraux forment un double chapelet ; le cou est un peu roide, et, depuis hier, les mouvements de cette région sont légèrement douloureux.

Prurit intense sur tout le corps.

Il n'y a pas de fièvre ni de malaise général notable ; un peu d'anorexie et de constipation ; la malade a bien dormi la nuit dernière.

Les urines contiennent une notable quantité d'urates, mais peu d'albumine.

Lavement simple.

Le 21, la desquamation continue à la face. On voit, par places, de petites collerettes épidermiques miliaires.

Sur la poitrine, il existe des vésicules assez nombreuses, pour la plupart extrêmement fines, les unes sphériques, transparentes, d'autres, en petit nombre, déjà flétries.

Sur les reins, l'éruption miliaire est presque confluente, mais les vésicules sont moins régulières, en partie affaissées.

L'éruption est en voie de déclin On voit à peine, çà et là sur le ventre et les membres, quelques vésicules desséchées dont l'épiderme s'apprête à tomber.

Urines colorées, un peu troubles, contenant des urates en excès, pas d'albumine.

Le 23, sur le cou, desquamation furfuracée conservant la forme des vésicules.

Les urines sont jaunâtres, offrent un léger dépôt muqueux formé par des cellules épithéliales (au microscope) et des urates sans albumine.

Le 24, face pâle, comme saupoudrée de farine.

Desquamation furfuracée à la région lombaire.

Même état des urines.

Le 25, desquamation assez large, mais très-mince.

Légère conjonctivite indolente du grand angle de l'œil droit, datant déjà de plusieurs jours.

Le larmoiement et la légère rougeur générale de la conjonctive ont déjà disparu.

La rougeur de la peau disparaît graduellement et rapidement.

Le 26, tousse très-peu.

Le 30, hier et aujourd'hui, frissons erratiques.

Le soir, un peu de fièvre ; 120 pulsations ; malaise général, douleur au côté gauche, au-dessous des cartilages costaux ; tousse un peu plus.

Rien à l'auscultation.

La face est rouge et congestionnée. La conjonctivite est double et a pris un peu plus d'intensité. Il n'y a pas de gonflement des extrémités. La desquamation continue.

Les urines, examinées tous les jours, donnent aujourd'hui, pour la première fois, un très-léger nuage d'albumine ; elles sont légèrement acides.

Le 31, léger écoulement par les oreilles, surtout à droite. Moins de rougeur et de chaleur à la peau. Mieux notable ; 93 pulsations.

Légère éruption vésico-pustuleuse, disséminée par groupes non confluents sur la face et derrière les oreilles. M. Gubler en constate aussi la présence sur les conjonctives bulbaires.

Urines acides ; nuage muqueux abondant ; un peu d'albumine.

Le 1er avril, l'éruption de la face se dessèche ; langue large, blanchâtre ; pas d'albumine dans les urines d'hier soir ; léger nuage albumineux dans celles du matin ; léger excès d'urates.

Le 2, hier une selle sanguinolente avec coliques. (Eau de riz vineuse ; lavement laudanisé.) Très-peu d'albumine.

Le 3, va bien ; amaigrissement notable accusé par la malade ; urines pâles ne contenant plus d'albumine.

Le 4, la desquamation se fait aux mains par larges plaques. Tout l'épiderme de la paume est desséché, et semble près de se séparer.

---

vant ou quelque académie juge à propos de s'en occuper, je puis ici rappeler quelques faits de ma connaissance personnelle qui me semblent au moins de nature à faire réfléchir.

A l'époque de mon premier voyage en Sicile, en 1828, l'École de médecine de Palerme venait de perdre le célèbre Cottugno, qui avait laissé une réputation de science et d'habileté. Presque tous les médecins suivaient encore ses méthodes et faisaient, comme lui, grand usage de la thériaque. Dans les fièvres, par exemple, quand les accès prenaient un caractère pernicieux, les disciples de Cottugno opposaient le sulfate de quinine, mais aussitôt que les symptômes les plus inquiétants avaient cédé, ils revenaient à la thériaque jusqu'à complet rétablissement. En général, ils employaient ce précieux médicament toutes les fois qu'ils avaient à combattre, soit l'élément fébrile, soit des accidents nerveux, ou à agir sur l'ensemble des fonctions.

A Naples, au contraire, à la même époque, la thériaque était à peu près délaissée, mais les vieux médecins déploraient cet abandon et accusaient le sulfate de quinine d'avoir multiplié les affections viscérales.

Quinze ans plus tard, je revenais à Naples et en Sicile, et, dans les deux pays, la thériaque était totalement abandonnée. Cet oubli était-il un progrès ? Le public s'en portait-il mieux ? Ce n'est pas ici, je le répète, le lieu de discuter ces questions ; je me borne à rappeler des faits de nature à les éclaircir.

A cet égard, j'ai eu encore à constater l'action bienfaisante de la thériaque en France pendant une épidémie cholérique qui, en 1854 et 1855, fit beaucoup de victimes dans le haut Languedoc. Les désordres intestinaux cédaient assez facilement aux antispasmodiques ; mais, vers le troisième jour, il se déclarait une fièvre de mauvaise nature qui emporta un grand nombre de malades. Tous ceux qui, dans mon village et les environs, furent traités par la thériaque se rétablirent rapidement et complétement. Parmi ces guérisons si remarquables, je devrais citer une vénérable nonagénaire, dont les accès avaient résisté aux sels de quinine, et qui éprouva, à la suite

Desquamation très-fine sur la poitrine, foliacée sur les seins. Les traces des vésicules sont visibles sur tout le corps.

L'éruption nouvelle est plus abondante sur le côté gauche de la face, et revêt une apparence un peu eczémateuse; l'écoulement de l'oreille droite persiste; un peu de douleur à la déglutition; légère rougeur de la gorge. L'urine d'hier soir donne un léger trouble par l'acide nitrique et la chaleur; il n'y a rien dans celles du matin.

Le 5, pas de traces d'albumine.

Le 7, traces d'albumine dans les urines du soir; rien dans celles du matin. Coloration brune par l'acide nitrique (hémaphéisme); léger excès d'urates.

Le 8, traces très-douteuses d'albumine.

Les 9 et 10, pas de traces d'albumine.

Le 15, la desquamation continue à la paume des mains et commence aux pieds.

Un peu de desquamation au cuir chevelu.

Urines claires, normales.

Le 19, les règles n'ont pas reparu. La malade va très-bien, demande sa sortie.

Obs. II. — X..., âgé de vingt-deux ans, sellier, entre le 23 mars 1862 à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Louis, service de M. Gubler.

Né à Chartres, habite Paris depuis deux ans.

Jeune homme grand, maigre, pâle; apparence lymphatique et assez chétive.

Il se porte assez bien, et travaille habituellement sous un hangar, presque en plein air.

Il a eu l'hiver dernier une diarrhée qui a duré trois mois et a amené un peu d'affaiblissement; mais il n'avait pas perdu l'appétit et digérait bien. Il est sujet à des maux de gorge légers, sans fièvre, disparaissant facilement sous l'influence de précautions hygiéniques. La santé était très-bonne au moment où a débuté la maladie actuelle.

Douze à quinze jours avant son entrée, il a éprouvé un refroidissement, et quatre à cinq jours plus tard des douleurs dans les jointures, mais seulement dans les mouvements.

Le vendredi 14 mars, il a éprouvé plusieurs frissons pour lesquels il a pris le lit, et sous l'influence des couvertures sont survenues des sueurs faciles et abondantes, au point de pouvoir recueillir avec la main l'eau qui découlait de sa poitrine. Il avait aussi à ce moment un léger mal de gorge.

Le dimanche 15 mars, purgation à l'huile de ricin; le lendemain, amélioration notable et reprise des travaux habituels; mais il ne se sentait pas bien. Il suait facilement la nuit, n'avait pas d'appétit, et a vomi même plusieurs fois le bouillon qu'il prenait pour tout aliment. Il ne mangeait avec plaisir que des fruits acides.

Il vient à la consultation le 18 mars. Il présentait quelques légers signes de fièvre catarrhale. Nous lui prescrivons une cuillerée de sirop diacode dans une tasse de tisane chaude le soir en se couchant. Il suivit ce traitement trois jours de suite sans soulagement notable. Il avait seulement recouvré un peu d'appétit; mais l'insomnie persista jusqu'au jour de l'entrée, 22 mars.

Il s'aperçoit, le 21 mars, d'une éruption généralisée avec démangeaison à la jambe droite seulement. Il y a trois ans, il a eu en ce point une plaie large et superficielle dont la cicatrisation, mal dirigée, a été lente, et il reste une cicatrice superficielle large et mince. Il éprouve en même temps de la sécheresse à la gorge, de la douleur à la déglutition qui disparaissent presque aussitôt son entrée.

Le 23 mars, éruption généralisée de petites taches rouges, irrégulières, analogues à celles de la rougeole, dont chacune est surmontée d'une petite vésicule qui semble rouge par transparence (miliaire rouge). Cette éruption d'un rose vif semble intermédiaire, par sa nuance, entre la rougeole et la scarlatine; elle est confluente sur le dos et sur les parties latérales du thorax, abondante sur les membres.

A la jambe droite, à la partie moyenne et sur les faces interne et externe, large plaque d'une teinte rouge foncé, uniforme, hémorrhagique, sur laquelle se voient des vésico-pustules blanches plus larges que les autres, et même des phlyctènes remplies de pus. Autour de cette plaque, l'éruption revêt les mêmes caractères que sur les autres points du corps. Le dos des pieds et des mains est envahi par l'éruption.

A la gorge, on voit sur la luette et à sa base deux groupes de vésicules transparentes sur un fond rouge bien circonscrit; en arrière du pilier postérieur droit, quelques petites ulcérations aphthoïdes.

La langue est rouge, en desquamation, et le malade se plaint d'une sensation de brûlure pénible; il y a une gerçure assez profonde à la pointe; il n'y a rien à la face ni aux lèvres; sueurs assez abondantes à la tête et au cou; appétit assez bon, même pour la viande; il n'y a pas la moindre trace de fièvre; le malade a bien dormi cette nuit.

L'amélioration a coïncidé avec l'apparition de l'exanthème. L'examen de l'urine par l'acide nitrique montre un excès d'acide urique et une zone de violet foncé; il n'y a pas de traces d'albumine.

Le 24 mars, au laryngoscope, arrière-gorge et larynx sains; un groupe de vésicules du pilier gauche est très-évident, formé de vésicules blanchâtres; il y a un peu de développement des glandes du pharynx.

Les vésicules s'affaissent sur le corps; les urines déposent par le refroidissement; excès d'urates; pas d'albumine.

Le 25, l'éruption pâlit, excepté sur les mains, où elle s'est développée plus tardivement.

Le 26, développement en chapelet de toutes les glandes lymphatiques superficielles du cou, des aisselles, de l'épitrochlée, de l'aine; les sous-maxillaires sont les moins prises. Ces glandes sont roulantes, d'un volume médiocre, un peu douloureuses à la pression.

Les urines ne troublent ni par l'acide nitrique, ni par la chaleur.

Le 27, il n'y a plus de vésicules; la desquamation se fait par places; les ganglions sont moins gros et peu douloureux.

Le 31, desquamation furfuracée sur le ventre, et très-large sur les bourses.

Le 1er avril, desquamation assez large sur le dos.

La plaque purpurique de la jambe droite offre une exfoliation comme celle qui se fait après l'érysipèle, et quelques croûtes minces, comme eczémateuses.

Urines citrines; pas d'albumine.

Le 2, desquamation furfuracée sur le dos et les bras; marbrures rouges sans desquamation sur le ventre et la poitrine.

Le malade se juge guéri et demande sa sortie.

Il rentre le 5 avril pour une lymphangite érysipélateuse qui s'est développée sur la plaque excoriée de la jambe droite après une légère fatigue.

Cette nouvelle affection a débuté par des vomissements et de la fièvre le lendemain de sa sortie. Le deuxième jour, la jambe était rouge, et le troisième, la douleur et le gonflement des ganglions occupaient l'aine de ce côté.

Il offre une lymphangite interne d'aspect érysipélateux sur la jambe et le pied, où il y a des phlyctènes. Une longue bande rouge remonte jusqu'à l'aine sur la partie interne de la cuisse. Un peu de fièvre.

---

de la thériaque, un calme si complet, que, plusieurs fois depuis cette époque, elle a dû en essayer contre les insomnies et les agitations fébriles du grand âge.

A ce fait, j'en ajouterai un autre que tous les praticiens peuvent constater : c'est l'action fébrifuge et sédative de la thériaque sur la fièvre hectique. Quand les phthisiques arrivent à cette période de leur maladie, il est bien rare que le sulfate de quinine ne l'aggrave pas. Ils supportent un peu mieux le vin de quinquina, mais si l'on administre la thériaque, elle est très-bien tolérée : on obtient une sédation, et souvent la cessation de la fièvre.

Mais de toutes les maladies, celle où la thériaque produit les effets les plus prompts et les mieux caractérisés, c'est dans la fièvre ardente qui suit la morsure des vipères. Ces accidents ne sont pas rares dans la contrée que j'habite, et plusieurs fois j'ai pu les observer. Si la cautérisation n'est pas opérée complétement et promptement, le membre blessé se tuméfie au bout d'une ou deux heures au plus, et l'enflure s'étend rapidement : la peau devient livide, les extrémités sont glacées, le malade éprouve des nausées et une angoisse insupportables. Au bout de quelques heures, la scène morbide change, et il se déclare une fièvre avec délire qui, le plus souvent, se termine par la mort. Toutes les médications ordinaires sont impuissantes; mais si l'on administre la thériaque dès le début de la fièvre, tous les symptômes graves s'amendent, et, dans quelques cas, il m'a été permis de constater dès le troisième jour le complet rétablissement.

Voilà de ces guérisons qui, pour nos ancêtres, touchaient au surnaturel et rapprochaient la médecine de la magie. Les médecins éclairés des XVIe et XVIIe siècles ne partageaient pas ces superstitions du vulgaire, mais ils connaissaient par expérience les vertus de la thériaque, et ils n'en parlent qu'avec une sorte de respect. Écoutez, par exemple, le célèbre Ranchin, « conseiller du roy, chancelier de l'Université de Montpellier et primicier des médecins de toute l'Occitanie. »

Voici comment s'exprime ce grand dignitaire dans son

Excès d'urates sans albumine dans l'urine.

Le 7, épistaxis abondante. (Perchlorure de fer, 20 gouttes.)

Les mains présentent une large desquamation, comme à la suite de la scarlatine; elle continue aussi sur le corps. Le malade est pâle, amaigri, se remet lentement. Un abcès chaud superficiel se forme sur le dos du pied droit. Enfin les accidents s'amendent, et après plusieurs recrudescences de l'érysipèle, le malade va bien le 29 avril.

Les urines, examinées le 16 et le 17, ne renferment pas d'albumine.

Ces deux faits sont de véritables types des affections dont nous parlions tout à l'heure. Les détails minutieux dans lesquels nous sommes entré à dessein, nous suffiront à établir la nature exanthématique de l'éruption, et à la différencier avec netteté des fièvres éruptives spécifiques dont elle se rapproche le plus.

Dans les deux cas, nous voyons la maladie débuter sous une forme aiguë, précédée de symptômes généraux. Puis tout à coup la peau entière est envahie d'un travail phlegmasique, et l'appareil fébrile disparaît. Le tableau est des plus complets. Il n'y a rien ici qui permette d'établir une différence essentielle avec une véritable pyrexie exanthématique, telle que la rougeole, la variole, la scarlatine.

Parmi les affections cutanées symptomatiques, plusieurs se rapprochent beaucoup des faits que nous citons. Mais l'étude la plus approfondie de nos malades n'a rien pu nous faire découvrir qu'on pût comparer à une des causes signalées dans ce cas. Il serait séduisant sans doute de considérer l'éruption du jeune homme n° 13, comme consécutive aux sueurs abondantes qu'il a éprouvées; mais celles-ci ne se sont montrées qu'une fois, à une époque très-éloignée du début de l'exanthème, et la seule partie du corps qui fut épargnée était précisément celle où la transpiration persista.

Il est vrai qu'à propos de ces éruptions dites sudorales, M. le professeur Trousseau, étendant jusqu'aux dernières limites l'idée très-physiologique de l'irritation produite par les sécrétions exagérées ou viciées, ne craint pas d'attribuer toutes les lésions de la peau de cause interne à l'action irritante des sécrétions cutanées; ainsi considéré, ce sujet mérite une discussion qui trouvera sa place plus loin. Bornons-nous ici à établir que nous n'avons pas eu affaire à des éruptions sudorales proprement dites, la cause de celles-ci n'existant pas au moment où a eu lieu la poussée éruptive, ni à aucun moment dans notre première observation. L'éruption a été une crise, et non un symptôme.

Mais le point le plus important de notre tâche est d'établir qu'il ne s'agissait dans aucun des deux cas d'une des fièvres proprement dites, dites spécifiques.

Dans le premier cas, nous l'avouerons, le diagnostic était singulièrement délicat au moment où la malade se présenta à notre observation. La rougeur cramoisie de la peau faisait tout d'abord songer à une scarlatine, mais bientôt un examen minutieux renversa cette première opinion (1).

L'éruption vésiculeuse se rencontre dans la scarlatine, mais non généralisée. Limitée à certaines régions, elle ne change pas notablement l'apparence de l'éruption. Chez notre malade, c'était au contraire un élément important, capital, de la lésion cutanée. Mais le phénomène le plus caractéristique c'était l'absence d'angine pharyngée, de rougeur de la langue. On comprendrait bien difficilement dans une scarlatine aussi intense l'immunité des régions de prédilection habituelle. Une telle anomalie est une impossibilité clinique à laquelle s'ajoutaient divers phénomènes, moins frappants peut-être, mais non moins importants. A la période de début, nous n'avons pas trouvé trace d'albumine dans les urines : on sait maintenant combien cette absence est rare, si même elle est réelle au début de la scarlatine.

M. Gubler, dont l'attention est depuis bien des années déjà constamment dirigée vers cette particularité des maladies aiguës, n'a jamais vu manquer l'albumine à cette époque; elle y présente même une abondance remarquable. Son absence est donc de grande valeur (2).

Dans la scarlatine, la période d'invasion, extrêmement courte, presque nulle, est marquée par une fièvre des plus intenses. C'est là, en effet, que se rencontrent à leur plus haut degré les phénomènes de calorification et d'accélération du pouls, de malaise, qui caractérisent le mouvement fébrile. Ici, au contraire, trois jours entiers de prodromes, une fièvre légère ne mettant pas même au lit le malade, et le laissant continuer son travail.

Le début de l'exanthème par les jambes, l'existence qui nous semble bien démontrée d'une scarlatine antérieure, sont des raisons d'un ordre inférieur, mais qu'il convient de signaler.

La marche ultérieure nous fournit une difficulté apparente. C'est cette albuminurie qui a duré cinq jours environ, dans la période de déclin. Mais nous ne craignons pas de le dire, c'est un phénomène sans importance. D'abord, la quantité d'albumine était si petite, qu'il a fallu tout le soin usité dans le service de M. Gubler pour constater un trouble qui eût échappé à la plupart des cliniciens moins exercés que notre maître dans ces recherches spéciales. Il est bien démontré que toute lésion

(1) Il n'y a aucun parti à tirer de la disparition de la rougeur sous une friction exercée par l'ongle. M. Gubler démontre chaque jour à sa clinique que le phénomène se produit dans les exanthèmes en général et dans le cas de rougeurs érythémateuses, telles que celle que laisse un sinapisme, aussi bien que dans la scarlatine elle-même.

(2) Deux fois seulement j'ai pu examiner l'urine d'enfants à la période d'éruption de la scarlatine : il n'y avait pas d'albumine, ce qui me semble concorder avec d'autres faits peu nombreux encore tendant à établir une différence notable dans la fréquence relative de l'albuminurie des maladies aiguës aux divers âges.

Ces faits, d'ailleurs, n'infirment en rien les observations positives et précises faites dans d'autres conditions (juin 1863).

Traité des maladies des vieillards : « *Theriaca superat omnes » alias medicinas regales... estque vehiculum adolescentiæ, et frenum » senectutis* (1). »

Le petit livre toulousain déjà cité ne se contente pas d'exprimer son admiration en prose, il lui faut des vers, qui ne valent pas ceux de Virgile :

Me pater Andromachus felici munere divum
Detulit in terras, ægri solatia cordis.
Qui me poscit opem, non huic vis atra veneni,
Non diri morsus, non toxica sæva nocebunt (2).

Notre école contemporaine n'a ni cette foi ni cet enthousiasme; elle se borne, quand un spécifique lui semble assez expérimenté, à en enregistrer la formule dans une pharmacopée, et cet honneur n'a pas été refusé à la thériaque. Mais à quoi servirait cette inscription dans le Codex si le médicament n'était jamais prescrit? Et, s'il s'agit d'application pratique, il s'élève plusieurs questions.

Quelle est réellement l'action physiologique et thérapeutique de la thériaque? Faut-il préférer la formule ancienne, ou bien convient-il d'en retrancher les substances inertes? La thériaque récente jouit-elle des mêmes propriétés que celle qui a été vieillie par le temps? Nous allons examiner rapidement ces questions, en comparant les effets de la thériaque à ceux de quelques autres alexipharmaques.

Vicomte de Lapassé.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Fr. Ranchini *Opuscula medica*, p. 524. Lugduni, 1627.

(2) *De la composition de la thériaque*, etc. Toulouse, 1689.

étendue de la peau qui anéantit en notable proportion les fonctions du tégument externe peut amener de l'albuminurie (1). C'est un phénomène constant dans les brûlures très-vastes, même superficielles (M. Cornil, mon collègue, l'a constaté deux fois) : ce trouble tout physiologique joue un rôle réel dans l'albuminurie scarlatineuse secondaire, et l'explique aussi très-bien chez notre malade, alors surtout qu'elle coïncide avec un état fébrile accidentel, dont la cause nous a échappé ; elle n'a donc ici rien de spécifique ; sa fugacité et sa légèreté même lui ôtent toute importance.

La desquamation à larges écailles, la chute de l'épiderme des pieds et des mains, se lient à l'intensité de l'éruption. Celle-ci est donc le seul caractère qui rapproche la maladie actuelle de la scarlatine. Mais dans cette dernière, l'éruption n'est pas la maladie entière ; c'en est une partie importante, il est vrai, mais qui peut être défigurée et même manquer complétement ; moins importante qu'un certain ensemble symptomatique, une physionomie morbide qui permet à un œil exercé de reconnaître la maladie dans ses formes les plus incomplètes, les plus anomales. Les meilleurs observateurs s'accordent à reconnaître une scarlatine sans éruption, comme une variole sans pustules ; ici, au contraire, nous avons eu une éruption de scarlatine, sans scarlatine, sans la nature spécifique, hors de laquelle il ne peut exister qu'une ressemblance extérieure.

Ajoutons enfin que nous n'avons pas pu trouver aucun indice de contagion. Nous n'ignorons pas le peu de valeur de ce renseignement négatif, car la cause ignorée peut avoir existé à l'insu de la malade ; mais nous croyons avoir trouvé dans d'autres renseignements les éléments d'une certitude.

La seconde observation présente moins de difficultés. La rougeole seule offre une éruption analogue, mais il est rare que la coloration soit aussi vive.

L'éruption vésiculeuse qui survient quelquefois n'est jamais ainsi généralisée et ne revêt pas cette forme miliaire. Ce sont des vésicules acuminées qui se montrent en été, à la face surtout, ou sur des malades qui ont abondamment transpiré (Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, p. 45).

Mais de plus, et surtout, nous voyons ici l'absence complète du catarrhe oculaire et laryngo-bronchique, si constant avec l'éruption morbilleuse. La muqueuse du pharynx participe légèrement à la lésion cutanée, mais en ce point même apparaissent des différences capitales entre les deux affections que nous comparons. Au lieu de la rougeur diffuse, des taches irrégulières de la rougeole, c'est une coloration bien limitée, par plaques recouvertes de vésicules transparentes, sans aucun trouble fonctionnel du côté des organes respiratoires.

Malgré l'intensité de l'éruption, les phénomènes généraux disparaissent au début de celle-ci, et sont nuls au moment de notre examen ; ils ont été très-prolongés et avec un caractère tout différent, très-légers et disparaissant presque complétement, spontanément, ou sous l'influence d'une médication peu active.

Ici encore il n'y a pas eu d'albuminurie, et celle-ci est aussi constante dans la rougeole que dans la scarlatine.

Dans ces deux cas l'ensemble symptomatique a été franchement développé, et il n'est pas permis de songer à une maladie tronquée, atténuée dans ses symptômes.

Malgré quelques différences de détails, ces deux faits nous semblent être de nature identique. Développées dans des circonstances semblables, sous des influences assez vagues, chez des sujets jeunes, lymphatiques, à peu près à la même époque, ces deux maladies ont débuté d'une manière presque identique, par des troubles gastriques de la même apparence que ceux qui résultent de l'impression du froid. Chez la première, les prodromes ont été plus courts, tous les phénomènes un peu plus accentués, mais sans autre différence ; mêmes lésions, même retentissement ganglionnaire, même desquamation large et prolongée, scarlatiniforme. Chez les deux malades, après une évolution parfaitement franche, égale débilitation générale, même pâleur, même amaigrissement, semblant bien coïncider avec les troubles considérables des fonctions cutanées. Tout est identique, sauf une gravité un peu plus grande chez la jeune fille du n° 37 ; car nous ne faisons pas entrer en ligne de compte ici la lymphangite évidemment accidentelle et contractée sans doute dans les salles, qui a prolongé les souffrances du second malade. Nous ne tiendrons pas grand compte de la récurrence fébrile de la première, causée sans doute par un refroidissement, et dont l'intensité relative n'était due qu'à l'affaiblissement préalable du sujet. La maladie préexistante nous semble aussi avoir déterminé cette légère poussée vers la peau et les conjonctives.

Nos deux faits rentrent dans l'espèce morbide appelée fièvre miliaire. Sans aller rechercher dans les auteurs des siècles précédents les descriptions qu'ils ont laissées, et les discussions soulevées à ce sujet, je me bornerai à dire que, à notre époque, la question semblait jugée par la négation de cette espèce morbide. Tous les cas de ce genre étaient, ou rapportés à la suette miliaire, ou rangés parmi les sudamina et les éruptions vésiculeuses symptomatiques. Telle est l'opinion déjà citée des auteurs du *Compendium de médecine*. M. Trousseau ne mentionne même pas dans ses cliniques la fièvre miliaire idiopathique.

Quelques auteurs cependant ont protesté contre cette interprétation des faits, et sans avoir la prétention de faire un historique complet, je citerai quelques noms imposants.

En 1858, mon très-cher maître, M. Gubler, publia dans le Moniteur des hôpitaux, sous le nom de *roséole miliaire*, plusieurs observations qu'il différencie avec soin des fièvres éruptives admises, et avec lesquelles on la confond généralement.

M. Gubler rapporte quatre cas recueillis dans le mois de mars 1858, en dehors de toute épidémie de scarlatine et de rougeole. Dans un seul il y eut une détermination pharyngienne assez intense pour produire quelques accidents, sans gravité du reste.

Insistant fortement sur cette idée si vraie, que les éléments morbides n'ont aucune spécificité propre, individuelle, notre maître cite le fait d'une éruption scarlatiniforme des mieux caractérisées, survenue chez un phthisique, sans mal de gorge, sans mouvement fébrile, et terminée par desquamation générale.

Dans ses Leçons cliniques sur les arthritides et les herpétides, M. Bazin signale, sous le nom d'herpétides pseudo-exanthématiques érythémateuses, et sous le nom générique de roséole scarlatiniforme et morbilleuse, des éruptions fébriles tout à fait semblables à celles que nous étudions.

Enfin, un interne distingué des hôpitaux, M. Gueniot, a présenté, dans le courant de cette année, une thèse remarquable sur les éruptions scarlatiniformes des femmes en couches, et il a cité comme comparaison un fait dû à notre collègue M. Cornil, et complétement identique avec les nôtres.

Mon excellent maître, M. Lailler, m'a dit en avoir observé un semblable, et je tiens de médecins que plusieurs faits de ce genre ont été rencontrés dans le cours de cette année, non sans mettre en défaut les connaissances cliniques des observateurs.

Je dois ajouter aussi que notre première observation a été considérée par quelques-uns comme une scarlatine, bien que ce ne fût pas l'opinion de nos maîtres, MM. Gubler et Lailler, et la plupart des autres médecins distingués qui en ont suivi l'évolution.

L'existence de la fièvre miliaire idiopathique est donc pour nous nettement établie. Mais quelle doit être sa place dans le cadre nosologique? Quelle est sa nature clinique ?

L'histoire dogmatique de la fièvre miliaire est encore à faire. Voici toutefois quelques considérations puisées dans l'étude

(1) Sans parler de ce diabète albuminurique qui se montre à la suite de certaines maladies aiguës en même temps que la colliquation musculaire, et qu'a fait connaître M. Gubler dans son *Mémoire sur la paralysie amyotrophique* (*Comptes rendus de la Société de biologie* et *Gazette médicale*, 1861).

des faits connus, qui nous semblent devoir être acceptées.

Cette affection ne semble pas douée de pouvoir contagieux. Elle manque donc du seul signe univoque, la reproduction dans l'espèce, qui permette d'établir la spécificité. Le peu de fréquence ou mieux de continuité qu'elle présente, vient encore confirmer cette opinion. Les petites épidémies observées se sont éteintes rapidement. Elle semble donc naître des circonstances extérieures atmosphériques de constitution médicale, aidées aussi par la constitution et la prédisposition individuelles, tout à fait assimilable en cela aux affections dites catarrhales, aux éruptions saisonnières qui forment plusieurs espèces morbides bien distinctes, quoique ayant pour origine des modifications de l'économie par des agents du même ordre, et s'enchaînent les unes aux autres par la transformation graduelle des phénomènes et la combinaison variable des éléments pathologiques, car la spécificité en médecine n'a pas la même caractéristique qu'en histoire naturelle. Elle est basée uniquement sur la classification naturelle des phénomènes pathologiques dont l'identité n'est due qu'à la ressemblance du substratum, de l'économie vivante qui est gouvernée par les mêmes lois, et qui réagit de la même manière contre des impressions de même ordre ; et l'impression est déterminée aussi bien par la nature de l'agent que par la prédisposition du sujet. Telle est la cause de toutes les ressemblances et de toutes les différences qu'offre la modalité morbide.

On crée ainsi par une synthèse artificielle des types bien définis, autour desquels, comme jalons, vient se ranger chaque fait isolé, et non pas se caser comme dans le casier du naturaliste.

Je citerai à l'appui de ces idées le fait suivant, qui rentre bien dans notre sujet, et que j'ai actuellement sous les yeux :

Obs. III. — Au n° 4 de la salle Saint-Louis est couché un homme âgé de quarante ans, qui s'est présenté à nous, le 10 décembre, avec une angine couenneuse limitée à l'amygdale droite, et portant une éruption rubéolique avec éruption miliaire abondante, surtout à la partie antérieure des bras. C'était quatre jours au moins après le début des accidents généraux. L'éruption était d'un rouge assez vif; les vésicules commençaient seulement à se troubler. L'éruption était donc récente; le malade ne l'avait pas remarquée; les accidents fébriles n'avaient pas cessé. Le malade eut encore du délire et une fièvre assez vive la seconde nuit qui suivit son entrée. Il est blanchisseur; sa profession l'expose à des refroidissements fréquents, et c'est à l'un de ces accidents, subi le 7 décembre, qu'il attribue lui-même sa maladie, qui a débuté trente-six heures après et marché franchement. L'éruption a rapidement avancé vers la résolution, et a actuellement, au bout de huit jours, à peu près disparu, sauf un peu de desquamation. L'angine, au contraire, manifestation plus sévère, a continué son cours; elle ne s'est pas étendue. La rougeur de la gorge s'amende, et la fausse membrane semble moins épaisse. Il y a eu au début une notable quantité d'albumine dans l'urine; mais rien d'ailleurs ne permet de croire à une affection de nature maligne, à une vraie diphthérite. Les accidents généraux ont presque disparu ; le malade ne souffre plus, mange avec appétit; il ne lui reste plus que la manifestation locale en voie de guérison (17 décembre).

Aujourd'hui, 21 décembre, il n'y a plus de fièvre; le malade mange; l'exsudation n'est plus qu'une mince pellicule translucide et notablement rétrécie. Ce malade a présenté une desquamation générale abondante ; la convalescence a été entravée par des accidents fébriles peu graves, de la diarrhée; je l'ai laissé en bon état le 31 décembre.

C'est pour nous un cas des plus instructifs. Sous l'influence d'une seule cause, nettement climatérique, voilà une maladie complexe : la roséole miliaire, que nous croyons analogue aux cas précédemment énoncés, n'y joue qu'un rôle secondaire, mais bien suffisant pour dénoncer sa nature ; elle se rattache intimement à cette grande classe des maladies souvent épidémiques, accidentellement contagieuses, appelées improprement affections catarrhales.

Nous l'y plaçons donc à côté de l'herpès des orifices muqueux, de l'urticaire, de certains érysipèles. Tout en reconnaissant ici l'influence des prédispositions individuelles, nous ne pouvons admettre comme démontré que ces affections font partie d'une maladie constitutionnelle bien déterminée, comme celles qu'on a appelées dernièrement herpétisme ou arthritisme.

Ces idées, très-séduisantes sans doute, sont basées jusqu'à présent sur une interprétation prématurée peut-être des faits, et exhalent un parfum ontologique qui nous les rend suspectes.

Nous avons déjà indiqué les idées demi-humorales, demi-physiologiques, développées fort habilement par le professeur Trousseau (*Clinique médicale*). Il est bien certain que le mercure produit une stomatite par élimination, comme le phosphore une pneumonie, la vératrine une gastro-entérite, les résineux une dermite. Dans les maladies infectieuses, il est bien tentant d'expliquer de la même manière les lésions tégumentaires. Mais que dire des cas où il n'entre évidemment dans l'économie aucun principe nouveau ? Si tout démontre une impression venant de l'extérieur, contre laquelle réagit l'organisme, rien ne peut même faire supposer une intoxication. La fièvre miliaire, comme les éruptions fébriles auprès desquelles nous l'avons rangée, existe souvent en même temps que des affections vulgaires, nées de la même cause occasionnelle, comme le rhumatisme, les phlegmasies catarrhales.

Sous l'influence d'une cause morbifique, l'équilibre fonctionnel est troublé. Si la force de réaction ne suffit pas à le rétablir immédiatement, si sa puissance est dépassée par celle de l'influence perturbatrice, la maladie est établie, sans l'introduction d'aucun élément nouveau. Ce trouble peut être jugé par la suractivité d'un appareil, par les sécrétions surtout. La crise est accompagnée ou non de mouvement fébrile, selon la généralisation de l'impression et la force du sujet; la lésion anatomique indique une action plus profonde, mais de même ordre. Les ressources de la nature sont peu variées au fond, sans cesser d'être puissantes. Plus loin est poussée l'étude des modifications intimes des tissus, plus restreint nous apparaît le nombre des processus morbides élémentaires. L'évolution seule diffère et constitue ainsi la physionomie variée des symptômes et des maladies.

Sous la double direction de l'influence morbifique déjà complexe, et de la constitution actuelle de la maladie, l'éruption qui caractérise la scarlatine, la rougeole, la variole même, peut survenir sans cause spécifique morbide. Le diagnostic doit donc se faire d'après des notions plus générales que l'aspect d'une seule des lésions. Certes il peut y avoir des cas difficiles. L'expression symptomatique de la maladie étant presque identique, ayant les mêmes tendances envahissantes, se propageant aux muqueuses dont l'action physiologique et pathologique est solidaire de celle de la peau, il faut savoir faire la part de ce qui appartient à l'éruption générique et de ce qui est déterminé par l'espèce, par l'essence même.

Le clinicien distinguera les éruptions spécifiques, scarlatine, rougeole, syphilis, de celles qui naissent d'influences climatériques, de l'ingestion des résineux, tout comme il sait différencier les pneumonies traumatiques, franches, farcineuses, pyohémiques, etc.; des nuances plus ou moins accusées, le plus souvent décisives, contre-balanceront des ressemblances insidieuses et lui diront la nature clinique, l'origine de la maladie.

La longue discussion à laquelle nous nous sommes livré à propos du diagnostic montre suffisamment notre manière de comprendre la question. Il n'entre pas dans notre intention d'écrire l'histoire de la fièvre éruptive dont nous nous occupons, et nous manquons de matériaux originaux pour établir un diagnostic général et raisonné ; jusqu'à présent il se fait surtout par exclusion, mais nous croyons néanmoins ces ressources suffisantes pour la clinique dans l'état actuel de la science.

Il reste encore quelques difficultés sur le nom à donner à cette affection. Le plus ancien est celui de *fièvre miliaire*, *miliaire simple* ou *idiopathique*. Cette dénomination nous paraît attaquable pour deux raisons. D'abord il rappelle immédiatement l'idée de la suette miliaire, avec laquelle la confusion fut faite pendant si longtemps. Ce nom est aussi affecté

aux éruptions symptomatiques de certaines affections aiguës ou chroniques, aux sudamina. De plus, l'éruption vésiculeuse n'est pas constante; et après avoir énergiquement combattu l'idée des lésions spécifiques, nous ne voudrions pas partager une erreur analogue, en acceptant comme nom général celui d'une lésion qui peut manquer (voy. *Thèse* de M. Gueniot). C'est d'après ces considérations que M. Gueniot a proposé le nom beaucoup plus juste de *scarlatinoïde*. Ce nom, un peu blessant par son hybridité, a plus d'un ancêtre respectable; mais cette ascendance est dangereuse, et M. Gueniot lui-même ne se l'est pas dissimulé. Rien de plus juste que d'appeler ainsi une maladie qui n'est pas la scarlatine, mais qui lui ressemble. Cependant il est reçu dans la science médicale que la varioloïde est une variole modifiée, c'est-à-dire une variole qui est la variole, et ne ressemble pas à la variole. Voilà que la syphilographie consacre cette erreur de mots, et chacun selon sa doctrine, appelle chancroïde telle ulcération qui est le chancre ou qui en dérive, mais qui aussi en diffère par ses caractères objectifs et son évolution (voy. Diday). Sans faire à notre distingué collègue un bien grand crime du danger auquel il expose les pathologistes, nous désirons l'éviter.

Accepterons-nous le nom et la classification de M. Bazin : *herpétide pseudo-exanthématique érythémateuse?*

Sans vouloir rentrer dans la question déjà traitée de la nature de la maladie, nous ferons seulement remarquer que le mot *pseudo-exanthème* ne cadre pas avec nos idées générales. Nous avons ici une véritable efflorescence, subordonnée à un trouble de cause interne, c'est-à-dire un vrai exanthème, et conséquemment il y a une erreur de mot, au moins dans la formule de cette distinction, vraie en elle-même.

Le mot *roséole*, employé aussi par ce dernier auteur, appartient à un grand nombre d'affections diverses, dont quelques-unes sont bien déterminées, la plupart symptomatiques; on y joint donc le nom spécifique.

Il est aussi celui d'une éruption fébrile, assez mal connue, très-vaguement délimitée, qui n'est souvent qu'une forme très-atténuée de diverses éruptions, spécifiques ou non, de la rougeole surtout, ou de celle qui nous occupe. Toujours est-il qu'en lui joignant une qualification, on évite toute erreur, sans créer un mot nouveau. Le nom de *roséole miliaire* (Gubler), tiré de la particularité anatomique qui se joint si fréquemment à l'érythème, nous paraît donc très-acceptable, résumant assez bien l'aspect général de la maladie, ne présageant rien de son essence, et néanmoins la séparant nettement de toutes les espèces voisines; et même, pour abréger encore, nous proposerons le nom gracieux et euphonique de *rosemil*, employé récemment par notre maître. Ce timide néologisme n'a rien qui puisse effrayer.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 JUIN 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

CHIRURGIE. — M. *Velpeau* présente, au nom de M. *Kœberlé*, une relation de deux nouvelles opérations pratiquées par cet habile chirurgien, une *cinquième opération d'ovariotomie*, et une *extirpation d'un corps fibreux de la matrice et des deux ovaires*, avec amputation de la partie sus-vaginale de la matrice.

« Ce serait, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, le premier cas de succès d'extirpation de la matrice par la méthode sus-pubienne, si le docteur Ch. Clay n'avait pas réussi presque simultanément avec moi dans une opération très-analogue. Les résultats sommaires de l'opération pratiquée par l'éminent chirurgien ont été publiés dans la GAZETTE MÉDICALE DE LONDRES, le 18 avril, et c'est le 20 avril que j'ai fait l'opération que j'ose vous prier de soumettre à l'appréciation de l'Académie.

» Les tumeurs fibreuses de la matrice développées vers la cavité péritonéale donnent lieu, dans certains cas, à des accidents sérieux qui rendent la vie insupportable, ou qui entraînent la mort dans un temps rapproché. Elles étaient considérées jusqu'ici comme étant complétement incurables par une intervention chirurgicale. Deux succès obtenus sur trois opérations (Sawyer, Ch. Clay et Kœberlé) prouvent que la matrice peut être extirpée avec chances de succès dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, lorsqu'il n'existe pas de complication grave.

» En comptant la dernière opération, j'ai pratiqué jusqu'ici six ovariotomies, dont cinq avec succès, la cinquième opérée étant morte subitement à la suite d'un accident qui n'est pas directement inhérent à l'ovariotomie.

» OBS. V. — *Ovariotomie*, le 16 février. — Femme âgée de trente-huit ans, maladive, affectée d'un kyste de l'ovaire droit, uniloculaire, avec tumeurs épithéliales à sa face interne. Adhérences à l'épiploon, à la paroi abdominale, à la matrice, etc. Pédicule court. L'opérée va bien pendant trois jours. Le matin du quatrième jour, elle est prise d'hémorrhagie pulmonaire. Mort subite.

» OBS. VI. — *Ovariotomie double. Extirpation de la matrice et d'une tumeur fibreuse de cet organe.* — Madame S... (de Saverne), âgée de trente ans, s'est aperçue il y a cinq ans et demi, à l'occasion d'une fausse couche, de l'existence d'une tumeur considérée alors comme étant constituée par un corps fibreux de la matrice. Cette tumeur prit un accroissement très-rapide dans les deux dernières années. Elle remontait à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Sa nature était douteuse, et il était impossible de déterminer si elle était utérine ou ovarienne. L'extirpation de la tumeur ayant été décidée, je pris mes dispositions pour l'une ou l'autre alternative. L'opération a été pratiquée le 20 avril, avec le concours de M. le professeur Coze et de M. Sarrazin, agrégé...

» L'extirpation de la matrice et des deux ovaires n'a été suivie que de douleurs très-modérées que l'opérée comparait à celles qu'elle éprouvait durant les périodes menstruelles. Ces douleurs se sont calmées peu à peu, et ont disparu vers le soir pour ne plus revenir. Depuis, la cicatrisation et l'élimination des tissus mortifiés ont marché très-régulièrement, grâce à la manière dont elles ont été dirigées, et l'opérée ne s'est pas même doutée de l'extirpation de ses organes générateurs avant qu'on l'en eût informée. Les serre-nœuds et les ligatures ont été extraits le treizième et le quatorzième jour. Les tissus mortifiés ayant été complétement éliminés, la suppuration est devenue blanche dès le dix-septième jour. Le vingt-huitième jour, il n'est plus resté qu'une petite plaie superficielle de 3 centimètres de longueur qui a été complétement fermée le trente et unième jour, le 20 mai. La cicatrice abdominale est linéaire, réduite à 11 centimètres de longueur. Il n'existe aucune éventration. La hernie ombilicale est entièrement guérie. Le ventre est également souple, mou de toutes parts. Les règles n'ont plus paru. Il n'est résulté aucun trouble dans les fonctions du tube digestif et de la vessie. »

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Note sur la croûte de pain et le gluten*, par M. *J. A. Barral*. — L'auteur s'est assuré expérimentalement que si l'on épuise par l'eau les mêmes poids de croûte sèche et de mie sèche, on trouve que la partie soluble de la croûte dose de 7 à 8 pour 100 d'azote, tandis que la partie soluble de la mie ne dose que de 2 à 3 pour 100. Aussi la plus grande solubilité de la croûte provient notamment de ce que le gluten de la croûte, exposé directement à la température de 200 à 220 degrés que présentent les fours de boulangerie, a subi une transformation remarquable. On peut dire que la partie soluble de la croûte est plus azotée que le jus de viande.

— M. *le Secrétaire perpétuel* signale parmi les pièces imprimées de la correspondance un opuscule de M. *Garrigou* portant pour titre : L'HOMME FOSSILE, HISTORIQUE GÉNÉRAL DE LA QUESTION, ET DISCUSSION DE LA DÉCOUVERTE D'ABBEVILLE.

« En énumérant les faits relatifs à cette intéressante question, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, j'ai voulu prouver qu'il existe des observations faites par les savants les plus autorisés, tendant à prouver que l'homme a réellement été le contem-

porain de l'*Elephas primigenius*, du *Rhinoceros tichorhinus* et de beaucoup d'autres espèces éteintes. »

GÉOLOGIE. — *Sur la non contemporanéité de l'homme et des grandes espèces éteintes de mammifères*, nouvelle note de M. *Eug. Robert*. — L'auteur invoque l'intégrité des silex taillés et la remarquable conservation de leurs arêtes comme une preuve que ces silex ont été confectionnés à une époque postérieure au grand cataclysme diluvien.

Quant aux ossements humains qui paraissent devoir accompagner les silex taillés à Abbeville, ce dont M. Robert ne doute nullement, il n'est pas rare, dit-il, d'en rencontrer à Saint-Acheul dans le fond des sablières, et qui proviennent évidemment des couches supérieures dans lesquelles on peut voir encore des sépultures gallo-romaines (nul doute qu'il n'y en eût eu de semblables dans les environs d'Abbeville).

CHIMIE PATHOLOGIQUE. — *Recherches sur les matières colorantes des suppurations bleues, pyocyanine et pyoxanthose*, note de M. *Fordos*, présentée par M. Dumas. — Dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences en 1860, M. Fordos annonçait la découverte de deux principes colorants que lui avait fournis l'analyse de la suppuration bleue : l'un, qu'il nommait *pyocyanine*; l'autre, *pyoxanthine*. Des recherches nouvelles lui ont permis de confirmer les caractères déjà assignés au premier de ces principes; mais elles ont donné, relativement à la pyoxanthine, des résultats un peu différents. Ainsi M. Fordos a constaté qu'elle ne joue pas le rôle de base, et il propose de changer son nom primitif en celui plus exact de *pyoxanthose*.

Les caractères chimiques de la pyoxanthose, ajoute l'auteur, la distinguent nettement de la matière jaune de la bile.

La présence de la pyocyanine et de la pyoxanthose dans les produits des suppurations bleues explique suffisamment les colorations bleues et vertes que l'on observe sur les linges à pansement. L'apparition de la *pyocyanine* dans les produits des suppurations me paraît être d'un pronostic favorable, du moins quand la matière colorante y existe en quantité notable. Les cas de *suppuration bleue* que j'ai été à même d'observer ont été, en général, suivis de guérison, bien que plusieurs de ces cas fussent très-graves.

J'ai dit dans mon premier mémoire que la pyocyanine différait complétement des matières bleues trouvées dans l'urine, le sang, la bile. Mais c'est, je crois, à la présence de cette matière colorante qu'il faut attribuer la coloration bleue que produit quelquefois sur le linge la sérosité des vésicatoires.

Je crois aussi que quelques sueurs bleues doivent leur couleur à la présence de la pyocyanine. Je me propose de revenir plus tard sur ce sujet.

Je n'ai pas trouvé de pyocyanine en examinant des morceaux de cadavre colorés en vert.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 JUIN 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un travail sur la vaccine et sur la revaccination, par M. le docteur *Roizot* (d'Autun). (*Commission de vaccine.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Pourcelot* sur une épidémie de variole qui a régné en 1862 dans l'arrondissement de Mulhouse. (*Commission des épidémies*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Salmon*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'accouchements. — *b*. Une note de M. le docteur *E. Fournié* sur la contagion des maladies par les instruments de chirurgie. (*Comm.* : M. Ricord.) — (Voy. ci-après, même page.)

3° La description et le modèle d'un *crânéoclaste*, exécuté par M. *Mathieu* sur les indications de M. *Simpson* (d'Édimbourg).

Cet instrument, peu volumineux, est destiné à saisir et à broyer le crâne du fœtus dans les cas de vices de conformation du bassin. Il est composé de deux branches, dont l'une est pleine et l'autre fenêtrée. La branche pleine est destinée à entrer dans l'intérieur de la boîte crânienne, tandis que la fenêtrée s'applique à la partie externe. C'est une espèce de porte-à-faux.

Après avoir broyé le crâne, on enroule la tête autour des branches du crânéoclaste, en forme de corne, de manière que le volume en est considérablement diminué. (*Comm.* : M. Depaul.)

M. *le Secrétaire perpétuel* informe l'Académie que les titres de rente du legs *Ernest Godard* ont été remis cette semaine entre les mains de M. le trésorier de la Compagnie, et que la famille du donataire s'est chargée avec une rare libéralité de tous les frais qu'entraînaient la succession et les droits de mutation.

M. *Rayer* offre en hommage, au nom de l'auteur, la deuxième édition du TRAITÉ DES ENTOZOAIRES, par M. le docteur *Davaine*.

M. *J. Cloquet* présente, au nom de M. le docteur *Delioux de Savignac*, un TRAITÉ DE LA DYSENTÉRIE.

M. *le Président* donne lecture d'une lettre que lui adresse M. le docteur *Kœberlé* (de Strasbourg), à l'occasion de deux nouvelles opérations d'ovariotomie pratiquées par ce chirurgien. (Voy. le compte rendu de l'Académie des sciences.)

La relation de ces deux faits est renvoyée à l'examen de la commission nommée, et composée de MM. *Nélaton*, *Malgaigne* et *Huguier*.

SYPHILOGRAPHIE. — *Note sur la contagion des maladies par les instruments de chirurgie*. — Observation d'un malade atteint de syphilis à la suite du cathétérisme des trompes d'Eustache, recueillie par le docteur *Édouard Fournié*.

OBS. — M. X... est âgé de dix-huit ans; il joint aux attributs du tempérament bilioso-nerveux les dehors d'une constitution robuste, bien qu'il suit maigre et un peu affaibli. Sa voix est nasonnée et il porte la tête comme un homme qui a l'ouïe dure. Nous lui laissons la parole :

« Dans le courant du mois de décembre 1862, obsédé par des craquements que j'éprouvais dans les oreilles pendant les mouvements de la mâchoire, je m'adressai au docteur X..., qui, après m'avoir introduit une sonde dans le nez, prétendit que ces craquements étaient dus à un rétrécissement des trompes d'Eustache, ajoutant que le cathétérisme plusieurs fois répété me débarrasserait de mon affection. Malgré les douleurs qui accompagnent cette opération, je la supportai héroïquement plusieurs fois; mais loin de diminuer, les craquements augmentaient. Les amygdales étaient un peu grosses, elles furent accusées de surcroît de souffrance, et le docteur crut devoir les faire disparaître le 27 décembre 1862. Les douleurs, les craquements diminuèrent après cette opération, mais dès les premiers jours du mois de janvier ils reparurent avec une recrudescence extraordinaire. Le cathétérisme était cependant pratiqué tous les jours. A la douleur, aux craquements, se joignit bientôt un peu de surdité, la déglutition devint pénible. Bref, n'entendant plus rien aux procédés du docteur X..., je demandai pour mes oreilles les lumières de l'homœopathie.

» Pendant plus d'un mois, depuis le 2 février jusqu'à aujourd'hui 8 mars, j'ai pris beaucoup de globules, bien plus encore de cuillerées d'eau claire, et cependant je souffre tout autant, sinon davantage, et ma surdité augmente tous les jours. »

Après une exposition aussi claire des antécédents, j'examinai les par-

ties douloureuses. Les amygdales, imparfaitement détruites, portaient encore la trace de leur récente mutilation; la muqueuse bucco-pharyngienne n'était que légèrement enflammée. Jusque-là rien n'expliquait les sensations étranges éprouvées par le malade; les lésions devaient être situées plus haut, et je pratiquai la rhinoscopie.

Le canal naso-pharyngien (1) était entièrement tapissé et obstrué par une matière grise, pultacée. Au moyen d'une éponge fixée à l'extrémité d'un stylet recourbé, il me fut facile d'enlever une partie de cette matière, et alors je vis une vaste ulcération à fond grisâtre qui recouvrait toute la région sus-palatine. Le malade m'affirma qu'il n'avait jamais eu aucun rapport sexuel avec les femmes, et qu'il n'avait rien eu qui ressemblât à un chancre ou à un écoulement. Malgré cette affirmation, les organes génitaux furent interrogés, mais certainement la syphilis n'avait point passé par là.

Cependant l'adénite cervicale postérieure, l'aspect des ulcérations, le diagnostic posé par exclusion, tout ramenait la syphilis à mon esprit. Dans tous les cas, jugeant l'affection assez sérieuse, et ce jeune homme se trouvant seul à Paris, je lui conseillai de faire venir ses parents. Pour tout traitement je me bornai ce jour-là à pratiquer une cautérisation avec une solution de nitrate d'argent au vingtième et à prescrire des injections fréquentes dans les narines avec une décoction de guimauve.

Le 11 mars, les ulcérations avaient envahi les amygdales et la paroi bucco-pharyngienne. La veille, il s'était déclaré une éruption qui ne laissait plus de doute sur la nature de l'affection. Cette éruption s'était montrée dans le dos, puis à la figure, et enfin sur le cuir chevelu; elle était caractérisée par de petits boutons disséminés, ayant une base large indurée et un sommet occupé par une vésicule purulente légèrement déprimée à son centre: c'était bien l'ecthyma syphilitique. Sur ces entrefaites, les parents arrivèrent, et je provoquai une consultation avec M. Ricord. L'illustre syphilographe ne fit pas longtemps attendre son diagnostic, et il confirma la nature syphilitique de l'affection. Mais un point important restait encore à élucider. Par où avait pu pénétrer le virus syphilitique?

Dès que nous fûmes sans témoins, M. Ricord me demanda si ce n'était pas le docteur X... qui avait pratiqué le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Je répondis affirmativement. « C'est bien cela, continua le maître, ce » jeune homme est le cinquième syphilitique que je rencontre sortant des » mains du docteur X...

» Parmi ces cinq syphilitiques, il y avait une femme mariée. Tous ces » malades avaient été cathétérisés par le docteur X... quelque temps » avant le début de la maladie, qui s'est d'abord montrée dans les fosses » nasales ou dans l'arrière-gorge. Persuadé que le docteur X... introdui» sait dans les fosses nasales de ses malades des sondes mal entretenues » et empoisonnées, je l'ai fait prévenir par un ami commun, mais il paraît » qu'il n'a pas tenu compte de mes avis. »

Cette accusation formulée par une autorité si grande était très-grave, nous y reviendrons un peu plus loin.

Ce malheureux jeune homme était donc complétement syphilisé.

Le 14 mars, son état était le suivant: Fièvre continue avec exacerbations le soir, 100 pulsations; céphalée, douleurs rhumatoïdes dans les membres. Ecthyma disséminé par tout le corps, mais discret; inappétence, douleurs insupportables pendant la déglutition, amaigrissement.

Traitement. — 1° Une pilule de protoiodure de mercure de 5 centigrammes tous les matins; 2° matin et soir une grande cuillerée d'un sirop composé avec 10 grammes d'iodure de potassium, 5 grammes de tartrate ferrico-potassique pour 500 grammes de sirop de salsepareille; 3° un gargarisme avec 30 centigrammes de sublimé pour une décoction de morelle de 200 grammes; 4° toucher les ulcérations de l'arrière-gorge avec du nitrate acide de mercure. Quant aux ulcérations naso-pharyngiennes, il fut convenu que je me servirais de mon insufflateur à extrémité recourbée, pour envoyer sur elles un mélange de sucre en poudre et de nitrate d'argent porphyrisé.

Le 21 mars, les ulcérations naso-pharyngiennes commençaient à se nettoyer; le pourtour des trompes d'Eustache se dessinait un peu mieux; par-ci par-là, se montraient des bourgeons charnus au-dessus de l'enduit gris sale qui auparavant recouvrait toute la muqueuse. Ce qui restait des amygdales avait été détruit par l'ulcération; la paroi pharyngienne correspondante commençait à se nettoyer.

Tandis que tout allait pour le mieux dans cette région, les ulcérations avaient envahi la base de la langue, les replis aryténo-épiglottiques, les cartilages aryténoïdes, et enfin la cavité laryngienne. Les douleurs, pendant la déglutition, étaient devenues si atroces, que le malade préférait ne pas manger; des œufs à la coque, quelques cuillerées de potage étaient sa seule nourriture. L'envahissement du larynx par le mal donnait lieu à une toux très-pénible par son retentissement dans les oreilles. Huit pustules d'ecthyma sur la figure, ayant la largeur d'une pièce de 50 centimes, imprimaient à la physionomie quelque chose de hideux. Le malade augmentait lui-même le nombre des points envahis en grattant les parties saines avec des ongles qui s'étaient empoisonnés au contact des parties malades. C'est ainsi qu'il se donna un véritable chancre à l'orifice externe du canal de l'urèthre. La faiblesse était excessive, la fièvre persistait, et les pilules de protoiodure donnaient lieu à une diarrhée abondante accompagnée de coliques. La liqueur de Van Swieten, qui pouvait agir comme topique sur les ulcérations du larynx, remplaça le protoiodure, mais la répugnance invincible du malade pour cette boisson nous obligea de la suspendre. Je fis alors préparer des pilules renfermant chacune 5 milligrammes de sublimé et 1 centigramme d'extrait thébaïque. Cette préparation fut bien supportée, et je l'employai jusqu'à la fin du traitement.

Au moyen d'une sonde recourbée et dirigée par le miroir guttural, les ulcérations de la base de la langue et celles du larynx furent touchées tous les deux jours avec du nitrate acide de mercure étendu de la moitié de son poids d'eau. Les ulcérations de la figure, qui s'étendaient toujours en largeur et en profondeur, furent touchées avec la même solution et pansées avec du vin aromatique.

Le 27 mars, l'état général était à peu près le même, mais l'état local était sensiblement amélioré. Il ne restait plus que quelques îlots d'enduit gris sale aux environs de l'apophyse basilaire; les ulcérations bucco-pharyngiennes étaient complétement cicatrisées, et celles qui avaient creusé les deux éminences aryténoïdiennes commençaient à se dépouiller de leur fond grisâtre.

Traitement. — Trois pilules de sublimé dans la journée; continuer les autres prescriptions.

Le 30 mars, nous voyons se développer presque en même temps: 1° un tubercule tertiaire sur la jambe gauche, au niveau de la séparation des deux jumeaux; 2° une albuginite du testicule droit, et enfin un lumbago très-intense que nous avons attribué à une dégénérescence plastique des muscles de cette région. Quelques jours après, les muscles de la région postérieure de la jambe droite subissaient la même dégénérescence.

Nous étions en pleine période tertiaire (myosite, albuginite, tubercule du tissu cellulaire), avec quelques phénomènes persistants de la période secondaire (ecthyma, ulcérations).

Les pilules de sublimé furent suspendues, et l'iodure de potassium fut administré à dose progressive, depuis 2 grammes par jour jusqu'à 5 grammes. Des emplâtres de Vigo *cum mercurio* furent appliqués sur les testicules, les reins et le mollet. Un régime plus substantiel, que permettait en ce moment la disparition à peu près complète de la douleur, l'emploi des ferrugineux, devaient seconder les effets du traitement prescrit.

En effet, huit jours suffirent pour la résolution complète de l'albuginite; le lumbago conserva une acuité excessive jusqu'au dixième jour, et ne disparut entièrement que huit jours après; les douleurs du mollet persistèrent quelque temps encore après la disparition du lumbago.

Le 20 avril, les ulcérations laryngiennes et naso-pharyngiennes étaient complétement cicatrisées, et la surdité et la douleur pendant la déglutition avaient entièrement disparu. De toutes les manifestations syphilitiques, il ne restait plus que quelques croûtes d'ecthyma. Le malade commençait à marcher, l'appétit était revenu; je me hâtai de l'envoyer dans son pays natal, lui ordonnant pour toute prescription de prendre une nourriture saine et substantielle et de boire du bon vin. Deux semaines après j'ai revu le malade, il était fort, alerte, et n'avait plus aucune trace de syphilis. Je l'ai renvoyé avec la même ordonnance.

Selon notre conviction, H... a été victime de la négligence et de la malpropreté du médecin qui a pratiqué le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Nous appuyons notre manière de voir sur les considérations suivantes:

1° Nous n'avons rien trouvé dans les antécédents de X... qui pût nous faire soupçonner l'existence d'un empoisonnement syphilitique antérieur au mois de décembre 1862. Il n'y a jamais eu d'écoulement par l'urèthre, et il n'existe dans les parties suspectes aucune cicatrice ni aucun indice de plaies. X... confirme par ses paroles le résultat de notre examen.

2° Avant l'amputation des amygdales, avant le cathétérisme des trompes d'Eustache, X... n'avait ressenti que des craquements dans les oreilles. Ces craquements existaient depuis plus de six mois. La douleur et la surdité n'ont apparu que dans les premiers jours du mois de janvier, et, depuis cette époque,

(1) M. Malgaigne a donné le nom d'arrière-narines à cette région (*Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, p. 285, par A. Richet). Il nous semble plus naturel et peut-être plus logique de désigner sous les noms de région naso-pharyngienne, bucco-pharyngienne, laryngo-pharyngienne, les parties du pharynx qui correspondent au nez, à la bouche et au larynx.

l'une et l'autre n'ont pas cessé d'augmenter jusqu'au 8 mars.

3° Le 8 mars nous constatons dans la région naso-pharyngienne des ulcérations profondes très-étendues. Ces ulcérations présentent des bords taillés à pic; leur fond est recouvert d'un enduit gris sale très-adhérent; elles sont en voie de progrès, puisque les jours suivants elles ont envahi les amygdales, la base de la langue et le larynx. Le développement qu'elles avaient acquis à cette époque nous autorise à faire remonter leur début aux premiers jours de janvier. L'apparition des douleurs et de la surdité à la même époque donne un grand poids à notre supposition.

4° Le 10 mars, l'ecthyma se déclare. Si nous admettons que, le plus souvent, les accidents secondaires se montrent dans le premier ou le deuxième mois qui suit la contagion, il nous est permis de penser que cet ecthyma est la conséquence d'un accident primitif qui aurait paru dans les premiers jours du mois de janvier, et nous avons ainsi une présomption de plus pour établir la relation de cause à effet qui nous semble exister entre l'apparition de la surdité, de la douleur et le début des ulcérations naso-pharyngiennes.

5° L'ecthyma, preuve certaine de l'infection syphilitique, a été nécessairement précédé d'un chancre. Ce chancre nous ne le trouvons pas dans les antécédents du malade, nous ne le trouvons pas non plus dans la période de temps qui s'est écoulée depuis le mois de décembre jusqu'à l'époque où nous avons constaté dans la région naso-pharyngienne une vaste ulcération qui a toutes les apparences d'un chancre. Nous concluons de là que l'ulcération naso-pharyngienne a été le phénomène initial de la maladie ou l'accident primitif.

Notre seul et unique but a été d'appeler l'attention de nos confrères sur les dangers d'une négligence coupable dans l'entretien des instruments de chirurgie (lancette, bistouri, spéculum, laryngoscope, etc.).

Lectures.

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Blache* lit un rapport sur un travail de M. le docteur *Castex*, relatif au permanganate de potasse employé comme agent désinfectant.

Le permanganate de potasse, depuis longtemps connu des chimistes, n'avait pas encore reçu d'applications bien déterminées en thérapeutique. Les Anglais se servent depuis longues années déjà de solutions de ce sel pour désinfecter l'air et les matières animales. M. Castex, un des premiers, a eu l'idée d'utiliser le permanganate de potasse à la désinfection des liquides et des sécrétions morbides, et au pansement des plaies fétides ou de mauvaise nature. Ce praticien s'est assuré que le permanganate de potasse détruit la mauvaise odeur, anéantit les miasmes et modifie les matières putrides en les oxydant. Ce sel constitue donc un désinfectant aussi parfait que possible.

Les expériences entreprises par M. Reveil ont pleinement confirmé les résultats obtenus par M. Castex. M. Reveil conseille d'employer une solution au dixième. Les taches que cette solution laisse sur le linge s'effacent aisément par une macération peu prolongée dans de l'eau additionnée d'une faible quantité d'acide chlorhydrique.

Le permanganate de potasse a réussi dans plusieurs affections fétides : l'ozène, l'ichor cancéreux, l'otorrhée chronique et certaines vaginites.

En résumé, M. Castex a rendu un service véritable à la science en signalant les propriétés désinfectantes du permanganate de potasse. M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de renvoyer son travail au *comité de publication*.

M. *Gaultier de Claubry* réclame en faveur de M. le docteur *de Luna* la priorité de l'application du permanganate de potasse comme désinfectant en hygiène. Le mémoire de cet auteur où ces faits sont consignés a été traduit de l'espagnol, il y a sept ans, par M. Gaultier de Claubry, et publié dans le JOURNAL DE CHIMIE ET DE PHARMACIE.

M. *Cloquet* exprime le vœu que le permanganate de potasse soit essayé dans le traitement interne de certaines affections, telles que la fièvre typhoïde, l'infection purulente, etc.

M. *Blache* dit qu'il a employé parfois avec succès la solution de permanganate de potasse dans des angines couenneuses accompagnées d'une très-grande fétidité de l'haleine, d'après le conseil qui lui avait été donné par M. Henry Gueneau de Mussy.

M. *Devergie* croit devoir signaler le phénate de soude comme un des agents désinfectants les plus actifs. Il a eu l'occasion de l'employer dans le pansement d'ulcères farcineux extrêmement fétides et de mauvais aspect, et l'usage de cette substance a eu un succès complet.

M. *Blache* répond que les essais qui ont été faits du phénate de soude à l'hôpital des Enfants, dans l'ozène et dans l'otorrhée chronique, n'ont pas justifié la préférence que lui accorde M. Devergie.

Les conclusions du rapport de M. Blache sont adoptées.

Discussion sur la fièvre jaune.

M. *J. Guérin*, après un hommage rendu au talent de M. Mêlier et aux qualités éminentes de son rapport, regrette que l'honorable rapporteur ait laissé un peu trop dans le vague les questions relatives aux deux premières périodes de la fièvre jaune.

Il importe avant tout d'établir une distinction capitale entre la période d'incubation et la période prodromique.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître une période d'incubation dans la fièvre jaune, ainsi que dans toutes les autres maladies infectieuses et virulentes, sans en excepter la rage, la morve et le charbon.

Cette période doit être distinguée soigneusement de la période prodromique.

Cette dernière période n'est point admise par tous les auteurs, et M. Guérin croit utile de revenir sur cette question et de la vider, s'il est possible, devant l'Académie.

Pour arriver à une solution, faut-il prendre pour point de départ le jour où les malades ont été exposés à la contagion, ou bien le jour où l'exposition a cessé, ou encore la moyenne du temps qu'a duré l'exposition des deux termes?

M. J. Guérin, dans un relevé qu'il a fait, a tenu compte de ces trois éléments, de ces trois points de départ. En comparant ces résultats, il a constaté que la vérité est dans le troisième point de départ ou dans la moyenne des deux termes extrêmes. En procédant ainsi, on obtient des résultats un peu différents de ceux qu'a établis et annoncés M. Mêlier, c'est-à-dire que l'invasion de la maladie aurait eu lieu en général du septième au huitième jour de l'exposition, ou, en d'autres termes, que la période d'incubation aurait eu une durée moyenne de sept à huit jours; au minimum cette période serait de cinq jours, et de onze jours au maximum.

Mais existe-t-il une période prodromique pour la fièvre jaune? Presque tous les auteurs, et M. Mêlier comme les autres, ne l'admettent pas : ils enseignent que le début de la maladie est foudroyant. On n'a même jamais eu l'idée de chercher s'il y avait dans cette grave affection une période prodromique ou prémonitoire, comme dans le choléra, avec lequel la fièvre jaune offre plus d'une analogie. Et pourtant, dans plus d'un fait, ces phénomènes prodromiques sont évidents, sont manifestes, et l'on est surpris qu'ils n'aient point frappé les observateurs. Dans l'histoire de l'épidémie de l'*Anne-Marie*, n'a-t-on pas signalé, quelques jours avant l'explosion de la maladie, du malaise, de l'abattement, des troubles digestifs légers chez presque tous les hommes de l'équipage? circonstance qui n'avait point échappé à la sagacité du comman-

dant, lequel engagea ses hommes à se purger en toute précaution.

M. Guérin, rappelant la diarrhée prémonitoire du choléra, regrette qu'on ne consulte pas tous les produits d'excrétion plus soigneusement qu'on ne le fait lorsqu'il y a imminence de quelque maladie infectieuse ou virulente. Quant à lui, il ne craint pas d'avancer que l'incubation de toutes les maladies de cette nature peut se déceler par la sueur, par l'haleine ou par les urines. L'odeur de souris que répandent les malades atteints de typhus en est la preuve, et un auteur cité par M. Guérin, M. Berthulus, affirme qu'il a pu annoncer une invasion prochaine de fièvre jaune par la seule odeur de l'haleine des sujets menacés. M. Dutroulau a signalé enfin la présence de l'albumine dans l'urine.

On peut donc accepter, ajoute M. Guérin, qu'il existe incontestablement pour la fièvre jaune une période d'incubation et une période prodromique ou prémonitoire, s'annonçant par des modifications dans les exhalations pulmonaire et cutanée.

M. Guérin croit devoir insister aussi sur ce fait, à savoir qu'il existe une forme de fièvre jaune dont le développement est incomplet, inachevé, et qu'il nomme fièvre jaune *ébauchée*. Cela résulte d'une manière péremptoire des assertions mêmes de M. Mêlier.

Suivant M. Guérin, la fièvre jaune, en effet, ne diffère pas sur ce point des autres maladies virulentes. La rage seule semble échapper jusqu'à ce jour à cette loi générale.

L'orateur fait ressortir toute l'importance pratique qui s'attache à l'admission de ces formes *ébauchées*, incomplètes, des affections infectieuses, tant au point de vue du pronostic que sous le rapport des symptômes. Cela est tellement vrai, que M. Dutroulau, dans ses remarquables articles sur la fièvre jaune, a déclaré que les cas qu'il avait observés n'avaient pas toujours présenté la même physionomie que les cas rapportés par M. Mêlier.

Indépendamment des ébauches individuelles, les maladies virulentes présentent des *ébauches collectives* qui sont comme les signes précurseurs d'une épidémie, et qui ont une valeur considérable au point de vue de l'hygiène publique et des mesures sanitaires à prendre.

Vu l'heure avancée, M. Guérin remet à la prochaine séance la suite de sa communication.

Présentation.

M. *H. Bouley* met sous les yeux de l'Académie un enfant vacciné récemment avec du cowpox provenant du pis d'une vache à laquelle il avait fait inoculer le liquide séreux de vésicules d'apparence aphtheuse développées spontanément dans la cavité buccale d'un cheval. La vaccination de l'enfant a très-bien réussi ; elle a moins bien agi sur quelques élèves de l'École d'Alfort, qui sont également présentés à l'Académie.

M. Bouley communiquera dans la prochaine séance une note détaillée sur ce fait important.

M. *Duguet*, interne de l'hôpital Saint-Louis, présente un malade atteint de pellagre. A l'époque du printemps, où l'affection cutanée acquiert son maximum d'intensité et subit une sorte d'exacerbation, le malade offre des troubles intellectuels très-manifestes Point de troubles digestifs.

La séance est levée à cinq heures.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Quelques cas de rage (*lyssa*), par le professeur Finger, de Lemberg.

La question de la rage canine préoccupe les médecins autrichiens comme les médecins français. De l'analyse d'un grand nombre de faits et de sept observations personnelles, le professeur Finger, de Lemberg (Gallicie), tire les conclusions suivantes :

Le nombre des personnes atteintes de la rage après avoir été mordues par des chiens enragés est très-restreint. Il est naturellement impossible de déterminer exactement l'influence qu'il faut attribuer au traitement prophylactique ; cependant, sur 56 sujets ainsi traités, la maladie ne s'est développée que sur 3 ; il est donc très-vraisemblable que ce traitement prophylactique, appliqué à temps, aurait pu aussi les préserver. Si maintenant on considère que, sur 7 malades, il y en avait 4 chez lesquels aucun traitement n'avait été fait, et que, chez le cinquième, la cautérisation n'avait été appliquée qu'incomplétement, à cause de l'étendue et du siége de la plaie, on peut conclure que ce moyen n'a pas une si mince valeur. Le traitement prophylactique ne peut naturellement consister que dans la destruction du poison dans la blessure, et la cautérisation de celle-ci est le seul moyen rationnel à indiquer. Dans tous les cas, nous avons employé pour cet usage la potasse caustique, sauf pour le n° 5, où, à cause de l'irrégularité des bords de la plaie et du voisinage de l'œil, nous avons préféré l'acide chlorhydrique concentré. Combien de temps après le moment où a eu lieu la blessure peut-on compter sur l'efficacité du traitement? C'est ce qu'il est impossible de bien déterminer, car de ce que la maladie ne s'est pas déclarée après une cautérisation tardive, on n'est pas en droit d'en attribuer l'honneur à celle-ci.

Il suffit du plus petit atome de poison, s'il est appliqué sur une plaie dépouillée de son épiderme, pour produire l'infection, et celle-ci est loin d'être toujours le résultat d'une morsure. Dans l'observation n° 2, c'est la patte du chien appliquée sur une excoriation très-superficielle qui a empoisonné le sujet. Ce sont les parties nues du corps qui sont les plus exposées.

Le stade d'incubation a presque toujours eu une durée d'au moins quarante jours ; dans un cas seulement, elle n'a été que de quatorze jours. Les manifestations du mal se sont presque toujours montrées soudainement dans toute leur violence, après de très-courts prodromes. Parmi les maladies miasmatiques et contagieuses, le choléra asiatique est le seul qui éclate avec une telle violence, après d'aussi courts prodromes.

Quant aux symptômes, le spasme pharyngien, avec l'impossibilité d'avaler aussi bien les solides que les liquides, peut être regardé comme constant et comme un des premiers dans l'ordre d'apparition. Les autres symptômes présentent de grandes variétés, de sorte qu'on peut à peine trouver deux cas qui présentent la même physionomie. Cependant on peut les diviser en deux groupes. Dans le premier, c'est le cerveau qui paraît vivement surexcité ; il y a une grande agitation, allant jusqu'au délire furieux, au besoin de mordre et d'égratigner, avec des convulsions générales, tantôt spontanées, tantôt par action réflexe, lorsque le sujet cherche à avaler ; exaltation du visage, des organes des sens et de la sensibilité générale ; élévation du pouls, et perte finale de connaissance et état comateux dû probablement à l'hypérémie cérébrale occasionnée par les convulsions, bien que l'activité cérébrale paraisse quelquefois troublée dès le début.

Dans le second groupe, nous voyons des manifestations qui se rapportent plutôt à une excitation de la moelle épinière ; les sens sont épargnés, mais on observe, avec le spasme pharyngien, des contractures tétaniques des muscles des extrémités, plus rarement du tronc, qui apparaissent tantôt spontanément, tantôt par action réflexe. Dans ces cas, la connaissance se conserve longtemps ; le cœur reste paisible, et cependant la mort arrive par des convulsions générales, de sorte qu'il n'y a pas en définitive de distinction bien réelle entre ces différents cas. Nous n'avons vu qu'une fois des changements survenir dans la cicatrice, qui, de blanche, devint bleuâtre et douloureuse.

La terminaison du mal est toujours fatale, et la mort survient dans le délai de trente-six heures à trois jours. La né-

cropsie ne fournit aucune donnée sur la maladie : des congestions du cerveau, de la moelle, des méninges, des poumons, etc., qui ne sont que des manifestations secondaires. Les vésicules de Marochetti n'ont jamais été trouvées.

Quant à la nature de la maladie, il n'est pas douteux qu'il s'agit d'une intoxication, et que l'opinion développée il y a quelque temps par Textor dans un journal de Vienne est insoutenable.

Dans la séance de la Société médicale de Vienne du 14 novembre 1862, on s'est aussi prononcé contre la prétendue identité de la rage canine et du tétanos traumatique, et l'on a invoqué à cet égard le manque du trismus dans la rage, la durée plus courte du mal et sa terminaison toujours fatale. Si l'on considère de plus que les crampes dans la rage n'ont pas toujours la forme tétanique, et que, si l'on observe des crampes tétaniques, elles manquent aussi quelquefois complétement; qu'elles se produisent, d'ailleurs, bien plus aux extrémités que dans les muscles du tronc; que certaines blessures seulement développent le tétanos, tandis que la plus légère égratignure sert d'entrée à la rage, et qu'enfin il n'existe encore aucun cas où les morsures d'un chien notoirement sain (morsures qui ne sont pas rares) aient déterminé les symptômes de la rage, on ne pourra se refuser à reconnaître que la rage et le tétanos traumatique sont deux maladies entièrement différentes.

Enfin, quant à l'observation du docteur Pollak, que la rage est inconnue en Orient, je rappellerai l'explication qu'en donnait feu le docteur Sieber (de Prague), savoir, que les chiens en Orient se nourrissent de viande crue, qu'ils trouvent dans toutes les charognes abandonnées dans les rues; si l'on nourrissait de cette façon les chiens domestiques, on arriverait peut-être à diminuer chez eux la fréquence de cette maladie en les ramenant à la nourriture qui leur est naturelle. (*Wochenblatt der Gesellschaft der Aerzte in Wien*, février 1863.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Publications récentes sur l'hydrologie médicale (1).

On a beaucoup écrit sur les eaux d'Aix en Savoie, témoin les nombreuses brochures dont nous avons déjà parlé, les années précédentes, à cet endroit même. Mais il paraît que la plupart des auteurs n'ont pas dit tout le bien que méritait cette station thermale. M. le docteur Berthet, nouveau venu dans ce pays comme médecin consultant, se plaint « du silence presque absolu de quelques-uns, — je ferais mieux de dire un, — de ses collègues sur les maladies des voies respiratoires et sur une foule d'autres affections que l'on guérissait autrefois à Aix, de l'abandon à peu près complet de la cure interne par la boisson, de la prédominance et de l'envahissement croissant de l'hydrothérapie sur une médication consacrée par l'expérience et par le succès ». Si les reproches de M. Berthet sont fondés (et nous n'avons aucune raison d'en douter), on ne peut qu'approuver sa résolution de combattre ces désastreuses tendances et qu'applaudir aux efforts qu'il tente pour obtenir « la réhabilitation des eaux d'Aix dans le traitement des affections pulmonaires, le retour de la thérapeutique thermale de cette station vers les saines traditions du passé; enfin l'établissement d'une saison d'hiver, parfaitement justifiée par le climat de ce pays et la thermalité de ses sources ».

Assurément, il ne peut venir à l'idée de personne de nier l'efficacité des eaux thermales sulfureuses sur les maladies chroniques des voies respiratoires. Pourquoi les eaux d'Aix en Savoie ne seraient-elles pas employées dans le traitement de cette classe d'affections au même titre que les Eaux-Bonnes, les eaux de Cauterets, d'Amélie, de Pierrefonds, etc.? Les considérations que fait valoir M. Berthet et les observations qu'il rapporte répondent favorablement à cette question. Qui donc pourrait blâmer les excellentes intentions de notre confrère et lui susciter ces « attaques passionnées dont il entend déjà la rumeur lointaine » ? A coup sûr, ce ne seront pas les médecins qui travaillent avec ardeur aux progrès de la science et qui désirent sincèrement le bien des malades. M. Berthet, qui paraît fort animé de ces deux sentiments, en sera pour ses appréhensions imaginaires, espérons-le, et rencontrera, à Aix comme à Paris, des encouragements et des sympathies.

— M. de Pietra-Santa, médecin consultant aux Eaux-Bonnes, publie, sous forme de LETTRES A L'UNION MÉDICALE, d'utiles renseignements sur cette station. Nous avons reçu la *lettre quatrième* seulement, consacrée à l'étude des effets physiologiques et thérapeutiques des Eaux-Bonnes.

— Encore deux nouvelles brochures de M. le docteur Allard, sans contredit un des hydrologistes les plus laborieux et les plus féconds que je connaisse, deux brochures, comme les précédentes du même auteur, sérieuses, pleines de faits et de considérations judicieuses, marquées au coin d'une expérience solide, ne se bornant pas à des renseignements descriptifs, à des notions vagues et superficielles, mais creusant le sujet et en faisant sortir d'importantes et d'utiles déductions pour la thérapeutique hydrothermale.

Une étude générale des eaux minérales de l'Auvergne, faite avec la collaboration de M. le docteur Boucomont, est destinée à mettre en relief les richesses hydrothermales de cette contrée montagneuse, à préciser les indications de chacune des principales stations, et à démontrer par des preuves chimiques et cliniques que les eaux du Cantal et du Puy-de-Dôme ne sont en rien inférieures aux eaux analogues les plus vantées de l'Allemagne, et qu'elles méritent aussi bien d'attirer la foule des malades et des visiteurs. « Donnez, disent MM. Allard et Boucomont, donnez à nos belles sources des établissements complets, de bons hôtels, des promenades sablées, des centres de réunion pour les soirées trop longues et les jours mauvais, et l'on dira bientôt : *Je vais en Auvergne*, comme on dit : *Je vais sur les bords du Rhin.* » C'est fort bien; mais le *trente et quarante* et la *roulette*..., ne les comptez-vous donc pour rien, et croyez-vous qu'ils soient pour si peu dans le succès de Wiesbaden, d'Ems et de Hombourg?

Le récent mémoire de M. Allard sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les eaux de l'Auvergne, notamment par celles de Royat et du Mont-Dore, a pour but de donner une éclatante confirmation aux idées soutenues et développées avec tant de talent et de conviction par MM. les professeurs Michel Bertrand et Nivet. Tout en faisant quelques réserves, justifiées par la nouveauté du sujet et par l'insuffisance du contrôle expérimental, on ne saurait nier la valeur des arguments invoqués par M. Allard, et l'on est porté à croire, comme lui, que les eaux thermo-minérales, bicarbonatées mixtes, arsenicales ou ferrugineuses, et chlorurées sodiques de l'Auvergne, administrées suivant des indications parfaitement déterminées et par des procédés spéciaux, peuvent rendre de grands services dans certaines formes de la phthisie pulmonaire, particulièrement dans la forme dite *arthritique*, et pendant les premières périodes de la maladie.

— Comme complément aux deux publications qui précèdent, je dois signaler ou plutôt rappeler à nos lecteurs le remarquable mémoire de M. Jules Mascarel SUR LES EFFETS DES EAUX DU MONT-DORE DANS LE TRAITEMENT DU CORYZA ET DE L'APHONIE, dont il a été publié un extrait dans ce journal (t. IX, p. 324). M. Mascarel est du nombre des médecins qui ont le mieux établi la spécialité d'action des eaux thermales de l'Auvergne sur la membrane muqueuse des voies respiratoires.

— Entre toutes les eaux de France, il en est peu dont la réputation soit plus grande et sur lesquelles on ait plus abon-

(1) Aux ouvrages indiqués au titre dans le précédent numéro, ajoutez les suivants : 1° ANALYSE DES EAUX MINÉRALES DE SAINT-CHRISTAU DE LURBE, par M. le professeur FILHOL. Brochure in-8. Pau, 1863. — 2° LES EAUX SALÉES CHAUDES DE BOURBONNE-LES-BAINS, par M. BOUGARD. Brochure in-12. Paris, 1863, Adrien Delahaye,

damment disserté que les eaux de Vichy et celles de Plombières. Quoi qu'il en soit, le champ d'observation est si vaste, il présente, selon l'aptitude et la portée visuelles de chaque observateur, des perspectives si variées, quelquefois même si différentes, qu'il faut toujours accueillir avec empressement les nouvelles recherches, les travaux tout frais que chaque année voit éclore. A ce compte, nous souhaitons la bienvenue aux trois brochures intitulées : CLINIQUE MÉDICALE DE VICHY PENDANT LA SAISON DE 1862, par M. Willemin; — LETTRE CRITIQUE SUR LA PRÉTENDUE ACTION DISSOLVANTE ET FLUIDIFIANTE DES EAUX DE VICHY, par M. Casimir Daumas (ce titre seul indique suffisamment les tendances révolutionnaires de l'auteur en hydrologie médicale, et son désir d'affranchir la médication alcaline des préjugés de la routine, et de la fonder sur des bases nouvelles et sur des principes moins confits en chimiatrie); — ÉTUDES CLINIQUES SUR LES EAUX DE PLOMBIÈRES, par M. Liétard, observateur consciencieux, habile écrivain, savant érudit, bien connu des lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE par ses intéressantes recherches sur la médecine des Indous et des Chinois. Le livre de notre distingué collaborateur sera lu avec intérêt, ou sera consulté avec fruit par tous ceux qui préfèrent en médecine les données positives de l'observation aux conceptions de la théorie.

— Le flambeau d'hymen n'a pas brûlé, grâce au ciel, toutes les plumes de M. Félix Roubaud. Il a dévoré la plume du journaliste, mais il a respecté celle de l'hydrologue, témoin les nouvelles observations sur les eaux minérales de Pougues, que vient de publier l'ex-rédacteur en chef de la FRANCE MÉDICALE. La médecine remercie M. Roubaud de ce cadeau de noces.

— Rippoldsau, dans la forêt Noire, recommandé par M. le docteur Robert; Szliacs en Hongrie, préconisé par M. le docteur Hasenfeld, possèdent des eaux alcalines et ferrugineuses, dont les vertus thérapeutiques sont puissamment secondées par le concours de toutes les ressources auxiliaires du traitement hydrominéral.

— La découverte assez récente d'une source ferrugineuse carbonatée au Mont-Cassel a fourni à M. le docteur Windrif l'occasion de présenter une intéressante notice sur ces eaux devant la Société centrale de médecine du Nord.

Mais il est à craindre que, malgré les efforts de l'auteur, la renommée des eaux du Mont-Cassel ne demeure toute locale, à l'instar des eaux non moins carbonatées et non moins ferrugineuses de Saint-Christophe en Brionnais.

— M. le professeur Béchamp (de Montpellier) prédit les plus hautes destinées à une eau minérale peu connue jusqu'à présent, celle du Boulou, dans les Pyrénées-Orientales. « L'eau du Boulou, dit-il, est de la même famille que les eaux de Vichy... Elle contient les mêmes éléments et sensiblement dans les mêmes rapports, et même elle renferme un élément de plus, le cuivre, dont la présence peut donner lieu à des applications thérapeutiques spéciales. Voilà donc la science qui déclare que les Pyrénées ont leur Vichy. Que l'administration maintenant fasse le reste, et que le Boulou devienne bientôt par ses soins l'heureux émule de la fameuse station de l'Allier, demeurée jusqu'ici sans rivale !

— Par une étrange coïncidence, il existe à l'autre bout des Pyrénées, à peu de distance de Pau, une eau minérale qui renferme de l'oxyde de cuivre comme la précédente, et dans les mêmes proportions, 0,00015 par litre : c'est l'eau de Saint-Christau de Lurbe, analysée par M. le professeur Filhol. Cette eau contient, en outre, des traces sensibles de chlore, d'iode, de soufre, d'arsenic et de fer, qui rendent sa minéralisation très-complexe et permettent de l'employer aux usages médicaux les plus variés.

En présence des résultats inattendus que fournit l'analyse chimique de certaines sources mal connues et incomplétement explorées jusqu'à ce jour, il faut convenir que l'hydrologie médicale est loin d'avoir dit son dernier mot, et qu'il s'en faut bien qu'elle nous ait encore révélé toutes les ressources, toutes les richesses, tous les bienfaits de la médication hydrominérale. Il y a dix ans, l'efficacité des eaux du Mont-Dore était un problème pour tout le monde; Thénard en fait l'analyse, y découvre l'arsenic, et tout s'explique et tout se comprend. Désormais l'arsenic fut compté au nombre des agents les plus actifs de certaines eaux minérales dont l'action était demeurée jusqu'alors mystérieuse et obscure. Grâce aux recherches de M. Filhol et à celles de M. Béchamp, il n'est pas douteux que le cuivre ne prenne bientôt, comme l'arsenic, comme l'iode, comme le brome, une place importante parmi les principes minéralisateurs les plus utiles et les plus efficaces. Maintenant, c'est aux médecins qu'il appartient de déterminer, par le concours réuni de l'expérience physiologique et de l'observation clinique, les effets et les indications de la médication *hydro-cuprique*.

— Les études que MM. Reveil et Dumoulin viennent de publier ensemble sur les eaux de Salins ne renferment rien d'essentiel qui ne se trouve déjà dans les trois brochures publiées précédemment par un des auteurs, et dont il a été longuement question dans nos comptes rendus hydrologiques de 1860, 1861 et 1862. Je me bornerai donc à signaler l'apparition du nouvel ouvrage, où nos lecteurs reconnaîtront la main d'un chimiste habile et celle d'un excellent observateur.

— Les eaux de Bourbonne jouissent d'une célébrité de vieille date et justement acquise. L'élévation de leur température (55 à 60°), l'énergie de leurs principes minéralisateurs (chlorure de sodium, bromure de potassium, iode, arsenic, fer, manganèse), les rendent très-efficaces dans le traitement des diathèses, des cachexies, des paralysies, des névralgies rebelles, et des accidents consécutifs aux fractures, aux luxations et aux grands traumatismes. L'État possède dans cette localité un vaste et bel établissement, où tous les mutilés de nos glorieuses batailles sont admis aux bienfaits de la médication balnéaire la plus large, la plus complète et la mieux dirigée qui se puisse voir. M. le docteur Bougard vient de confirmer par des études récentes les beaux résultats déjà constatés et signalés par ses collègues de la médecine militaire, qui l'ont précédé à l'hôpital militaire de Bourbonne. Un des points sur lesquels l'auteur insiste le plus et avec raison, c'est le mode d'action de ces eaux sur les reliquats des fractures. Il s'attache particulièrement à détruire cette opinion ou plutôt ce préjugé, qui prête aux eaux de Bourbonne la propriété toute gratuite de ramollir le tissu osseux en général et le cal des fractures en particulier, et il en tire cette conséquence pratique importante, qu'une fracture récemment consolidée ne contre-indique pas l'emploi de la médication chlorurée sodique et bromo-iodurée.

— UNE SAISON A CONTREXÉVILLE, tel est le titre d'une brochure dans laquelle M. le docteur Millet (de Tours) exhale sa reconnaissance pour les bienfaits de cette station sur les calculeux en général et sur lui en particulier, en même temps qu'il expose en toute modestie « quelques études, quelques remarques, quelques recherches », qu'il a faites durant son séjour dans les Vosges. Envisagé comme paysagiste, M. Millet appartient à l'école du réalisme pur; il n'invente pas, il peint d'après nature : exemple le tableau qu'il a crayonné de Contrexéville et dont je reproduis les traits les plus saillants : « Contrexéville » est situé dans un vallon en forme d'entonnoir, ce qui fait » qu'on n'aperçoit pas même le clocher peu d'instants avant » de mettre le pied sur cette commune... Son séjour est loin » d'être gai... Il y a cependant une fabrique de peignes montée » et exploitée par M. Blaisot...; il y a aussi des quais, des trottoirs, des ruisseaux, des fontaines, des lavoirs, des abreuvoirs, des plantations, dus au zèle actif et intelligent de M. le » docteur Legrand du Saulle, qui, bien que résidant pendant » huit mois de l'année à Paris, cumule (*sic*) les fonctions de » maire et de médecin consultant à Contrexéville... La société » des femmes y fait complétement défaut (avis à monsieur le » maire !); on en compte à peine 10 à 12 pour 100 (quelle

» calamité!). Aussi, point de bals, point de réunions bruyantes! » Par-ci par-là, de loin en loin, quelque artiste fourvoyé » vient faire une pause dans ce village et essaye d'organiser » un concert auquel il a bien de la peine à convier cinquante » à soixante buveurs... Il est vrai, ajoute tristement M. Millet, » que les artistes que j'ai entendus étaient réellement d'une » faiblesse désespérante. »

Après une pareille peinture, on conviendra sans peine avec l'auteur qu'il faut être « sérieusement malade et très-désireux de recouvrer la santé pour aller s'installer pendant vingt et un jours à Contrexéville ».

Une pénitence si rigoureuse nous paraît d'autant plus inutile qu'en adoptant la théorie de M. Millet sur le mode d'action des eaux de Contrexéville on peut obtenir d'aussi beaux résultats sans sortir de chez soi. En effet, d'après cet honorable confrère, « ces eaux agissent par une sorte de lixiviation, en entraînant les graviers, en déblayant, en lavant les reins, les » uretères et la vessie. On ingurgite dans ce but, à Contrexé» ville, de grandes quantités d'eau, pas moins de dix à douze » verres, tous les matins, de quart d'heure en quart d'heure » ou de vingt minutes en vingt minutes... Il est impossible de » dire et de soupçonner quelle quantité d'urine est rendue » pendant l'espace de ces cinq à six heures. »

Peut-on croire sincèrement que ce soit là une vertu spéciale aux eaux de Contrexéville, et, avant d'envoyer les graveleux expier leurs péchés dans ce sinistre village, ne ferait-on pas bien de leur conseiller de boire *tous les matins*, *pendant vingt et un jours*, *deux ou trois carafes* d'eau claire, rendue, si l'on veut, faiblement alcaline et diurétique par l'addition de quelques centigrammes de nitrate de potasse ou de bicarbonate de chaux!

Franchement, si j'étais l'ami de M. Millet, je l'engagerais à essayer de ce moyen avant de se décider une seconde fois à quitter Tours et ses « occupations professionnelles pour aller demander aux eaux de Contrexéville, *sinon une guérison*, du moins un soulagement très-marqué ».

— Le GUIDE DU BAIGNEUR A ENGHIEN-LES-BAINS POUR LA SAISON DE 1863 nous apprend ce que tout le monde sait depuis longtemps, c'est-à-dire qu'Enghien est à quelques kilomètres de Paris, qu'on y voit un lac sillonné par de jolies embarcations, entouré d'arbres majestueux, de capricieuses habitations et de coquettes villas; que l'eau minérale est *sulfureuse* et qu'elle répand une odeur très-forte d'œufs couvis; qu'elle convient (ce qui n'est pas douteux) au traitement des maladies de la peau, du rhumatisme chronique, des gonflements articulaires, des manifestations scrofuleuses, de la bronchorrhée et de certaines affections catarrhales; qu'elle est efficace encore (ce qui est très-contestable s'il s'agit de l'usage interne) dans la chlorose, l'aménorrhée, la gastralgie, etc.; enfin que la nouvelle administration n'a rien négligé pour approprier l'établissement à toutes les exigences de la médication balnéaire. Une mesure libérale autant qu'intelligente, à laquelle nous applaudissons vivement et qui mériterait d'être adoptée dans toutes les stations thermales, c'est que, nonobstant la présence d'un inspecteur, l'établissement est ouvert à *tous* les médecins, et que chacun d'eux peut faire suivre à ses malades le traitement qu'il juge convenable.

— S'il existait encore quelques médecins endurcis par le scepticisme ou aveuglés par la défiance qui refusassent de croire à la puissance de l'hydrothérapie, je les inviterais volontiers à parcourir la CLINIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT DE LONGCHAMPS, publiée par M. le docteur Delmas (de Bordeaux), ils trouveraient là un nombre imposant de faits bien observés et consciencieusement recueillis, qui démontrent jusqu'à l'évidence combien est efficace contre la plupart des maladies chroniques une médication hydriatrique sagement appliquée et dirigée par des mains habiles.

— Depuis que les MATHIEU-LÆNSBERG et les DOUBLES-LIÉGEOIS sont en baisse, le besoin d'un nouvel almanach se faisait généralement sentir. L'administration des bains d'Arcachon vient de publier le sien pour 1863. Avis à ceux qui ont oublié d'acheter un calendrier au commencement de la présente année! A. LINAS.

ERRATUM. — Dans le dernier numéro (art. BIBLIOGRAPHIE), lisez, p. 415, « M. Garrigou a trouvé... un accroissement en sulfures de 0gr,014... » au lieu de « 0gr,057. »

VI

VARIÉTÉS.

— Par décrets des 11 et 18 juin, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers. — MM. Remy, médecin-major de 1re classe au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, et Richaud, chirurgien principal de la marine.

Chevaliers. — MM. Baudouin, médecin-major de 2e classe; Accarias, Chaberl et Gueneau, médecins aide-majors de 1re classe ; MM. Bourgault, chirurgien de 1re classe de la marine; Caurant, chirurgien-major des troupes d'artillerie de marine en Cochinchine; Touyon, chirurgien de 2e classe, aide-major du 1er régiment d'infanterie de marine, et Turc, chirurgien aide-major au 3e régiment d'infanterie de marine;

M. Troutot, vétérinaire de 2e classe.

— Un concours pour l'agrégation, *section des sciences accessoires*, est ouvert près la Faculté de médecine de Paris.

Les juges sont : MM. Denonvilliers, président; Baillon, Balard, Bouchardat, Chatin, Gavarret, Longet, Robin et Wurtz.

Les candidats sont : 1° *pour la physique* : MM. Deslionnet, Desplats et Morin; 2° *pour la pharmacologie* : MM. Hébert et Naquet; 3° *pour l'histoire naturelle* : MM. Fournier (Eug.), Frémineau, Marchand de Seynes et Vaillant.

Les sujets de composition écrite ont été : 1° pour les candidats en physique et pharmacologie : *Description des cavités du cœur, circulation cardiaque, composition du sang;* 2° pour les candidats en histoire naturelle : *Structure des vaisseaux dans les règnes organisés.*

— Le concours pour deux places de chirurgien au Bureau central des hôpitaux s'est ouvert mardi 16.

Les juges sont : *juges titulaires :* MM. Broca, Voillemier, Maisonneuve, Demarquay et Briquet; *juges suppléants* : MM. Richet et Raclé.

Les candidats inscrits sont : MM. Bastien, Duchaussoy, Labbé, Legendre, Liégeois, Parmentier, Péan, de Saint-Germain, Sée, Simon (Edm.), Rambaud, Tarnier et Tillaux.

Le sujet de la composition écrite a été : *Des fractures compliquées.*

— On annonce que M. Bertheraud, médecin principal, rappelé de l'hôpital du Dey et démissionnaire des fonctions de directeur et professeur de l'École de médecine d'Alger, vient d'être mis à la disposition de l'intendant en chef de l'armée française au Mexique.

— M. le docteur Jules Massé, auteur de plusieurs publications médicales, faites surtout pour les gens du monde, vient de mourir à Paris, à l'âge de quarante-sept ans.

— M. le docteur Charmasson de Puylaval, inspecteur adjoint de l'établissement thermal de Saint-Sauveur, vient d'être nommé inspecteur du même établissement, en remplacement de M. le docteur Fabas, décédé.

REVUE RÉTROSPECTIVE SUR LA SCIENCE MENTALE, par le docteur *Henry Bonnet*. In-8 de 50 pages. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr. 50

ÉTUDE SUR LES MALADIES PARTICULIÈRES AUX OUVRIERS MINEURS EMPLOYÉS AUX EXPLOITATIONS HOUILLÈRES EN BELGIQUE, par le docteur *Kuborn*. Ouvrage qui a obtenu une médaille d'or de 400 francs et une somme de 600 francs au concours de 1858-1860. Grand in-8 de 302 pages et 24 tableaux. Paris, Adrien Delahaye. 6 fr.

MM. les docteurs des départements dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE expire le 30 juin 1863 sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 30 courant il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat de vingt-quatre francs payable le 31 juillet 1863.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 3 JUILLET 1863. N° 27.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** — II. **Histoire et critique.** L'intoxication saturnine exerce-t-elle une influence sur le développement de la goutte? — III. **Travaux originaux.** Syphiliographie pratique : Deux observations de rhino-nécrosie typhique et de rhino-nécrosie syphilitique. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** Appréciation des mesures administratives contre le développement de la rage canine. — Cicatrices vicieuses du cou et des bras traitées avec succès par l'extension graduelle, l'excision et l'autoplastie à distance. — Prolapsus du rectum guéri par l'excision de la partie herniée. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — Réceptions au grade de docteur. — VIII. **Feuilleton.** Hydrothérapie à l'eau de mer.

I

Paris, 2 juillet 1863.

Nous nous sommes trop longuement expliqué sur les questions d'étiologie et de prophylaxie soulevées par le rapport de M. Mêlier pour que nous croyions devoir y revenir quant à présent. Nous nous bornerons donc à dire, au sujet du discours de M. J. Guérin, que notre confrère commet une erreur grave en plaçant dans l'homme et non dans le navire « la principale cause du contagium de la fièvre jaune », et en critiquant cette expression très-juste de M. Mêlier, qu'on *charge* la fièvre jaune sur les navires avec les marchandises. Nous n'hésitons pas à affirmer d'avance que cette assertion de M. Guérin, avec les conséquences prophylactiques qu'il en déduit, sera combattue et détruite par M. Mêlier, ou par les autres orateurs compétents qui pourront prendre part à la discussion.

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

L'INTOXICATION SATURNINE EXERCE-T-ELLE UNE INFLUENCE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA GOUTTE?

Dans un travail lu en 1854 devant la Société médico-chirurgicale de Londres (1), M. le docteur Garrod avait fait ressortir comme une circonstance fort imprévue, et qui l'avait vivement frappé, qu'une bonne partie, un quart au moins, des sujets goutteux admis dans son service d'hôpital avaient éprouvé, antérieurement au développement de la goutte, une ou plusieurs des formes de l'intoxication saturnine, et exerçaient la profession de plombier ou de peintre en bâtiments. Une nouvelle série d'observations devait reproduire, à peu près dans les mêmes termes, ce résultat en apparence si singulier : sur un ensemble de 51 goutteux observés à l'hôpital

(1) *Medico-Chirurgical Transactions*, vol. XXXVI, 1854.

FEUILLETON.

Hydrothérapie à l'eau de mer (1).

Le bain de mer était autrefois la pratique presque exclusive du traitement marin par l'eau froide. A la grande piscine de la mer sont venus s'ajouter aujourd'hui des bâtiments appropriés où l'emploi de l'eau de mer est soumis à tous les procédés usités dans l'hydrothérapie à l'eau commune. Quand on considère les rapports nombreux qui rapprochent ces deux modificateurs de la santé, hydrothérapie et bains de mer, et l'extension toujours croissante de leurs indications et de leur usage, on comprend qu'ils étaient appelés à se prêter un mutuel secours et à combiner leurs propriétés pour constituer un agent capable, dans une foule de cas, de répondre plus complétement qu'ils ne le font l'un ou l'autre isolés à tous les *desiderata* de l'hygiène et de la thérapeutique.

Local et service. — Un établissement de bains de mer n'est pas complet s'il ne possède un local spécial affecté à l'hydrothérapie et possédant tous les aménagements et installations intérieurs qu'on rencontre dans les établissements de cette nature. C'est dire qu'on y trouve des douches perpendiculaires et obliques, fixes et mobiles, à jet unique et fragmenté de toutes dimensions, depuis la colonne de plusieurs centimètres jusqu'à la poussière d'eau la plus fine, la douche horizontale ou en cercle, la douche ascendante et le bain de siége, la douche en lame avec piscine ; qu'on y fait la sudation à vapeur sèche et à vapeur humide ; qu'on y rencontre des cabinets de repos et de toilette, etc. Le bâtiment doit être vaste, élevé et aéré, afin que l'atmosphère marine, qui fait partie intégrante de la médication, y puisse circuler, et pour cela il doit être situé le plus près possible du bord de la mer. Si la disposition des lieux permet de faire arriver directement l'eau

(1) Cet article est extrait d'un livre *sur les bains de mer*, que se propose de publier bientôt le docteur Dutroulau.

d'*University College* depuis 1854, M. Garrod n'a pas compté moins de 16 peintres ou plombiers; et encore ce chiffre ne comprend-il pas les individus admis pour être traités d'une affection saturnine, et dont plusieurs avaient eu la goutte. Inutile d'ajouter qu'il s'agit, dans tous ces cas, de la goutte articulaire la moins équivoque, et caractérisée, en particulier, par l'existence d'un excès d'acide urique dans le sang.

En présence de ces faits, on ne pouvait guère s'arrêter à l'idée d'une coïncidence purement accidentelle, et il devenait presque évident qu'une certaine relation existe entre les maladies d'intoxication saturnine et la goutte. M. Garrod fut ainsi conduit à entreprendre quelques recherches dont les résultats, si par la suite ils se confirment, seront bien de nature à faire comprendre le mode de connexion qui rattache l'un à l'autre les deux ordres d'affections (1). Chez douze individus atteints d'une maladie de plomb bien déterminée, — colique ou paralysie saturnines, — le sang fut examiné, dans le but de savoir s'il ne contenait point un excès d'acide urique. Deux de ces malades avaient autrefois éprouvé un ou plusieurs accès de goutte; chez eux le sang fut, en effet, trouvé riche en acide urique, et cela n'a rien qui doive surprendre. Mais dans les dix autres cas, il n'y avait jamais eu la moindre apparence d'une affection goutteuse, et cependant, dans tous ces cas, deux seulement exceptés, les réactifs démontrèrent qu'il existait dans le sang de l'acide urique en excès. D'après ces résultats, l'intoxication saturnine aurait donc, au moins dans certains cas, ceci de commun avec la goutte qu'elle produirait, comme cette dernière, l'altération du sang par excès d'acide urique. Dans cette altération du sang due aux affections saturnines y a-t-il, en réalité, production exagérée de l'acide urique ou seulement rétention, et par suite accumulation de ce produit de désassimilation? M. Garrod penche vers la seconde hypothèse, et voici sur quoi il se fonde : la quantité d'acide urique rendue par les urines dans les vingt-quatre heures fut dosée avec soin, pendant plusieurs jours, chez deux personnes qui ensuite se soumirent pendant quelque temps à l'usage intérieur de l'acétate de plomb. Or, tant que dura la médication saturnine, il y eut une diminution très-notable de la quantité moyenne d'acide urique excrété. On observa, en outre, dans les deux cas un phénomène très-remarquable : au bout des deux ou trois premiers jours de l'administration du médicament, il y avait arrêt brusque de l'excrétion d'acide urique; puis la fonction des reins se rétablissait ensuite, en partie, d'une manière intermittente, ainsi que cela a communément lieu chez les sujets qui sont sous l'influence de la goutte.

M. Garrod s'est fondé sur tout ce qui précède pour signaler d'une manière toute spéciale, dans son Traité de la goutte, parmi les conditions qui prédisposent à contracter cette maladie, l'existence de ce qu'il appelle l'imprégnation saturnine. L'altération du sang par un excès d'acide urique, élément nécessaire dans la goutte, éventuel dans l'intoxication saturnine, donnerait en outre, d'après M. Garrod, la raison de cette relation étiologique. Une fois mis en relief, ce point d'étiologie ne pouvait manquer d'éveiller l'attention des cliniciens. Bientôt, en Angleterre, des faits confirmatifs furent produits, en particulier par MM. Burrowes (1), R. W. Falconer (2) et W. Begbie (3). On a même pris soin de relever, dans les écrits de quelques anciens observateurs, plusieurs passages où une relation entre la colique de Devonshire et la goutte se trouve mentionnée en termes plus ou moins formels. G. Musgrave, par exemple, dans sa dissertation sur l'*arthritis symptomatique*, s'exprime comme il suit : « *Alia vero colica, apud Damnonium, ex pomaceo immiti et acido nimis usurpato, derivatur... Septimo et octavo ætatis lustro sæpe colica tentantur ii, qui vinum hoc indigena potare soleant, itaque pergræcari; et ubi illa confirmatur et jam inveterascit, non raro colicæ suppullulat arthritis, cum articulorum dolore, tumore, cæteroque apparatu, ad puræ et germinæ arthritidis faciem ordinato* (4). » Voici maintenant un passage extrait d'un Essai sur les eaux de Bath publié en 1772 par le docteur W. Falconer : « Les eaux de Bath sont de la plus grande utilité dans le traitement des affections goutteuses qui succèdent quelquefois à la colique de Poitou, et qui ont été observées et décrites par le docteur Musgrave, et depuis par le docteur Huxham (5). » — Viennent ensuite des documents de date moins ancienne : la Collection des écrits inédits de C. Hillier Parry (6), recueil riche d'observations cliniques intéressantes, et qui

(1) A. Garrod, *The Nature and Treatment of Gout and Rheumatic Gout*, 2e édit. London, 1863, p. 275.

(1) Garrod, *loc. cit.*, p. 271.
(2) *British Medical Journal*, 2 novembre 1861, p. 464.
(3) *Edinburg Medical Journal*, August, 1862, p. 125.
(4) *De Arthritide symptomatica*. Genevæ, 1752, cap. x, art. 5, p. 65. — Voy. aussi p. 68, hist. 2, *Arthritis colicæ ex pomaceo superveniens*.
(5) Garrod, *loc. cit.*, p. 593. — Dans l'opuscule d'Huxham sur la colique de Devonshire, nous ne trouvons rien qui ait positivement trait à la goutte.
(6) *Collections from the Unpublished Medical Writings of the Late C. H. Parry*. London, 1825, t. I, p. 243.

---

de la mer dans les piscines, cela n'en vaut que mieux, attendu qu'elle conserve alors plus intactes ses propriétés, et partant son activité. Ce qui ne dispense pas pourtant des appareils à vapeur ou à bras destinés à faire monter l'eau dans les réservoirs qui alimentent les douches, et qui, remplis au fur et à mesure des besoins et de manière à ne pas ralentir les opérations, doivent être couverts, afin de ne pas s'altérer par le mélange des eaux du ciel ou par les substances suspendues dans l'air; l'eau qui est restée quelque temps au repos et au soleil, au milieu du jour, perd sa température et se modifie dans sa composition.

L'assistance médicale ne peut pas plus s'imposer à l'hydrothérapie marine qu'au bain de mer, attendu que les établissements où ils se pratiquent l'un et l'autre sont du domaine public, et que l'usage libre de la mer, de même que l'intérêt de l'exploitation industrielle de ces établissements, s'y opposent. Mais précisément à cause de ce régime de liberté, les administrateurs ou les fermiers ont pour devoir d'entourer ce genre de traitement de toutes les conditions de sécurité et de bonne exécution qu'il réclame encore plus que le bain de mer. C'est surtout au choix des doucheurs que doivent être apportés les plus grands soins; les qualités spéciales sont plus indispensables et plus difficiles à rencontrer ici que chez de simples guides-baigneurs. Connaissance parfaite du jeu des instruments et de la manière d'en graduer à volonté la force; soumission absolue aux instructions du médecin et fermeté suffisante pour résister aux exigences des baigneurs; convenance, réserve et discrétion dans les rapports avec les malades, telles sont les conditions, bien constatées et bien éprouvées à l'avance par le médecin, que devront présenter ces agents. Plus la liberté qu'on est obligé d'accorder, d'après l'usage établi dans les établissements, à un modificateur aussi puissant que la douche d'eau de mer, peut faire naître d'accidents, plus les employés par lesquels elle s'administre doivent présenter de garanties. Quant au médecin, il doit se tenir à proximité pendant que les appareils fonctionnent, afin d'être plus vite rendu

révèlent presque toujours une rare sagacité, contient un tout petit chapitre daté de 1807, et portant ce titre : *Gout from lead*. « J'observe, y dit l'auteur, qu'après la paralysie saturnine, des malades d'âge moyen, d'ailleurs auparavant bien portants, sont très-sujets à éprouver des accès de goutte dans les membres. M. C..., entre autres, a eu la goutte au pied, et il en a éprouvé quelque soulagement. » — Trois cas de goutte articulaire consécutive à la paralysie des mains, suite d'intoxication saturnine, sont encore mentionnés dans un nouvel Essai sur les eaux de Bath, publié en 1822 par le docteur Barlow. Enfin, parmi les observations que renferme le recueil des leçons faites par le docteur Todd en 1843, au Collége des médecins de Londres, il en est une fort remarquable où l'on voit un peintre en bâtiments être atteint pour la première fois de la goutte après avoir subi plusieurs attaques de colique de plomb, et éprouver par la suite un nouvel accès de goutte au moment même où il venait d'être délivré d'une nouvelle atteinte de colique saturnine (1). Le docteur Todd, dans un ouvrage postérieur au précédent, a signalé d'ailleurs les peintres en bâtiments au nombre des individus de la classe ouvrière atteints de goutte qui fréquentent le plus souvent les hôpitaux de Londres (2).

On voit qu'en somme les résultats de cette enquête rétrospective, de même que les témoignages récents, se montrent favorables à la thèse soutenue par M. le docteur Garrod. Ses propositions néanmoins, en raison surtout des circonstances dans lesquelles ont été recueillies les observations qui leur servent de fondement, paraîtront passibles d'objections. A Londres, en effet, la prédominance du régime animal, l'usage habituel et trop souvent l'excès de certaines bières fortes, telles que le *porter* et le *stout*, placent la population ouvrière dans des conditions hygiéniques toutes spéciales. Ces conditions expliquent, en grande partie, pourquoi la population dont il s'agit se montre affectée de goutte assez fréquemment, bien plus fréquemment que cela n'a lieu partout ailleurs; c'est là, du moins, une opinion à laquelle les médecins anglais paraissent aujourd'hui se rattacher tous d'un commun accord (3). Or, il est bien peu probable qu'à Londres les professions à émanations saturnines se distinguent entre toutes en ce qui concerne le mode d'alimentation et l'abus de certaines boissons fermentées; s'il en est ainsi, il paraîtra bien difficile de démêler, au milieu d'éléments étiologiques aussi complexes, la part d'influence qui revient au plomb, soit dans le développement de la goutte elle-même, soit dans la production de cette altération du sang par excès d'acide urique, rencontrée chez certains sujets atteints d'une affection saturnine. Sans doute, la statistique établit que, toutes choses égales d'ailleurs, les plombiers et les peintres en bâtiments fournissent aux hôpitaux de Londres plus de goutteux que les individus appartenant aux autres professions mécaniques, et cette circonstance ne paraît guère pouvoir s'expliquer autrement que par l'influence du plomb. Mais, malgré cela, quelque incertitude peut subsister encore ; on comprend, dès lors, de quel poids seraient, pour la solution de la question, des études comparatives faites dans des localités où l'hygiène particulière aux ouvriers de Londres ne peut plus être incriminée. Dans ces nouvelles conditions d'observation, l'occasion de rencontrer la goutte en connexion avec l'intoxication saturnine se présenterait, on le prévoit, bien moins souvent qu'à Londres; mais dans chaque cas particulier, l'action du plomb, dégagée en grande partie des autres influences étiologiques, apparaîtrait plus exclusive, et partant plus manifeste.

Malheureusement, de telles études n'ont pas été entreprises, ou tout au moins elles n'ont fourni, quant à présent, aucun résultat significatif. Il s'est trouvé, par exemple, qu'à Édim-

(1) R. B. Todd, *Practical Remarks on Gout, Rheumatic fever and Chronic Rheumatism of the Joints*. London, 1843, p. 44.

(2) *Clinical Lectures on certain Diseases of the Urinary Organs*, lect. 15, *on Gout*, p. 400. London, 1857.

(3) Voy. sur ce sujet : W. Budd, in *The Library of Medicine*, Ed. by A. Tweedie, t. V, p. 218; — R. B. Todd, *Clinical Lectures Urinary Organs* : « Most Persons » who *indulge* much in beer or porter suffer sooner or later from this Disease » (Gout). Malt liquor is *par excellence* the pabulum of Gout. » London, 1857, p. 400. — Garrod, *loc. cit.*, p. 256. — T. Watson, *Lectures on the Principles of Physic*, t. II, p. 759. London, 1857. — Un exemple que nous empruntons à l'excellent article cité plus haut de M. W. Budd met bien en lumière l'influence de certaines boissons fermentées sur le développement de la goutte chez les basses classes à Londres : « Il est, dit M. Budd, un corps d'ouvriers employés sur la Tamise à extraire » le sable du fond du fleuve. Comme cette opération ne peut se faire que pendant la » marée basse, les heures de travail sont réglées par cette circonstance et tombent » tantôt le jour, tantôt la nuit. Ce travail expose les ouvriers à toutes les intempéries » et nécessite un grand déploiement de force musculaire. En raison de cela il leur est » alloué une très-forte ration de boissons fermentées; chaque homme boit de 2 à » 3 gallons de porter par jour, et généralement en outre une quantité considérable de » spiritueux (le gallon représente 4,5 litres). A part cette consommation énorme de » boissons fermentées, leurs habitudes et leur régime de vie sont ceux de la plus basse » classe de Londres. La goutte est remarquablement fréquente chez ces ouvriers, et, » bien qu'ils ne forment pas un corps nombreux, plusieurs d'entre eux sont admis chaque » année à l'hôpital des gens de mer (*Seamen's Hospital Ship*), atteints de cette affec» tion. C'est là un fait très-intéressant et qui semble démontrer que le travail muscu» laire, quelque intense qu'il soit, ne suffit pas à contre-balancer l'influence de doses » aussi considérables de porter. Les ouvriers dont il s'agit sont presque tous des pay» sans irlandais, et, en conséquence, ils ne doivent que bien rarement être prédisposés » par hérédité à contracter la goutte. »

si sa présence devenait nécessaire. Il n'y a pas lieu de discuter ici si son intervention directe est indispensable, ou s'il est sans inconvénient de laisser l'exécution des manœuvres à des doucheurs expérimentés. Nous sommes, on le sait, dans un établissement public fréquenté pour des besoins d'hygiène bien plus que pour des traitements de maladies graves, et où, par conséquent, la raison de prudence ne l'emportera pas sur celle d'indépendance, quoi qu'on fasse. Je dois dire, d'ailleurs, que, depuis cinq ans que fonctionne presque sous mes yeux l'hydrothérapie de Dieppe, établie sur une très-grande échelle, la douche hygiénique à l'eau de mer n'a été l'occasion d'aucun accident, bien qu'elle soit confiée à des agents subalternes et se pratique seulement d'après les règles tracées dans la science, mais sans intervention directe du médecin. Je n'en pourrais pas dire autant du bain de mer, pour lequel on peut plus facilement s'affranchir de la règle. Mais s'agit-il d'une maladie déterminée et délicate? Pas plus que le bain de mer, l'hydrothérapie marine ne saurait se soustraire sans danger à la direction de l'homme de l'art, et de plus à son action personnelle dans quelques cas; c'est alors une opération dont le tuyau de douche est l'instrument, et l'on sait qu'il y a des opérations dans lesquelles le chirurgien ne répugne pas à des manœuvres qui sont habituellement du ressort des aides, ou qu'au moins il les fait exécuter sous ses yeux. Je mets là pourtant les choses au pire, et, dans la plupart des cas où le malade oppose de sérieuses répugnances, j'estime qu'il suffit d'une instruction détaillée jour par jour à un doucheur habile, et au besoin d'une manœuvre simulée et répétée à l'avance sous les yeux du malade, comme je le fais souvent, pour que les choses se passent bien et que le résultat désiré soit obtenu. Les malades qui viennent se faire doucher aux bords de la mer ne sont pas, d'ailleurs, atteints des maladies aiguës, graves et fébriles qu'on traite quelquefois par l'hydrothérapie ordinaire dans des maisons de santé ou des établissements bien fermés; je parle du moins de ce qui a lieu pendant la saison des bains et dans les stations du Nord, car dans le Midi,

bourg, où l'on a cherché à vérifier les propositions de M. Garrod, les affections saturnines, au rapport du professeur Christison, ne s'observent que très-rarement. La goutte y est également des plus rares, au moins chez le peuple, qui mange peu de viande et qui, en fait de boissons alcooliques, n'use guère que du *whisky*, liqueur distillée et, à ce titre, peu propre à engendrer la disposition goutteuse (1). En France, en Allemagne, du moins à notre connaissance, on ne s'est pas occupé jusqu'ici de savoir s'il existe un rapport de causalité entre l'intoxication saturnine et la goutte. A Paris, où le régime de la population ouvrière ne diffère pas essentiellement de ce qu'il est à Édimbourg, les maladies de plomb sont nombreuses dans les hôpitaux, et cependant la goutte y est incontestablement très-rare. Par le seul rapprochement de ces deux dernières circonstances, on pourrait être conduit à conclure sommairement dans un sens diamétralement opposé à la thèse de M. Garrod. On pourrait encore faire ressortir que si une relation étiologique entre l'intoxication saturnine et la goutte existait en réalité, elle eût été au moins entrevue par des observateurs tels que MM. Grisolle et Tanquerel des Planches, qui ont poussé si loin l'étude des maladies de plomb. Ces arguments n'ont pas cependant une valeur absolue. Combien de fois, en effet, n'a-t-on pas vu un fait pathologique naguère réputé pour très-rare, ou même resté ignoré, devenir ensuite presque vulgaire par cela seul qu'à un moment donné il a fixé l'attention des médecins? D'ailleurs, avant de conclure, il serait tout à fait nécessaire de rechercher directement si les quelques goutteux qui se présentent dans nos hôpitaux n'ont pas, pour la plupart, subi autrefois l'intoxication saturnine; si, d'un autre côté, chez les sujets actuellement soumis à cette intoxication, on ne voit pas, plus souvent que dans toute autre circonstance, la goutte naître et se développer. Or, cette enquête spéciale n'a pas encore été établie, et, en conséquence, la question ne peut encore, de ce côté, recevoir une solution définitive. Tout ce qu'il est permis de dire, quant à présent, c'est que s'il paraît acquis que l'intoxication saturnine, — ainsi que le veut M. Garrod, — peut, avec le concours d'autres causes prédisposantes, contribuer à développer la goutte, rien ne démontre, pour le moment, que la goutte puisse se produire, pour ainsi dire de toutes pièces, par l'influence exclusive ou tout au moins prédominante de l'intoxication saturnine.

— Nous avons entrepris, sur le sujet qui nous occupe, une série de recherches que nous nous sommes vu forcé d'interrompre. Les résultats obtenus n'ont pas fourni jusqu'ici d'arguments bien décisifs; ils sont toutefois, si nous ne nous trompons, de nature à laisser entrevoir que de nouvelles investigations dirigées dans le même sens, et poursuivies sur une plus grande échelle, ne resteront pas infructueuses; c'est pourquoi nous avons cru utile de faire connaître ces résultats, ne fût-ce qu'à titre de renseignements.

Voici d'abord l'histoire détaillée d'un cas assez remarquable de goutte chronique développée chez un peintre en bâtiments atteint plusieurs fois de colique de plomb :

Obs. — Le nommé S... G..., âgé de cinquante-six ans, né à Domodosola (Piémont), exerçant à la fois deux professions, celle de fumiste et celle de peintre en bâtiments, entre le 14 octobre 1861 à l'hôpital de Lariboisière, salle Saint-Henry, n° 19, dans le service de M. Pidoux (intérimat de M. Charcot).

Les parents de ce malade n'ont jamais été dans une position aisée. Son père, sa mère, et même son grand-père et sa grand'mère, n'auraient jamais été affectés, soit de goutte, soit de rhumatisme; toujours ils auraient joui d'une forte santé; seule, sa mère était un peu asthmatique; elle est morte à l'âge de soixante-dix ans. S... a eu cinq frères ou sœurs qu'il a peu connus et sur la santé desquels il ne peut donner de renseignements. Il a quitté son pays à l'âge de quatorze ans, et jusqu'à cette époque il n'a jamais été malade; il a voyagé un peu partout, exerçant en hiver la profession de fumiste et en été celle de peintre en bâtiments, mais c'est en France surtout qu'il a vécu. Marié à vingt-deux ans, il a eu cinq enfants; toujours sa position a été très-médiocre; jamais, assure-t-il, il n'a été à même de commettre d'excès habituels, soit dans le boire, soit dans le manger. Depuis deux ans il a dû se séparer de sa femme et de ses enfants, et les renvoyer dans son pays, parce que, incapable de travailler, il ne pouvait plus suffire à leurs besoins.

S... est tombé malade, pour la première fois, à l'âge de vingt-quatre ans; il était alors à Nevers; il s'est agi cette fois d'une fièvre putride, à la suite de laquelle tous ses cheveux sont tombés pour repousser ensuite.

(1) A Édimbourg, où les peintres en bâtiments et les plombiers forment cependant un corps assez nombreux, M. Christison n'aurait pas rencontré un seul cas de colique de plomb ou de paralysie saturnine pendant plus de trente-cinq ans qu'il est resté attaché aux hôpitaux à titre de médecin en chef. La goutte est également très-rare dans cette ville d'après le même médecin, qui ne l'aurait observée que deux fois pendant toute la durée de sa carrière nosocomiale. (Voy. Garrod, *loc. cit.*, p. 272.) — M. Bennet (*Clinical Lectures on the Principles of Medicine*, 2e édit., 1858, p. 916) fait également remarquer que la goutte est très-rare chez le peuple à Édimbourg, et en général dans toute l'Écosse. Cela tient, suivant M. Bennet, en partie à la sobriété des habitants, mais surtout à cette circonstance que leur seule boisson alcoolique est le whisky, et qu'ils ne font pas usage des bières fortes et des vins capiteux dont la classe ouvrière de Londres use, au contraire, si largement. — De même qu'à Édimbourg, la goutte est rare à Dublin chez la population ouvrière, et vraisemblablement pour les mêmes causes. (Voy. à ce sujet Todd, *Clinical Lectures on the Urinary Organs*. London, 1857, p. 401.) — On sait que Magnus Huss ne signale point la goutte parmi les affections qui, en Suède, résultent de l'abus prolongé de l'eau-de-vie.

---

où l'on peut séjourner aux bords de la mer en toute saison, l'hydrothérapie marine a plus de puissance en hiver qu'en été, et pourrait se faire dans des établissements convenables pour toutes les maladies qui réclament ce genre de traitement. En définitive, l'utilité de l'action du médecin lui-même dans les manœuvres hydrothérapiques est une question de sécurité et de bon sens pour les malades, autant que d'expérience spéciale et de conscience pour l'homme de l'art. Elle peut être posée en principe, mais ne doit pas être imposée comme une loi. Les administrations qui exploitent les établissements, bien qu'aux bains de mer, encore plus qu'aux eaux minérales, toutes les pratiques balnéaires soient placées sous le régime de la plus entière liberté, agiraient pourtant avec prudence et dans l'intérêt commun en insérant dans leurs règlements un avertissement sur les dangers que courent les malades qui s'affranchissent de tout contrôle pour l'hydrothérapie.

Action spéciale. — On pratique encore assez peu ce mode de traitement comparativement au bain de mer, qui est plus facile et moins coûteux; le local, les appareils et les procédés particuliers qu'il nécessite ont quelque chose qui en impose, qui effraye même beaucoup de monde; mais il faut le dire aussi, les médecins qui envoient des malades aux bords de la mer n'apprécient peut-être pas tous très-bien les rapports qu'il a avec le bain de mer et les différences qui le distinguent de l'hydrothérapie commune. Il participe de l'un et de l'autre, et peut, dans certains cas et dans une certaine mesure, les remplacer ou même leur être préféré. Les caractères particuliers et les indications auxquelles il répond méritent donc d'être mentionnés.

Quand on compare l'hydrothérapie marine à l'hydrothérapie ordinaire, on reconnaît que, si l'eau de mer est en général d'une température plus élevée que l'eau de source en été, elle se met pourtant moins vite qu'elle en équilibre avec l'air atmosphérique quand elle est restée quelque temps à l'ombre et au repos dans les bacs et les piscines où l'on est toujours obligé de la recueillir quelque temps avant le service des dou-

Entre vingt-quatre et vingt-huit ans, plusieurs légers accès de colique de plomb ; mais à l'âge de vingt-huit ans, étant à Orléans, il subit un *violent accès de colique de plomb* qui ne le retint pas moins de quinze jours au lit, et à la suite de laquelle il fut très-long à reprendre ses forces. Plusieurs accès du même genre se sont reproduits par la suite.

L'affection goutteuse s'est manifestée pour la première fois à l'âge de trente-deux ans; le malade était alors à Orléans; il fut pris tout à coup d'une douleur violente, siégeant dans le pouce du pied gauche et accompagnée de gonflement et de rougeur; il y avait à peine de la fièvre. S... crut que c'était là le résultat d'une entorse. Il dut rester quinze jours au lit. Il assure que ce premier accès n'a pas été précédé de désordres de l'estomac. Il n'avait jamais éprouvé et n'a pas éprouvé depuis de troubles des fonctions des organes génito-urinaires; jamais il n'a rendu de graviers ou de calculs.

Depuis cette époque il a éprouvé souvent des poussées hémorrhoïdales, mais les hémorrhoïdes n'existaient point avant le premier accès.

Le deuxième accès a eu lieu un an après, le malade étant à Dunkerque. Cette fois, douleur, gonflement et rougeur de la cheville, toujours du côté gauche ; cet accès a duré près d'un mois.

Le troisième accès a eu lieu à Amiens. C'est le genou gauche qui a été pris cette fois. La durée de cet accès a été d'un mois environ.

Depuis cette époque, les accès n'ont pas cessé de se reproduire à peu près chaque année, habituellement en automne à l'époque des premières gelées et des premiers brouillards ; à chaque nouvel accès, de nouvelles jointures étaient prises en outre des anciennes. En outre, dans ces dernières années, les accès sont devenus plus longs qu'autrefois ; l'inappétence, pendant les accès, plus grande et la fièvre plus vive. Depuis deux ans environ, à peine les accès ont-ils cessé qu'ils récidivent ; enfin, depuis cette même époque, il reste, dans l'intervalle des accès, de la roideur ou même une impossibilité complète des mouvements dans certaines jointures ; si bien que, depuis un an surtout, le malade est non-seulement incapable de travailler, mais est obligé en outre de se servir de béquilles pour marcher ; aujourd'hui, les grandes chaleurs et les premiers froids paraissent également propres à ramener les accès ; dans les accès, actuellement, toutes ou à peu près toutes les jointures des membres se montrent souvent également douloureuses et tuméfiées.

L'hiver passé, étant couché et en proie à une attaque de goutte, S... éprouva tout à coup une sensation de choc violent dans la tête et perdit connaissance pendant à peu près une heure. Quand il revint à lui, il y avait engourdissement et faiblesse du bras droit et de la jambe droite ; ces symptômes persistent encore aujourd'hui, mais à un faible degré ; les membres inférieur et supérieur du côté droit sont évidemment plus faibles que du côté opposé; il y a sensation de fourmillement dans les derniers doigts de la main et du pied droit, ainsi que sur le bord externe du dos du pied, cependant l'anesthésie sur ces parties est très-peu prononcée.

Depuis que les accès se sont ainsi rapprochés, le malade a peu d'appétit et mange habituellement fort peu.

Il y a environ trois ans que S... a remarqué l'existence des concrétions tophacées qu'on remarque aujourd'hui sur l'oreille externe.

État actuel le 14 octobre. — S... paraît avoir été d'une très-forte constitution ; il a encore de l'embonpoint, bien qu'il ait beaucoup maigri depuis deux ans. Il a une tête volumineuse, le cou court ; les cheveux noirs et abondants commençant à grisonner. Il paraît être très-intelligent, vif; il s'exprime avec volubilité. Jamais il n'a eu d'affection cutanée, si ce n'est la gale, il y a fort longtemps de cela : — *arcus senilis* très-prononcé des deux côtés.

Il est entré hier à l'hôpital avec la plupart des grosses jointures rouges, douloureuses et tuméfiées, principalement celles des genoux, des mains et des poignets. Son attitude dans le lit, le mode de déformation que présentent les extrémités supérieures, avaient fait songer, tout d'abord, à l'existence du rhumatisme articulaire chronique primitif; mais un examen plus attentif fait reconnaître la présence de concrétions tophacées sur l'une et l'autre oreille externe, et d'un tophus au voisinage d'une des articulations des mains. On prescrit le sulfate de quinine et le calomel, et, au bout de quatre ou cinq jours, le gonflement, la rougeur et la fièvre qui était assez vive, disparaissent pour laisser le malade dans l'état d'infirmité où il était avant l'accès.

Examen le 24 octobre. — Membres inférieurs. — Les *orteils* qui ont été si fréquemment le siége de la fluxion goutteuse, sont pour ainsi dire soudés, ankylosés dans leur articulation métatarso-phalangienne, laquelle ne présente pas de gonflement. — Les gros orteils n'ont pas cette tendance à la déviation latérale qu'on observe si fréquemment dans le rhumatisme articulaire chronique progressif. Les pieds n'offrent d'ailleurs aucune difformité, aucune nodosité, non plus que les orteils ; on y observe seulement un état scléreux de la peau qui, surtout au gros orteil, paraît faire corps avec les tissus sous-jacents. Les articulations *tibio-tarsiennes*, peu mobiles, ne sont pas tuméfiées. Les *genoux* ne sont que très-légèrement tuméfiés, nettement difformes ; il n'y a pas de déviation de la rotule. La cavité synoviale ne contient pas de liquide ; il y a un peu de roideur seulement dans ces articulations, dont l'extension complète est impossible ; si le malade les meut pendant qu'on y tient la main appliquée, on perçoit une sorte de crépitation à *petits grains*. Les *hanches* paraissent complétement libres.

Extrémités supérieures. — Les articulations des *poignets* sont ankylosées ; tous les mouvements y sont abolis ; ces jointures ne sont nullement tuméfiées ou déformées ; la peau qui les recouvre est sclérosée, pâle, comme polie à sa surface, et paraît soudée aux tissus sous-jacents. Les *mains*, par suite de l'ankylose des poignets, sont maintenues dans la direction de l'avant-bras, sans flexion, sans extension forcée, sans déviation latérale. Les *mains* présentent toutes deux le même mode de déformation ; en général, les doigts, volumineux à leur origine, s'effilent brusquement à partir de la phalangine et deviennent très-ténus à leur extrémité. Les doigts et le pouce sont dans la situation réciproque où ils se placent pour tenir une plume, toutefois plutôt dans l'extension que

---

ches. A Dieppe, dans les piscines de l'établissement, j'ai souvent comparé, à huit heures du matin, la température que présentait chacune des deux eaux, et j'ai toujours trouvé l'eau de mer d'un degré au-dessous de l'eau douce : elle avait 14 degrés à la fin de juin et montait à 18 degrés en août, alors qu'à la mer elle avait, dans le premier cas, 15 degrés, et, dans le second, 20. Je répète que cela avait lieu le matin, car, au milieu du jour, l'eau étant pompée au fur et à mesure des besoins, elle avait à peu près la même température qu'à la mer, quand elle ne montait pas au-dessus, mais restait toutefois au-dessous de la température de la plage. En été et sur les bords de la Manche, c'est donc avec une eau de 14 à 18 degrés qu'on peut faire l'hydrothérapie marine ; à mesure qu'on avance vers le sud, l'eau devient plus chaude, et, dans la Méditerranée, c'est presque une eau dégourdie. Aussi, dans cette dernière division climatoriale, la douche est-elle plus minérale qu'hydrothérapique en été ; mais comme la mer, par son état habituel et par l'absence de marée autant que par la nature du climat, y est accessible pendant l'hiver, et qu'elle n'a alors que 10 degrés, elle peut pendant cette saison, mieux encore que dans le Nord pendant l'été, répondre à toutes les indications de l'hydrothérapie. Par des raisons inverses de climat et de caractères de la mer, les établissements du Nord restent fermés pendant l'hiver ; l'air marin, qui doit être considéré comme un auxiliaire très-utile du traitement, exposerait les malades, dans de telles conditions, à des inconvénients très-sérieux. L'usage de l'eau de mer, transportée plus ou moins loin de sa source pour être employée par les mêmes procédés, me semble devoir perdre aussi beaucoup de son efficacité.

Mais ce n'est pas seulement à la température de l'eau qu'il faut avoir égard quand on veut se rendre compte des caractères de l'hydrothérapie marine, c'est encore à sa densité et à sa minéralisation. Sous ce rapport, on trouve entre les deux hydrothérapies les mêmes différences qu'entre le bain de mer et le bain de rivière, et l'on est en présence des mêmes difficultés théoriques quand on veut se les expliquer. Moins encore

dans la flexion. Il n'y a point cette déviation en masse des doigts vers le bord cubital de la main, qui se rencontre si habituellement dans le rhumatisme noueux. Les phalangettes sont littéralement soudées avec les phalangines et celles-ci avec les phalanges, sans qu'il y ait déviation latérale, subluxation des os ou gonflement des jointures. Seules, les articulations métacarpo-phalangiennes ont conservé une certaine mobilité. Dans l'intervalle des diverses jointures des doigts, on observe çà et là des nodosités, plus prononcées en général du côté de la paume de la main. Sur la face palmaire de la phalangine de l'index de la main droite, il existe une de ces nodosités consistant en une tuméfaction à base dure, fluctuante au sommet et qui occupe tout l'espace compris entre les deux articulations. Au sommet de cette tumeur, la peau amincie laisse voir par transparence une coloration d'un blanc crayeux; en ce point, une incision est pratiquée, et il s'en écoule d'abord une substance demi-liquide d'un blanc mat, puis une substance de même couleur mais de consistance caséeuse. La matière issue de la plaie a été recueillie pour être soumise à l'examen microscopique. Les *articulations huméro-cubitales* sont mobiles, non tuméfiées; derrière l'olécrâne il existe de chaque côté une tumeur ayant la forme et l'apparence de l'hygroma, mais qui présente une fausse fluctuation, comme le ferait un lipome. Les épaules, le cou, sont roides, mais ne présentent pas de déformation. Le malade y éprouve souvent des douleurs lors des accès. Il éprouve également, en pareil cas, des douleurs qui paraissent siéger au niveau de l'insertion des cartilages costaux sur le sternum, et aussi dans le point qui correspond à l'union des os du nez avec le cartilage nasal; mais en ces divers points il n'existe pas trace de concrétion tophacée.

Les principaux *viscères thoraciques* et abdominaux, examinés avec soin, n'ont pas présenté d'altérations appréciables. Il existe de nombreuses et de volumineuses concrétions sur l'une et l'autre oreille externe. Trois de ces concrétions se voient sur la face externe de l'oreille gauche; elles sont logées dans la cavité de l'hélix au voisinage de l'extrémité supérieure de l'oreille; l'une d'elles consistait en une espèce de kyste du volume d'un grain de chènevis, d'où l'on a extrait par une légère piqûre une matière demi-liquide d'un blanc mat qui a été examinée au microscope. En renversant légèrement en dehors le pavillon de l'oreille, on aperçoit sur sa face interne un kyste analogue au précédent, mais plus volumineux et percé au centre d'un petit pertuis. Ce kyste est vide: il est très-vraisemblable qu'il contenait autrefois de la matière tophacée qui se sera éliminée spontanément. Sur l'oreille droite, plusieurs concrétions blanches et dures, siégeant sur la partie inférieure de l'*anthélix;* une autre concrétion se voit sur le bord postérieur même de l'oreille, au point d'union de ses faces interne et externe.

Examen microscopique de la matière des tophus. — Mon ami le docteur Vulpian et moi nous examinâmes avec soin la matière extraite par incision des tophus de l'index et de l'oreille externe. Cette matière était constituée par des amas de cristaux aciculaires très-grêles. La solution aqueuse de soude pure, pour peu qu'elle ne fût pas très-diluée, dissolvait rapidement ces cristaux, et l'on voyait alors apparaître au bout de quelques instants de petites masses, quelquefois régulièrement arrondies, mais le plus souvent irrégulièrement sphéroïdales, à demi transparentes, formées d'urate neutre de soude; si l'on mettait ensuite ces petites masses en contact avec l'acide acétique, elles se dissolvaient et il se formait presque aussitôt de nombreux cristaux caractéristiques d'acide urique. Ces mêmes cristaux se formaient avec une égale rapidité quand on faisait agir l'acide acétique directement sur les cristaux d'urate acide qui constitue les concrétions tophacées. Les solutions très-concentrées de potasse caustique et l'ammoniaque ne modifiaient d'aucune façon la matière tophacée.

Examen de la sérosité d'un vésicatoire. — Nous étions également désireux de rechercher si chez ce malade la présence de l'acide urique pourrait être constatée dans la sérosité obtenue à l'aide d'un vésicatoire, en suivant le procédé indiqué par M. Garrod. L'expérience réussit pleinement: le sérum retiré des phlyctènes, fut mêlé à de l'eau distillée à laquelle on avait ajouté un tiers environ d'acide acétique cristallisable. Le mélange ayant été bien agité, fut versé dans un verre de pendule de 8 centimètres de diamètre environ; puis on introduisit dans le liquide quelques fils de toile dont les fibres avaient été aussi bien dissociées que possible. Le verre fut placé sur un rayon de bibliothèque fermée, pour mettre le liquide à l'abri des diverses causes d'agitation ou d'altération auxquelles il aurait pu être soumis sans cette précaution. Au bout de quarante-huit heures, l'évaporation avait considérablement réduit ce liquide et l'avait amené à une consistance presque sirupeuse. L'examen microscopique des fibres plongées dans le liquide, a montré qu'elles étaient couvertes de nombreux cristaux qui y adhéraient, et dont les divers caractères morphologiques et microchimiques étaient ceux de l'acide urique. En effet, ces cristaux étaient très-nettement rhomboïdiques; ils étaient insolubles dans l'acide acétique et se dissolvaient au contraire facilement dans la solution aqueuse de soude caustique.

Tous les traits caractéristiques de la goutte sont, comme on voit, on ne peut mieux accusés chez ce sujet. Aiguë, du moins en apparence, à l'origine, et bornant ses manifestations périodiques aux petites jointures des extrémités inférieures, la maladie tend peu à peu à devenir continue et prend enfin décidément les allures d'une affection chronique. Par suite, la plupart des articulations des membres ont été successivement atteintes, et il s'y est produit des altérations permanentes; des tophus se sont développés au voisinage de quelques-unes des articulations des mains; l'une et l'autre oreille externe présentent des concrétions d'urate de soude; enfin, à l'aide du procédé à la fois si ingénieux et si simple que M. Garrod a mis entre les mains des cliniciens et qu'il a décrit sous le nom de *Thread Experiment* (l'expérience *du fil*) [1], on a reconnu la pré-

(1) On sait qu'à l'aide de ce procédé M. Garrod a fait voir, par un grand nombre d'exemples, que jamais l'acide urique n'existe en excès dans le sang chez les individus

que pour le bain, on ne peut s'arrêter à l'idée de l'absorption des sels pendant les quelques secondes ou au plus les quelques minutes que durent la douche et l'immersion; mais, comme pour le bain, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il se produit une action ou au moins une impression particulière, laquelle est due à la constitution minérale de l'eau et à sa densité. Cette action ou impression ne s'exerce primitivement, comme celle du froid, que sur la sensibilité et la contractilité de la peau; mais ne peut-on pas admettre que secondairement, et par un mouvement réflexe, elle se transmet aux organes intérieurs et produit sur eux et leurs fonctions des effets analogues à ceux qu'on observe à la peau? Action dynamique sans doute, mais action liée intimement à la nature de l'eau, puisqu'elle varie suivant l'eau qu'on emploie, comme varie aussi l'effet topique. Les eaux minérales en bains et en douches agissent-elles autrement, et a-t-on recours à leur absorption médicamenteuse pour expliquer leurs effets? Rien ne répugne, d'ailleurs, à penser que l'action topique, comme l'action dynamique, ait ces effets éloignés et réflexes. Mais l'explication importe moins que le fait, et, si l'expérience prouve que l'effet produit est réel, les déductions physiologiques et thérapeutiques qu'on en peut tirer sont légitimes. Or, voici ce qui a lieu: Quand on prend comparativement et à court intervalle une douche d'eau de mer et une douche d'eau de source, ce qui peut se faire dans certains établissements, à Dieppe par exemple, il est impossible de ne pas constater une différence marquée dans les sensations qu'on éprouve pendant l'opération et dans les effets physiologiques qui suivent. Le saisissement et le mouvement de concentration déterminés par l'eau de mer sont moins vifs et moins pénibles, mais l'excitation directe de la peau est plus forte, et la rougeur paraît plus marquée qu'avec l'eau de source; de plus, le choc de la douche, à chute égale, étant plus puissant, et la propriété calorigénésique liée à la densité et à la salure de l'eau venant s'ajouter, la réaction est plus facile, et les moyens usités dans l'hydrothérapie ordinaire pour la provoquer sont moins nécessaires;

sence d'une très-notable quantité d'acide urique dans la sérosité obtenue par l'application d'un vésicatoire. Aucun doute ne saurait donc exister concernant la nature de l'affection dans ce cas d'une intensité presque exceptionnelle, et cependant, bien que le malade soit remarquable par son intelligence et par la lucidité de ses réponses, la recherche attentive des causes ordinaires de la goutte ne donne que des résultats négatifs; l'hérédité, le genre de vie, ne peuvent être légitimement invoqués. Seule, l'intoxication saturnine se dessine nettement dans l'histoire des précédents pathologiques, et donne à notre observation, rapprochée de celles qu'ont rapportées les médecins anglais, une signification particulière et qu'il paraît superflu de faire ressortir.

—Avec le concours de quelques amis, nous avons pu recueillir des renseignements détaillés concernant vingt malades admis, pendant la durée des deux mois qui viennent de s'écouler, soit à la Charité, soit à l'Hôtel-Dieu, pour y être traités de maladies saturnines bien déterminées et invétérées pour la plupart (colique de plomb en récidive, paralysie, tremblement saturnin). Plusieurs de ces malades, le tiers environ, ont assuré avoir éprouvé des douleurs articulaires qui s'étaient développées pour la première fois plus ou moins longtemps après le premier début de l'intoxication plombique. Ces douleurs, multiples ou bornées à une seule articulation, étaient accompagnées de gonflement, de rougeur et d'une incapacité plus ou moins absolue de mouvoir le membre; elles étaient, par conséquent, bien distinctes de celles que détermine l'arthralgie saturnine. Le plus souvent, faute de données suffisantes, nous avons dû nous abstenir de nous prononcer sur la nature de ces arthropathies. Dans deux cas cependant, elles avaient occupé exclusivement les articulations métatarso-phalangiennes des gros orteils et s'étaient montrées, à plusieurs reprises, sous forme d'accès à début brusque, durant chaque fois une quinzaine de jours environ et rappelant, en un mot, le type classique de la goutte articulaire aiguë (1). Dans aucun de ces deux cas, ni l'hérédité ni les autres causes prédisposantes reconnues de la goutte ne pouvaient être invoquées (1).

Nous ne voudrions pas, toutefois, accorder plus de confiance qu'il ne convient à un diagnostic fondé presque exclusivement sur les renseignements fournis par les malades.

J. M. Charcot.

atteints de rhumatisme articulaire aigu, tandis que cet excès existe constamment dans les cas de goutte aiguë ou chronique. Nous pouvons ajouter que, dans les cas, — peu nombreux à la vérité, — de goutte chronique que nous avons observés, nous avons toujours constaté l'existence de l'acide urique dans la sérosité obtenue à l'aide d'un vésicatoire, tandis que jamais nous n'avons rencontré semblable chose chez les nombreux sujets atteints de rhumatisme noueux que nous avons examinés à ce point de vue, soit à l'hospice de la Salpêtrière, soit ailleurs.

(1) Dans trois de ces cas où l'intoxication saturnine s'était compliquée d'une affection articulaire, j'ai recherché, avec l'assistance de mon collègue et ami M. Vulpian, et en suivant le procédé décrit par M. Garrod, si le sang contenait un excès d'acide urique. Le résultat de nos recherches a été négatif dans les trois cas. Il est vrai que nous n'avions pas opéré sur le sérum du sang, mais bien sur la sérosité obtenue par l'application de vésicatoires, et c'est là sans doute une circonstance défavorable.

(1) Notre collègue M. le docteur Cheuffard a bien voulu nous donner quelques détails concernant l'histoire d'un malade qu'il a observé récemment à l'hôpital Saint-Antoine. Ce malade, peintre en bâtiments et âgé d'une trentaine d'années, était entré à l'hôpital pour une colique saturnine de moyenne intensité. Les accidents saturnins à peine éteints, il se développa tout à coup un accès bien caractérisé de goutte aiguë siégeant à l'un des gros orteils; c'était la première fois qu'il éprouvait semblable chose. Après quoi il se plaignit d'asthme nocturne, affection dont il avait été atteint autrefois à plusieurs reprises. On s'informa des antécédents, qui montrèrent dans tout son jour l'hérédité goutteuse. Dans ce cas, l'intoxication saturnine n'aurait donc joué d'autre rôle que celui d'une cause excitante.

IV

TRAVAUX ORIGINAUX.

Syphilographie pratique.

Deux observations de rhino-nécrosie typhique et de rhino-nécrosie syphilitique, lues par M. G. Lagneau à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 5 juin 1863, imprimées par décision de la Société.

Sous le nom de rhino-nécrosie, M. H. Roger, en 1860 (2), rapporta deux exemples « excessivement rares, sinon uniques dans la science », de perforation du cartilage de la cloison médiane du nez. — Le premier était relatif à un jeune homme de dix-huit ans atteint de rhumatisme articulaire, d'endocardite chronique avec hypertrophie du cœur et altération des orifices cardiaques. Ce malade, deux mois avant sa mort, à la suite de l'élimination d'un fragment cartilagineux du volume d'un grain de riz, présenta à la cloison du nez une perte de substance irrégulière du diamètre d'une lentille. — Le second malade que M. Roger observa, ainsi que MM. Feldmann et Pfeiffer, était un jeune homme de dix-neuf ans, qui, à la suite d'une fièvre typhoïde très-grave, eut une semblable perforation irrégulièrement ovale, à bords arrondis, du diamètre d'une pièce de 50 centimes. Deux ans plus tard cette perforation persistait, mais s'était rétrécie considérablement (3).

(2) *Union médicale*, 1860, nouvelle série, t. V, p. 468. — *Gazette des hôpitaux*, 31 mars 1860, p. 153.

(3) *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, 14 novembre 1862, p. 720, *Société médicale des hôpitaux*. — *Union médicale*, 16 décembre 1862, t. XVI, p. 524.

la friction par-dessus un drap sec, après l'opération, et l'exercice à l'air de la mer pendant une demi-heure, suffisent pour cela. En un mot, si les mouvements dynamiques sont moins prononcés qu'ils ne le sont par une eau plus froide, l'effet dépressif qui résulte souvent des températures excessives est aussi moins à redouter, et l'effet tonique et reconstitutif est d'autant plus sûr. Mais ce qu'il faut noter encore, comme empreinte de l'eau de mer, c'est la modification qui se produit à la peau; elle éprouve comme une sorte de salage qui la rend plus dure, plus rugueuse, moins impressionnable aux influences extérieures; il en résulte une augmentation de ton par constriction et desséchement, dont les affections cutanées sèches, s'il en existe, soit dit en passant, se trouvent très-mal, et il est permis de se demander, encore une fois, en raison des sympathies physiologiques qui existent entre le tégument extérieur et tout l'organisme, si les résultats de reconstitution tonique que ne tarde pas à manifester toute l'économie ne sont pas de même nature et ne doivent pas être attribués, en grande partie, à la même cause. On conçoit même que ces effets peuvent porter plus spécialement sur telle ou telle partie, suivant la forme et l'énergie imprimées à l'application.

Dr Dutroulau.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Parmi les officiers mis à l'ordre du jour après la prise de Puebla, figurent : M. Lanthelme, médecin-major, qui a fait preuve d'un grand courage en pansant les blessés sous le feu de l'ennemi, et M. Beak, médecin aide-major des tirailleurs algériens.

Un troisième cas, presque identique avec le premier, fut publié par M. J. Corbel, qui avait appelé en consultation auprès de son jeune malade MM. Cruveilhier, Grisolle, et mon père (1).

Vers la même époque, M. Lecœur (de Caen) adressait à M. Roger une quatrième observation relative à une jeune femme de vingt-quatre à vingt-cinq ans, enceinte de cinq à six mois, qui, convalescente d'une fièvre typhoïde très-grave et fort longue, heureusement modifiée par un accouchement prématuré, à la suite d'une tuméfaction douloureuse de la cloison et de la chute d'une eschare, présenta et conserva une perforation elliptique du diamètre d'une pièce de 20 centimes (2).

Enfin M. Gietl (de Munich) recueillit un cinquième fait chez un étudiant de vingt et un ans, qui, durant une longue fièvre typhoïde, présenta aussi une perforation de la cloison nasale (3).

Depuis la publication de ces faits, depuis celle de cas de lésions laryngées profondes (laryngo-typhus des Allemands) par Sestier, MM. Rokitansky, Canstatt, Charcot, Dechambre (4), Pfeufer (5), de nécroses des maxillaires par MM. B. Martin (6), Périer (7); de destruction du pénis par M. Blache (8), de gangrènes sèches ou humides des membres par Larroque (9), MM. Bourgeois (d'Étampes) (10), Bourguet (d'Aix) (11), Léon Blondeau (12), Gigon (d'Angoulême) (13), Patry (de Sainte-Maure) (14), etc., les diverses mortifications qui sont parfois la suite de la fièvre typhoïde, ou, suivant M. Béhier, de complications cardiaques ou vasculaires (15), ont été signalées assez fréquemment pour qu'il pût sembler superflu de recueillir de nouvelles observations. J'ai cru néanmoins pouvoir rapporter les deux cas suivants de rhino-nécrosie pour montrer les différences que présente cette lésion nasale, suivant qu'elle se montre dans le cours de la fièvre typhoïde ou de la syphilis.

OBS. I. — *Fièvre typhoïde; perforation de la cloison nasale, phlébite du membre abdominal gauche; état variqueux de la région sus-pubienne, eschare sacrée. Guérison; persistance de la perforation et de l'état variqueux.* — Mademoiselle ***, âgée de seize ans, réglée depuis quelques mois, maigre, décolorée, présentant au cou des cicatrices d'abcès scrofuleux, fut atteinte en juillet 1859 d'une fièvre typhoïde. Entrée en convalescence au commencement de septembre, la malade vit bientôt reparaître des accidents intestinaux. Six semaines plus tard, l'émaciation étant extrême, une eschare de 7 centimètres de long sur 5 de large se forma à la région sacrée; un petit abcès se développa au niveau de l'épine iliaque supérieure et postérieure du côté droit, et une rougeur érysipélateuse se manifesta au niveau de l'angle inférieur du scapulum droit. Une vive sensibilité se montra, en outre, près de l'arcade crurale gauche; la veine fémorale, la saphène interne à la partie supérieure de la cuisse, et la poplitée dans le creux du jarret, donnèrent sous les doigts la sensation de cordons cylindriques. Les veines superficielles de la région sus-pubienne, ainsi que celles de cette cuisse, devinrent variqueuses; la jambe, voire même la cuisse, auparavant d'une extrême maigreur, devinrent œdémateuses. Depuis longtemps, malgré des lotions nasales, la malade éprouvait des démangeaisons dans le nez, y portait fréquemment les doigts, et se faisait saigner, lorsque les premiers jours de décembre, alors qu'elle entrait de nouveau en convalescence, on s'aperçut que la cloison cartilagineuse des fosses nasales était détruite dans toute sa partie moyenne, depuis un centimètre environ du bord des narines jusque près de sa suture ethmoïdale. Le bord postérieur de cette perforation, qui fut constatée par mon père et par M. Corbel, était brunâtre; les narines étaient sèches, et n'étaient le siége d'aucune odeur. La malade, qui nasonnait un peu, ne tarda pas à se rétablir; mais trois ans plus tard, le 30 mars 1863, elle présentait encore l'état variqueux de la région sous-ombilicale et la perforation nasale, qui ne paraissait avoir éprouvé aucune modification.

OBS. II. — *Accidents syphilitiques du larynx, du pharynx et du voile du palais; perforation de la cloison nasale. Traitement antisyphilitique, guérison. Réapparition de lésions nasales, accidents nerveux. Traitement antisyphilitique, guérison.* — Madame ***, âgée d'environ quarante ans, d'une constitution primitivement bonne, mais très-altérée actuellement, sauf quelques flueurs blanches, dit n'avoir eu aucune lésion génitale, aucune affection cutanée. Après avoir souffert du larynx durant plus d'une année, on la traita infructueusement pour un mal de gorge rebelle par divers gargarismes, des cautérisations répétées et les eaux sulfureuses. — Le 7 janvier 1862, cette dame vient me consulter. La luette a disparu entièrement, et le voile palatin lui-même est détruit dans la moitié de sa hauteur, plus du côté droit que du gauche; des ulcérations grises se montrent à la partie supérieure des piliers en partie détruits, sur les amygdales et sur la muqueuse rouge de la paroi postérieure du pharynx, principalement du côté droit. Vives douleurs dans l'oreille droite, résultant vraisemblablement de l'extension d'une de ces ulcérations vers l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache. Grande difficulté dans la déglutition des boissons et des aliments solides. Depuis deux ans environ, le nez semble s'être élargi au niveau de sa partie supérieure; il y a de l'enchifrènement, et les narines sont le siége, suit d'une sécrétion abondante de mucosités purulentes, soit de croûtes ou masses concrètes produites par la dessiccation de cette sécrétion. L'air expiré par les narines répand une odeur désagréable. Une large perforation de la cloison cartilagineuse des fosses nasales présente des bords minces et noirâtres. La voix est altérée, ce que l'on peut attribuer autant aux lésions naso-palatines qu'aux lésions laryngiennes antérieures. Liqueur de van Swieten; tisane de cônes de houblon; gargarisme iodo-ioduré; lotions nasales au chlorure ou hypochlorite de chaux. — Le 25 janvier, déglutition plus facile; ulcérations en partie cicatrisées; plus de douleurs auriculaires. Continuer le traitement. — Guérison des accidents palatins et nasaux vers le milieu de février. Néanmoins le traitement est continué jusqu'au 17 avril. La malade, qui a repris son embonpoint, sa gaieté durant l'été, accompagne une amie dans les Pyrénées; elle y fait usage, non-seulement de bains, mais aussi de douches, de boissons sulfureuses. Dès lors les règles deviennent très-fréquentes et très-abondantes; la sécrétion nasale s'accroît de nouveau et s'accompagne d'une odeur repoussante; des étourdissements et des pertes momentanées de connaissance durant parfois un quart d'heure se manifestent, ainsi qu'un affaiblissement hémiplégique du côté gauche, avec tendance de la tête à se porter à droite et en arrière. Un traitement par l'iodure de potassium et le sirop de Cuisinier ne tarde pas à amender ces symptômes. A son retour, lorsque, le 25 septembre, je revois la malade, elle éprouve encore quelques étourdissements : les uns se montrent à la suite de fourmillements qui, débutant dans la jambe ou la cuisse gauche, gagnent la poitrine et la tête; les autres, plus fréquents, se manifestent à la suite d'un trouble oculaire du côté gauche, accompagné de diplopie, qui oblige la malade à fermer les yeux. Durant ces étourdissements passagers, qui forcent cette dame à chercher un appui ou à s'asseoir, la face devient pâle. La région sus-orbitaire gauche est le siége de douleurs violentes; la table antérieure du coronal présente de ce côté une petite exostose complétement indolente à la pression, du volume d'une pièce de 50 centimes. L'apparition de cette tumeur, suivant la malade, remonterait à deux ans environ. En outre, il existe une sécrétion nasale abondante et odurante, et dans la narine droite se montre une ulcération située à la partie inférieure. Un traitement par la liqueur de van Swieten, la tisane de *quassia amara*, les onctions sus-orbitaires du côté gauche avec l'onguent napolitain, les lotions nasales avec le chlorure de chaux, etc., amènent promptement la disparition de tous les accidents, sauf la perforation nasale et l'exostose qui n'éprouvent aucun changement. Le traitement est d'ailleurs continué jusque vers la fin de janvier 1863.

La comparaison de ces deux faits, jointe à l'étude de ceux précédemment publiés, suffit pour montrer des différences notables, suivant que la rhino-nécrosie se développe chez un typhique ou un syphilitique.

Sous le rapport étiologique, outre la différence existant entre les maladies générales, fièvre typhoïde ou syphilis, on peut

(1) *Gazette des hôpitaux*, 14 avril 1860, p. 178.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 4 mai 1860, p. 214.
(3) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 14 novembre 1862, p. 720, et *Union médicale*, 16 décembre 1862, t. XVI, p. 523, d'après la *Clinique de Munich*, 1er cahier, 1860.
(4) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 29 juillet 1859, p. 465.
(5) *Union médicale*, 1861, 1er trimestre, t. IX, p. 205.
(6) *Moniteur des sciences médicales et pharmaceutiques*, 3 décembre 1859, p. 371.
(7) *Union médicale*, 10 mars 1860, p. 472.
(8) *Union médicale*, 10 mars 1860, p. 472.
(9) *Traité de la fièvre typhoïde*, 1847, cité par M. Béhier (*Union médicale*, 1861, t. XII, 4e trimestre, p. 152).
(10) *Archives générales de médecine*, août 1857, p. 149. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 21 août et 11 septembre 1857, p. 587 et 645.
(11) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 31 mai 1861, p. 350.
(12) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, de M. Trousseau, t. I, 1861, p. 210.
(13) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 25 octobre 1861, p. 682 et 683. Voy. l'*Union médicale*, nos 115 et 117, 1861, t. XI, p. 577 et 611, 24 et 28 septembre.
(14) *Archives générales de médecine*, février et mai 1863, p. 129 et 549.
(15) *Union médicale*, 1861, t. XII, 4e trimestre, p. 145 et 292.

remarquer que la lésion nasale semble se montrer chez des individus plus jeunes dans la fièvre typhoïde que dans la syphilis.

Sous le rapport anatomo-pathologique, la rhino-nécrosie typhique paraît résulter d'un arrêt de la circulation dans les vaisseaux qui se ramifient sur les deux faces de la cloison. Les gangrènes, nécroses, eschares signalées souvent dans le cours de la fièvre typhoïde, autorisent à croire à la mortification de la cloison. — La rhino-nécrosie syphilitique, au contraire, paraît être la suite de l'inflammation ulcérative de la muqueuse de Schneider.

Sous le rapport symptomatologique, la rhino-nécrosie typhique s'accompagne d'ordinaire d'une sensation de démangeaison et de sécheresse qui sollicite le malade à porter les doigts dans le nez, dont la sécrétion, entièrement solidifiée sous forme de croûtes, ne répand aucune odeur. Quelquefois l'inflammation éliminatrice de l'eschare détermine une tuméfaction douloureuse, comme dans le cas observé par M. Lecœur. Ordinairement il n'existe pas d'ulcérations pharyngiennes concomitantes; toutefois M. Gielt paraît en avoir observé (1). — La rhino-nécrosie syphilitique s'accompagne quelquefois de céphalée, souvent d'une sensation de gêne au niveau des os carrés et de leur suture avec le coronal; en outre, la sécrétion nasale, tout en donnant naissance à des concrétions solides, est abondante, plus ou moins purulente, et répand une odeur infecte. Souvent il existe simultanément des ulcérations pharyngiennes ou palatines.

Sous le rapport diagnostique, les différences précédemment signalées servent de guide, ainsi que la coexistence avec la rhino-nécrosie, soit d'une fièvre typhoïde, soit d'un rhumatisme articulaire, soit d'accidents syphilitiques. Quant aux antécédents syphilitiques, ils n'ont pas toujours une grande valeur diagnostique; car, d'une part, tel individu ayant antérieurement contracté la syphilis peut, plus tard, présenter une perforation nasale par suite d'une fièvre typhoïde ou d'un rhumatisme articulaire, et, d'autre part, souvent, comme chez ma seconde malade, les symptômes primitifs de la syphilis, voire même certains symptômes consécutifs, peuvent avoir été méconnus ou dissimulés.

Sous le rapport pronostic, la rhino-nécrosie typhique paraît moins redoutable que la rhino-nécrosie syphilitique, car la fièvre typhoïde une fois terminée, le malade se trouve à l'abri d'une récidive, et la perforation nasale, loin de s'agrandir, tend plutôt à se rétrécir, comme dans le cas observé par M. Pfeufer. — Pour la rhino-nécrosie syphilitique, au contraire, la guérison de la syphilis peut n'être qu'apparente, et, après un laps de temps plus ou moins long, des lésions nasales peuvent se montrer de nouveau; or, ces lésions sont particulièrement graves, car du cartilage elles gagnent facilement et insidieusement les os anfractueux des fosses nasales, qui ne sont séparées de la base du cerveau que par la lame criblée de l'ethmoïde, et déterminent alors des affections encéphaliques souvent funestes, ainsi que je l'ai dit dans mon travail sur les maladies syphilitiques du système nerveux (1860, p. 167) (1).

Enfin, sous le rapport thérapeutique, la rhino-nécrosie syphilitique n'exige que des soins de propreté, des lotions adoucissantes ou huileuses pour lubrifier les narines, et détacher les concrétions résultant de la dessiccation des mucosités. — La rhino-nécrosie syphilitique, outre le traitement général antisyphilitique, exige d'abondantes lotions astringentes, aromatiques, et surtout désinfectantes, comme celles au chlorure de chaux ou de soude. Parfois aussi, selon la situation plus ou moins profonde des lésions nasales, le calomel peut trouver son indication, soit sous forme de prises, soit sous forme de fumigations.

(1) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 14 novembre 1862, p. 729.

(2) Comme exemple du grave pronostic que peuvent faire porter parfois des lésions nasales syphilitiques, minimes en apparence, je compléterai ici l'observation CCXXXII de ce travail *sur les maladies syphilitiques du système nerveux*, p. 520. Il s'agissait d'un jeune homme guéri assez promptement d'une douleur auriculaire et d'une surdité légère déterminées par une lésion de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, accompagnée de l'exfoliation d'une parcelle osseuse provenant de la partie postérieure des fosses nasales. Parti pour le Midi vers la fin de 1858, sous l'influence du climat et du traitement, le malade recouvra la santé; mais l'année suivante se manifestèrent de nouveau des accidents pharyngiens, de la céphalée, du délire, etc., et la mort survint dans l'été de 1860, dans un état extrême d'émaciation.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 JUIN 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

CHIRURGIE. — *Polypes du larynx et de la trachée-artère reconnus au moyen du laryngoscope et extirpés par les voies naturelles*, extrait d'une note de M. *Ch. Ozanam*. — M. Ozanam rapporte l'observation d'une dame âgée de trente-neuf ans, à laquelle il a pratiqué récemment avec succès l'extirpation de deux polypes du larynx à l'aide du *polypotome* en guillotine de M. Mathieu. (*Comm.* : MM. Serres, Cl. Bernard, Jobert.)

HYGIÈNE. — M. *Hauchecorne* adresse de Rouen un mémoire sur le *cacao* et sur les produits qu'on en obtient, considérés aux points de vue hygiénique et thérapeutique. Un chapitre est consacré aux falsifications assez nombreuses qu'on fait subir à ces divers produits, et au moyen de reconnaître les sophistications, dont quelques-unes peuvent être nuisibles à la santé. (*Comm.* : MM. Payen, Longet.)

— M. *Flourens* présente, au nom de l'auteur, M. *van Kempen*, professeur d'anatomie à l'Université de Louvain, de NOUVELLES RECHERCHES SUR LES FONCTIONS DU NERF PNEUMOGASTRIQUE ET DU NERF SPINAL.

Ce travail est renvoyé à l'examen de M. *Longet*, avec invitation de le faire connaître à l'Académie *par un rapport verbal*.

Académie de médecine.

ADDITION AUX SÉANCES DU 2 ET DU 9 JUIN.

Analyse du rapport de M. Bouley sur la rage, à l'occasion d'un mémoire de M. le docteur BOUDIN, *intitulé* : DE LA RAGE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE LA POLICE SANITAIRE.

Suite. — Voir le n° 26.

Du diagnostic de la rage sur les animaux de l'espèce canine. — La question du diagnostic de la rage canine a une importance énorme, importance telle, que, si chacun pouvait être mis à même de reconnaître cette maladie sur le chien à ses différentes périodes, et surtout à sa période initiale, nous serions en possession de la meilleure des prophylaxies.

Bien que cette idée soit incontestablement juste, elle n'a pas encore, tant s'en faut, porté ses fruits : la note de M. Boudin en témoigne. La rage canine, contrairement à ce qu'avance M. Boudin, est facilement reconnaissable, et, si les propriétaires de chiens sont sollicités, par des avertissements qui les éclairent, à se mettre en garde contre elle, il leur sera facile de s'en préserver et d'en préserver les autres.

L'idée de rage, chez les chiens, implique pour le monde en général celle d'une maladie qui se caractérise *nécessairement* par des accès de fureur, des envies de mordre, etc., etc.

C'est un préjugé bien redoutable que celui qui admet que la rage est nécessairement et toujours une maladie caractérisée par la fureur. De tous ceux qui sont accrédités au sujet de cette maladie, c'est peut-être le plus fécond en conséquences désastreuses, car on demeure sans défiance en présence d'un chien malade qui ne cherche pas à mordre, et cependant sa maladie peut très-bien être la rage.

La prudence veut donc que l'on se méfie toujours du chien qui commence à ne plus présenter les caractères de la santé. La crainte du chien malade n'est pas seulement le commencement de la sagesse, c'est la sagesse même.

Les premiers symptômes de la rage du chien, quoique obscurs encore, sont déjà significatifs pour qui sait les comprendre.

Ils consistent, comme Youatt l'a si bien exprimé, dans une humeur sombre et une agitation inquiète qui se traduit par un changement continuel de position.

L'animal cherche à fuir ses maîtres; il se retire dans son panier, dans sa niche, dans les recoins des appartements, sous les meubles, mais il ne montre aucune disposition à mordre. Si on l'appelle, il obéit encore, mais avec lenteur et comme à regret. Crispé sur lui-même, il tient sa tête cachée profondément entre sa poitrine et ses pattes de devant.

Bientôt il devient inquiet, cherche une nouvelle place pour se reposer, et ne tarde pas à la quitter pour en chercher une autre. Puis il retourne à son lit, dans lequel il s'agite continuellement, ne pouvant trouver une position qui lui convienne. Du fond de son lit, dit Youatt, il jette autour de lui un regard dont l'expression est étrange. Son attitude est sombre et suspecte. Il va d'un membre de la famille à l'autre, fixe sur chacun des yeux résolus, et semble demander à tous alternativement un remède contre le mal qu'il ressent.

Sans doute, ce ne sont pas là ce que l'on peut appeler des symptômes pathognomoniques; mais comme déjà cette première peinture est expressive! Si ces signes ne suffisent pas pour permettre tout d'abord d'affirmer l'existence de la rage, ils doivent, à coup sûr, faire naître dans les esprits prévenus, la pensée et conséquemment la crainte de son avénement possible.

Une des particularités les plus curieuses et les plus importantes à connaître de la rage du chien, c'est la persévérance, chez cet animal, même dans les périodes les plus avancées de sa maladie, des sentiments d'affection envers les personnes auxquelles il est attaché. Ces sentiments demeurent si forts en lui, que le malheureux animal s'abstient souvent de diriger ses atteintes contre ceux qu'il aime, alors même qu'il est en pleine rage. De là les illusions fréquentes que les propriétaires des chiens enragés se font sur la nature de la maladie de ces animaux.

Le plus souvent, le chien enragé respecte et épargne ceux qu'il affectionne. S'il en était autrement, les accidents rabiques seraient bien plus nombreux, car, la plupart du temps, les chiens enragés restent vingt-quatre, quarante-huit heures chez leurs maîtres, au milieu des personnes de la famille et des gens de la domesticité, avant que l'on conçoive des craintes sur la nature de leur maladie.

A la période initiale de la rage, et lorsque la maladie est complétement déclarée dans les intermittences des accès, il y a chez le chien une espèce de délire qu'on peut appeler le *délire rabique*, dont Youatt a parlé le premier, et qu'il a parfaitement décrit.

Ce délire se caractérise par des mouvements étranges qui dénotent que l'animal malade voit des objets et entend des bruits qui n'existent que dans ce que l'on est bien en droit d'appeler son imagination. Tantôt, en effet, l'animal se tient immobile, attentif, comme aux aguets, puis tout à coup il se lance et mord dans l'air, comme fait, dans l'état de santé, le chien qui veut attraper une mouche au vol. D'autres fois, il se lance furieux et hurlant contre un mur, comme s'il avait entendu de l'autre côté des bruits menaçants.

En raisonnant par analogie, on est bien autorisé à admettre que ce sont là des signes de véritables hallucinations. Mais, quoi qu'il en soit du sens qu'on veuille leur attribuer, il est certain qu'ils ont une grande valeur diagnostique, et leur étrangeté même doit éveiller l'attention et mettre en garde tre ce qu'ils annoncent.

Cependant ceux qui ne sont pas prévenus ne sauraient y attacher d'importance, d'autant que ces symptômes sont très-fugaces et qu'il suffit, pour qu'ils disparaissent, que la voix du maître se fasse entendre. « Dispersés, dit Youatt, par cette influence magique, tous ces objets de terreur s'évanouissent, et l'animal rampe vers son maître avec l'expression d'attachement qui lui est particulière.

» Alors vient un moment de repos; les yeux se ferment lentement, la tête se penche, les membres de devant semblent se dérober sous le corps, et l'animal est près de tomber. Mais tout à coup il se redresse, de nouveaux fantômes viennent l'assiéger; il regarde autour de lui avec une expression sauvage, happe comme pour saisir un objet à la portée de sa dent, et se lance, à l'extrémité de sa chaîne, à la rencontre d'un ennemi qui n'existe que dans son imagination. »

Tels sont les symptômes que l'on observe chez le chien à la période initiale de la rage. On conçoit qu'ils ne doivent pas se montrer toujours les mêmes chez tous les sujets, et qu'au contraire ils se diversifient dans leur expression, suivant le naturel des malades.

A une période plus avancée de la maladie, l'agitation du chien augmente. Il va, vient, rôde incessamment d'un coin à un autre. Continuellement il se lève et se couche, et change de position de toute manière.

Il dispose son lit avec ses pattes, le refoule avec son museau pour l'amonceler en un tas sur lequel il semble se complaire à reposer l'épigastre, puis tout à coup il se redresse et rejette tout loin de lui. S'il est enfermé dans une niche, il ne reste pas un seul moment en repos; sans cesse il tourne dans le même cercle. S'il est en liberté, on dirait qu'il est à la recherche d'un objet perdu; il fouille tous les coins et les recoins de la chambre avec une ardeur étrange qui ne se fixe nulle part.

Et, chose remarquable et en même temps bien redoutable, il est beaucoup de chiens chez lesquels l'attachement pour leurs maîtres semble avoir augmenté, et ils le leur témoignent en leur léchant les mains et le visage. On ne saurait trop appeler l'attention sur cette singularité des premières périodes de la rage canine, parce que c'est elle surtout qui entretient l'illusion dans l'esprit des propriétaires de chiens.

Le préjugé de l'hydrophobie est l'un des plus dangereux qui règne à l'égard de la rage canine; et l'on peut dire que le mot *hydrophobie*, qui s'est peu à peu substitué, même dans le langage usuel, à celui de *rage*, est une des plus détestables inventions du néologisme, parce que cette invention a été fertile pour l'espèce humaine en une multitude de désastres.

C'est qu'en effet ce mot implique une idée, aujourd'hui profondément ancrée dans l'opinion du public, bien qu'elle soit radicalement fausse, et démontrée fausse par les faits de tous les jours.

De par le nom grec imposé à la rage, un chien enragé doit *avoir horreur de l'eau.*

Donc, s'il boit, il n'est pas enragé, et, partant de ce raisonnement on ne peut plus logique, un très-grand nombre de personnes s'endorment dans une sécurité trompeuse à côté de chiens enragés qui vivent avec elles et couchent même sur leur lit.

Le chien enragé n'est pas hydrophobe; il n'a pas horreur de l'eau. Quand on lui offre à boire, il ne recule pas épouvanté.

Loin de là : il s'approche du vase, il lappe le liquide avec sa langue; il le déglutit souvent, surtout dans les premières périodes de sa maladie, et lorsque la constriction de sa gorge rend la déglutition difficile, il n'en essaye pas moins de boire, et alors ses lappements sont d'autant plus répétés et prolongés, qu'ils demeurent plus inefficaces. Souvent même, en désespoir de cause, on le voit plonger le museau tout entier dans le vase, et mordre, pour ainsi dire, l'eau qu'il ne peut parvenir à pomper, suivant le mode physiologique habituel.

Le chien enragé ne refuse pas toujours sa nourriture à la

première période de sa maladie, mais il s'en dégoûte promptement.

Chose remarquable alors, et tout à fait caractéristique ! Soit qu'il y ait chez lui une véritable dépravation de l'appétit, ou plutôt que le symptôme que je vais signaler soit l'expression d'un besoin fatal et impérieux de mordre, auquel l'animal obéit, on le voit saisir avec ses dents, déchirer, broyer et déglutir enfin une foule de corps étrangers à l'alimentation.

La litière sur laquelle il repose dans les chenils; la laine des coussins dans les appartements; les couvertures des lits quand, chose si commune, il couche avec ses maîtres; les tapis, le bas des rideaux, les pantoufles, le bois, le gazon, la terre, les pierres, le verre, la fiente des chevaux, celle de l'homme, la sienne même, tout y passe. Et à l'autopsie d'un chien enragé, on rencontre si souvent, dans son estomac, un assemblage d'une foule de corps, disparates de leur nature, sur lesquels s'est exercée l'action de ses dents, que rien que le fait de leur présence suffit pour établir la très-forte présomption de l'existence de la rage, présomption qui se transforme en certitude lorsqu'on est renseigné sur ce qu'a fait l'animal avant de mourir.

Cela connu, on doit se mettre fortement en garde contre un chien qui, dans les appartements, déchire avec obstination les tapis de lit, les couvertures, les coussins; qui ronge le bois de sa niche, mange la terre dans les jardins, dévore sa litière, etc.

La bave ne constitue pas, par son abondance exagérée, un signe caractéristique de la rage du chien, comme on le croit trop généralement. C'est donc une erreur d'inférer de l'absence de ce symptôme que la rage n'existe pas.

Il est des chiens enragés dont la gueule est remplie d'une bave écumeuse, surtout pendant les accès.

Chez d'autres, au contraire, cette cavité est complétement sèche, et sa muqueuse reflète une teinte violacée. Cette particularité est surtout remarquable dans les dernières périodes de la maladie.

Dans d'autres cas, enfin, il n'y a rien de particulier à noter à l'égard de l'humidité ou de la sécheresse de la cavité buccale.

L'état de sécheresse de la bouche et de l'arrière-bouche donne lieu à la manifestation d'un symptôme d'une extrême importance, au point de vue où la rage canine doit être surtout envisagée ici, c'est-à-dire au point de vue de sa contagion possible à l'homme.

Le chien enragé dont la gueule est sèche, fait avec ses pattes de devant, de chaque côté de ses joues, les gestes qui sont naturels au chien dans l'arrière-gorge ou entre les dents duquel un os incomplétement broyé s'est arrêté. Il en est de même quand la paralysie des mâchoires rend la gueule béante, ainsi que cela se remarque dans la variété de rage que l'on appelle la *rage-mue*, ou à une période avancée de la rage furieuse.

Rien de dangereux comme les illusions que fait naître dans l'esprit des propriétaires des chiens la manifestation de ce symptôme. Pour eux, *presque toujours*, il est l'expression certaine d'un os dans l'arrière-gorge, et, désireux de secourir leurs chiens, ils procèdent à des explorations et ont recours à des manœuvres qui peuvent avoir les conséquences les plus funestes, soit qu'ils se blessent eux-mêmes contre les dents, en introduisant les doigts dans la gueule du malade, soit que celui-ci, irrité, rapproche convulsivement les mâchoires et fasse des morsures.

Le vomissement est quelquefois un symptôme du début de la rage. Quelquefois aussi les matières rejetées sont sanguinolentes et même formées par du sang pur qui provient sans doute de blessures faites à la muqueuse de l'estomac par des corps durs, à pointes acérées, que l'animal a pu déglutir.

Ce dernier symptôme a une grande importance, parce que, étant exceptionnel, il peut se faire qu'il n'éveille pas l'idée de la rage et qu'on ne l'apprécie pas à sa véritable valeur.

Il faut donc se tenir en garde contre un chien qui vomit du sang.

L'aboiement du chien enragé est tout à fait caractéristique, si caractéristique, que l'homme qui en connaît la signification peut, rien qu'à l'entendre, affirmer à coup sûr l'existence d'un chien enragé là où cet aboiement a retenti.

Au lieu d'éclater avec sa sonorité normale et de consister dans une succession d'émissions égales en durée et en intensité, l'aboiement rabique est rauque, voilé, plus bas de ton, et à un premier aboiement fait à pleine gueule succède immédiatement une série de trois ou quatre hurlements décroissants qui partent du fond de la gorge et pendant l'émission desquels les mâchoires ne se rapprochent qu'incomplétement, au lieu de se fermer à chaque coup, comme dans l'aboiement franc.

Cette description ne peut donner sans doute qu'une idée bien incomplète de l'aboiement rabique; mais l'important, après tout, au point de vue prophylactique, c'est que l'on soit bien prévenu que *toujours* la voix du chien enragé change de timbre; que toujours son aboiement s'exécute sur un mode complétement différent du mode physiologique. Il faut donc se tenir en défiance quand la voix connue d'un chien familier vient à se modifier tout à coup et à s'exprimer par des sons qui, n'ayant plus rien d'accoutumé, doivent frapper par leur étrangeté même.

(*La fin au prochain numéro.*)

SÉANCE DU 30 JUIN 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet deux rapports d'épidémies, par M. le docteur *Lapeyre* (de Lodève). (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. *Chauveau*, qui se désiste de sa candidature à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire par suite d'incompatibilité de résidences. — *b.* Une note de M. le docteur *Delanglard* sur une nouvelle pile électrique de son invention, qu'il nomme *pile sacrifiée*.

M. *Bouvier* met sous les yeux de l'Académie un de ces appareils et en explique le mécanisme.

— M. *Larrey* fait hommage, au nom de M. le docteur *Clot-Bey*, de deux brochures médicales sur l'Égypte; et au nom d'un médecin du corps expéditionnaire en Chine, d'un travail sur l'*assistance publique en Chine et la médecine chinoise.*

— M. *Mélier* présente, au nom de l'auteur, un opuscule intitulé : LA SAVOIE MÉDICALE ET AGRICOLE.

Lectures.

— M. *H. Roger* lit, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, une série de rapports officiels dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur *Pajot*, candidat pour la place vacante dans la section d'accouchements, lit un travail *sur les présentations du tronc et des épaules dans les rétrécissements considérables du bassin* (au-dessous de 6 à 7 centimètres).

L'auteur résume ce mémoire dans les termes suivants :

« Si l'enfant est à terme et vit, s'il se présente par le tronc, dans un rétrécissement au-dessous de 6 à 7 centimètres, la version par manœuvres externes ayant été tentée avec prudence, dans le but de faciliter ensuite l'application des instruments, et étant reconnue impossible, l'opération césarienne est proposable.

» Le fœtus n'étant point à terme, la version reconnue impossible, l'amputation du bras favorisera certainement le mouvement d'évolution du fœtus; d'ailleurs, la section du cou ou du tronc sera faite très-facilement par un procédé nouveau que nous avons imaginé, et l'extraction des deux parties fœtales ne présentera alors que des difficultés surmontables, si le fœtus n'a pas dépassé de beaucoup le septième mois.

» Enfin si l'enfant est mort, même à terme, quelques difficultés, quelques dangers présentés par la série d'opérations

successives nécessaires pour accoucher la femme par les voies naturelles, l'opération césarienne sera absolument repoussée. Après avoir appliqué le nouveau procédé d'embryotomie, on s'efforcera de broyer successivement les diverses parties fœtales qui s'offriront au détroit supérieur par la céphalotripie répétée, méthode dont on ne trouve guère des traces que dans l'ouvrage de M. Chailly. »

Voici en quoi consiste le nouveau procédé d'embryotomie : On se sert d'une des branches du forceps. Le crochet qui le termine est perforé, et laisse passer une corde fine connue sous le nom vulgaire de fouet. Au sommet de l'anse formée et engagée dans le canal du crochet, se trouve une balle de plomb. Ce crochet introduit, la balle de plomb tend à retomber vers le col utérin, entraînant avec elle le fil. Un spéculum étant introduit dans le vagin pour le protéger, le chirurgien tire les deux chefs du fil alternativement en sciant. (*Comm.* : MM. Dubois, Danyau et Depaul.)

VACCINE. — M. *Bouley* lit une note sur les faits d'inoculation qu'il a signalés dans la dernière séance.

Un cheval hongre, de cinq à six ans, fut conduit à Alfort le 10 juin 1863, pour une éruption vésiculeuse de la cavité buccale, diagnostiquée *stomatite aphtheuse*. Le 11 juin, inoculation, avec une lancette neuve, de la sérosité des ampoules buccales sur le pis d'une vache d'excellente santé. 17 juin, éruption pustuleuse, d'apparence vaccinale, au niveau des cinq piqûres. Inoculation du liquide pustuleux à deux enfants de onze à douze mois, inefficace sur l'un, suivie sur l'autre d'une évolution de très-belles pustules vaccinales. 18 juin, inoculation du liquide pustuleux de la vache à quinze élèves d'Alfort, tous déjà vaccinés. Sur quatre d'entre eux, développement de petites pustules de *vaccinelle*. 20 juin, inoculation de la matière pustuleuse de la vache sur le nez d'un cheval; éruption, le sixième jour, de pustules d'apparence vaccinale, dont le produit inoculé à un autre cheval n'a amené aucun résultat

Suivant M. Bouley, ces expériences, jointes à celles de Toulouse, prouvent bien que le cheval est vaccinogène, et qu'il faut ajouter une maladie nouvelle à celles réputées déjà génératrices du cowpox, telles que le *grease* et le *sore-heels*, de Jenner; le *javart*, de Sacco; l'*affection furonculeuse* de Hertwig, et la *maladie pustuleuse*, de M. Lafosse.

— M. *Depaul* demande la parole pour une prochaine séance, afin de discuter la communication de M. Bouley.

Discussion sur la fièvre jaune.

— M. *Guérin* rappelle sommairement les opinions qu'il a développées dans la dernière séance touchant la période d'incubation, la période prodromique et la forme *ébauchée* de la fièvre jaune. Il convient qu'il n'a jamais observé cette maladie, et que tout ce qu'il a dit précédemment rentre dans le domaine des hypothèses, mais des hypothèses probables, scientifiques, destinées à recevoir tôt ou tard la confirmation des faits.

L'orateur aborde la question de l'infection. Il regrette que M. Mêlier ait trop envisagé le côté matériel du problème, et qu'il ait accordé trop de valeur à l'importation, au confinement du principe morbifique dans un lieu déterminé, tel que la cale d'un navire. Cette manière de voir, indépendamment de ce qu'elle a de restreint et d'inexact, ne peut qu'entraîner à des conséquences fâcheuses au point de vue de la prophylaxie, du traitement et de l'hygiène.

S'inspirant des idées soutenues autrefois par Larrey et par Pariset, M. Guérin pense que le virus n'imprègne pas seulement les vêtements ou les objets matériels d'un navire ou d'une habitation; il croit encore et surtout que le virus s'introduit dans l'économie par les voies respiratoires et digestives; qu'il est absorbé, qu'il infecte les tissus, adultère le sang, et circule ave ce fluide dans tous les organes. Les faits de l'*Anne-Marie* démontrent l'exactitude de cette opinion. Les hommes de ce navire ont éprouvé certains malaises dans les eaux mêmes de la Havane, quelques jours avant le départ, ce qui permet de croire qu'ils étaient, dès ce moment, envahis par le miasme de la fièvre jaune, dont les ravages ont pu être arrêtés par l'éloignement des côtes infectées, par l'administration opportune d'un purgatif, et par d'autres soins hygiéniques bien entendus. Mais ces soins n'avaient fait, pour ainsi dire, qu'atténuer le virus, sans le détruire entièrement. La réunion de ces hommes dans la cale pendant la longue durée de la traversée a accumulé et concentré le miasme infectieux; et quand des hommes nouveaux ont pénétré dans l'*Anne-Marie*, au port de Saint-Nazaire, ils ont été frappés sans merci par le fléau, dont le germe était en quelque sorte mis en réserve.

L'homme peut donc être et doit être regardé comme le foyer principal, le *magasin* des miasmes et des virus pestilentiels. Aussi ne suffit-il pas de désinfecter les navires et les habitations, ni d'immerger les vaisseaux suspects; il faut encore attaquer le virus chez l'homme, et nettoyer l'économie animale par des purgatifs. Il faut aussi isoler les malades ou même les hommes sains, afin d'éviter la concentration de l'air infectieux. L'efficacité des purgatifs au début de la fièvre jaune, pendant la période prodromique, est suffisamment démontrée par les bons effets obtenus de cette médication préventive à bord de l'*Anne-Marie*. C'est surtout dans les formes ébauchées de la maladie que la méthode évacuante doit être héroïque.

M. Guérin approuve les idées émises par M. Mêlier relativement au degré de gravité que la fièvre jaune emprunte au foyer primitif d'infection. Tout démontre, en effet, dans l'histoire de l'épidémie de Saint-Nazaire, combien l'activité d'un virus infectieux diminue à mesure qu'il se divise et qu'il se transmet. L'orateur se demande si l'on ne pourrait pas tirer parti de ce fait pour la prophylaxie de la fièvre jaune. Ne pourrait-on pas, par exemple, tenter expérimentalement l'inoculation du principe virulent de cette affreuse maladie, de manière à obtenir des expressions morbides atténuées ou ébauchées qui constitueraient pour l'économie des chances à peu près certaines d'immunité, comme cela se produit pour la variole, soit après l'opération de la vaccine, soit après l'inoculation du virus variolique lui-même? Les observations de fièvre jaune dans les pays chauds, et notamment l'histoire de l'épidémie de Saint-Nazaire, mieux encore que l'analogie, sont de nature à encourager dans cette voie, mais avec la réserve de se placer dans les conditions les plus favorables au succès de l'expérimentation, et d'en fixer au préalable les indications et les contre-indications.

La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCES DU 27 MAI 1863.

ÉPANCHEMENT SANGUIN DE LA PLÈVRE. — CHOLÉRA SPORADIQUE. — HÉMIPLÉGIES FACIALES CHEZ LES ENFANTS. — HÉMOPTYSIE MORTELLE. — PARALYSIE FACIALE DOUBLE.

M. *Julliard*, interne de M. Empis, présente, au nom de son chef, une pièce anatomique intéressante : c'est un énorme kyste sanguin qui occupait les deux tiers de la plèvre droite. La poche, dont les parois sont épaisses et d'une consistance comme cartilagineuse, contenait près de 2 litres de sang, en partie liquide, en partie coagulé. Le kyste était sans communication avec les bronches ou les vaisseaux thoraciques. Il était parfaitement isolé et clos; il y avait quelques tubercules pulmonaires au sommet des poumons. Le cœur était parfaitement sain. Il est assez difficile d'expliquer la formation de cette poche en l'absence d'une lésion organique du poumon ou de la plèvre, si ce n'est en admettant qu'il y a eu primitivement une pleurésie pseudo-membraneuse, et qu'une hémorrhagie s'est faite ultérieurement à l'intérieur des néomembranes organisées, comme dans les hématocèles de la tunique vaginale

décrites par M. Gosselin. Pendant la vie, les symptômes avaient été ceux d'une pleurésie chronique remontant à six mois. Le traitement n'avait naturellement pas modifié l'épanchement. La malade était morte d'une syncope à la suite de plusieurs accès de suffocation.

— M. *Moutard-Martin* raconte un fait de choléra sporadique à marche insidieuse qui s'est passé dans son service. Il s'agissait d'un garçon de vingt-sept ans, atteint de diarrhée depuis quinze jours, et qui, à son entrée à l'hôpital, était profondément débilité. Mais il n'avait jamais eu plus de quatre à cinq selles par jour et pas de vomissements. Douze heures après, cyanose, excavation des yeux, peau froide, urines albumineuses, mais non supprimées; crampes seulement à la fin, une heure et demie avant la mort. A l'autopsie, psorentérie très-intense, congestion des parenchymes, sang noir et diffluent. Ce cas est remarquable par sa marche insidieuse; l'absence des vomissements, des crampes, et la rareté des selles semblaient éloigner l'idée d'une terminaison funeste.

M. *Chauffard* fait observer que c'est surtout cette bénignité apparente des symptômes, contrastant avec le dénoûment fatal, qui est la meilleure preuve de la spécificité de la maladie, surtout pour un cas sporadique, car en temps d'épidémie, la mort survient souvent, quelle que soit la forme des manifestations morbides.

— M. *Archambault* rapporte deux faits d'hémiplégies faciales ayant récidivé quatre à cinq fois, dans l'espace de cinq à six ans, chez deux enfants, frère et sœur, issus de parents cousins germains. Les deux côtés de la face furent alternativement frappés chez chacun des deux enfants.

La paralysie parut de nature rhumatismale ou essentielle à MM. Blache, Bouvier, Bouillaud et Duchenne (de Boulogne). Cependant, dernièrement, le garçon, qui, dans la première atteinte, avait présenté quelques symptômes cérébraux, fut pris, à la suite d'un purgatif léger, de symptômes cholériformes bientôt suivis de troubles cérébraux intenses, avec hémiplégie des membres du côté opposé à la paralysie faciale, et la mort survint en trois jours. Bien que l'autopsie n'ait pu être faite, il semble évident que les hémiplégies faciales successives dont l'enfant avait été atteint étaient les premières manifestations d'une lésion siégeant autour de la protubérance, près de l'origine des nerfs faciaux. Mais quel moyen de distinguer ces hémiplégies symptomatiques de celles qui sont essentielles? quel pronostic surtout porter sur la sœur de ce jeune sujet, qui a été elle-même atteinte d'hémiplégies successives?

M. *Henri Roger* fait remarquer que le cas de M. Archambault est conforme à la règle générale, selon laquelle les hémiplégies purement rhumatismales sont rares chez les enfants, tandis qu'elles sont plus ordinairement symptomatiques de tubercules cérébraux.

M. *Béhier* a vu chez un adulte un cas analogue, caractérisé par un tremblement chronique des paupières, de la glycosurie, puis un tic non douloureux de la face. On soupçonnait une tumeur voisine du quatrième ventricule. En effet, le malade mourut dix-huit mois plus tard avec des attaques épileptiques. A ce moment, la glycosurie avait disparu complétement depuis assez longtemps à la suite d'une saison de Vichy.

— M. *Béhier* rapporte l'observation d'un homme qui a succombé dans son service à la suite d'une hémoptysie intense. L'autopsie a montré une communication de l'aorte avec les bronches par un très-petit orifice déterminé par une plaque athéromateuse. Un petit foyer gros comme une aveline et rempli d'un caillot servait seul d'intermédiaire. Le sang expulsé avait toujours été rutilant et spumeux, ce qui n'arrive pas dans l'apoplexie pulmonaire, à laquelle on avait songé d'abord en présence d'une lésion cardiaque démontrée par un souffle assez intense au premier temps, avec maximum d'intensité à la pointe.

— M. *Lailler* observe en ce moment un cas de paralysie faciale double fort remarquable. L'aspect d'hébétude, l'embarras de la parole faisaient d'abord songer à une paralysie générale; M. Lailler reconnut bientôt que cet aspect tenait à l'affaissement des traits des deux côtés de la face et à l'immobilité des lèvres. Mais le malade pouvait encore parler par le jeu des mâchoires et de la langue; mais la prononciation des consonnes labiales, du *b*, du *p*, du *d* et de l'*n*, était impossible. Plusieurs symptômes caractéristiques ayant fait reconnaître des antécédents syphilitiques, un traitement mixte par les mercuriaux et les iodures a été adopté, et déjà les mouvements reviennent.

M. *Empis* demande s'il ne s'agit pas là de la maladie décrite par M. Duchenne (de Boulogne) sous le nom de paralysie de l'orbiculaire des lèvres? A-t-on interrogé la contractilité de la langue, du voile du palais? a-t-on employé l'exploration électrique?

M. *Lailler* répond que, sans avoir employé ce moyen, il peut affirmer que la langue et le voile du palais étaient parfaitement mobiles; que la sensibilité tactile et les sens du goût et de l'odorat étaient intacts, et qu'il ne s'agissait réellement que d'une paralysie simultanée des deux nerfs faciaux, laquelle dure depuis un mois.

D[r] E. Isambert.

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 27 MAI ET DU 3 JUIN 1863. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

URÉTHROTOMIE.

M. *Dolbeau* a donné lecture d'un travail sur l'uréthrotomie. Il ne la pratique que comme un moyen de favoriser la dilatation de l'urèthre dans certains cas exceptionnels. L'uréthrotomie externe est exclusivement réservée aux rétrécissements que rien ne peut franchir; on opère alors la section sans conducteur. Toutes les fois qu'il le peut, M. Dolbeau fait l'uréthrotomie d'arrière en avant et se sert de l'uréthrotome à olive. Il n'incise que le rétrécissement et non les tissus sains; il pense que, chez le même sujet, il est souvent bon de sectionner le rétrécissement en plusieurs fois, séparées chacune par des dilatations méthodiques. Quand il y a urgence, il faut faire l'uréthrotomie d'avant en arrière pour débrider l'obstacle. On complète ensuite la section du rétrécissement au moyen d'une incision faite d'arrière en avant. L'uréthrotomie doit toujours être suivie d'une dilatation longue et ménagée qu'on prolongera jusqu'à ce que le canal ait recouvré ses dimensions et sa souplesse normales. M. Dolbeau a pratiqué plusieurs fois l'uréthrotomie comme méthode unique de traitement; mais il a renoncé à cette méthode. Depuis 1858, il a fait 36 opérations d'uréthrotomie interne, dont 25 à l'hôpital. Le plus grand nombre de ses malades avaient de trente-cinq à cinquante ans.

La très-grande majorité des rétrécissements étaient uniques et siégeaient dans la partie profonde, c'est-à-dire au voisinage du bulbe de l'urèthre. Six malades seulement ont été opérés d'avant en arrière. Un opéré est mort vingt-trois jours après l'uréthrotomie. A la suite d'une infiltration d'urine, il s'était formé un abcès dans la région du bulbe; on a ouvert l'abcès, et, quelques jours plus tard, se sont développés les accidents de l'infection purulente. Tous les autres, sauf deux qui sont sortis incomplétement traités, ont récupéré un urèthre large d'au moins 7 millimètres. Tous les malades ont eu un ou plusieurs accès de fièvre après l'opération. Cinq ont eu consécutivement des abcès dans différentes régions. En général, l'hémorrhagie a été arrêtée par la seule présence de la sonde laissée vingt-quatre heures en place; mais, chez cinq malades, la perte de sang a duré de deux à sept jours et a constitué un véritable accident. Le plus ordinairement immédiate, l'hémor-

rhagie peut cependant être tardive. M. Dolbeau l'a vue se produire au neuvième jour et durer une semaine.

En résumé, M. Dolbeau croit que l'uréthrotomie est une opération qui, en dehors des incisions trop profondes, n'offre pas un grand danger. Malgré des accidents parfois effrayants, le résultat est ordinairement heureux et justifie l'introduction de cette opération dans la pratique à titre d'adjuvant de la dilatation temporaire.

M. *Morel-Lavallée* s'étonne que M. Dolbeau ait eu si fréquemment l'occasion de faire l'uréthrotomie. Pour lui, qui est plus ancien dans la pratique, il ne l'a jamais faite, la dilatation lui ayant toujours suffi. Est-il absolument nécessaire de rendre à l'urèthre son calibre normal? M. Morel ne le croit pas et trouve que le canal est assez large quand le malade urine aisément. Or, la dilatation faite avec patience permet toujours d'arriver à ce résultat. En voyant le volume des instruments terminés en olive qui passent dans les rétrécissements que certains praticiens incisent, on reste convaincu qu'on abuse de l'uréthrotomie.

M. *Dolbeau* pense qu'il suffit que l'urèthre n'ait pas récupéré ses dimensions normales pour qu'on voie se développer lentement des cystites ou des néphrites qui entraînent la mort. Sans doute, l'uréthrotomie a ses dangers; mais la lithotritie a les siens, et cependant on n'y renonce pas.

M. *Trélat* fait remarquer que l'urine peut séjourner dans la vessie même lorsque l'urèthre offre un calibre tel, qu'une sonde volumineuse le traverse. Cela se fait sans paralysie et en vertu d'un retrait relatif de la portion membraneuse.

M. *Laborie* a constaté sur ses malades à Vincennes qu'il y a autant et même plus de récidives après l'uréthrotomie qu'après la dilatation.

M. *Chassaignac* n'admet pas les stagnations d'urine sans rétrécissement dont a parlé M. Trélat, à moins qu'il ne s'agisse de certains spasmes de l'urèthre.

Avant qu'on accuse la dilatation d'exposer à de fréquentes récidives, il ne faut pas oublier que, pour beaucoup de malades, ces récidives sont volontaires. Ils trouvent un certain intérêt à abandonner leur traitement dès qu'il a produit une légère amélioration, car ils acquièrent ainsi le droit de vivre à l'hôpital.

M. *Velpeau* croit que l'uréthrotomie, qui n'est nullement nouvelle, ainsi qu'on semble le dire, est beaucoup plus dangereuse et ne guérit pas mieux que la dilatation. Il a fait lui-même l'uréthrotomie une quarantaine de fois; il a vu se produire beaucoup de récidives et a perdu des malades. La section des rétrécissements ne lui paraît devoir être conservée que comme méthode tout à fait exceptionnelle. La dilatation doit rester la méthode la plus générale; elle permet d'obtenir l'accomplissement régulier des fonctions ou même des guérisons définitives, quand elle est employée avec assez de persévérance.

M. *Voillemier* pense, comme M. Velpeau, qu'il n'y a de nouveau dans l'uréthrotomie que l'abus qu'on en fait. Il signale un danger encore inconnu de cette opération. Avec certains uréthrotomes, on refoule la muqueuse; on fait des plis que l'on coupe, et l'on obtient ainsi autant de rétrécissements cicatriciels qu'on a fait d'incisions. Telle est l'origine de quelques rétrécissements multiples. M. Voillemier a vu un malade qui avait huit rétrécissements produits par ce mécanisme.

M. *Dolbeau* répète qu'il n'a jamais voulu faire de l'uréthrotomie une méthode générale; qu'il la réserve pour les cas exceptionnels et qu'il ne l'emploie que comme un adjuvant de la dilatation temporaire. Du moment où M. Velpeau admet lui-même qu'il y a des cas où la dilatation n'est pas applicable, il n'y a pas une grande différence entre les opinions du maître et celles de l'élève. M. Dolbeau regrette que M. Voillemier, qui pratique parfois l'uréthrotomie, n'ait pas dit combien il avait eu de morts sur l'ensemble de ses opérations, et quelles sont pour lui les indications et les contre-indications de la section des rétrécissements.

Pour ce qui est des récidives, il croit qu'après les uréthrotomies qui ne sont pas suivies d'une dilatation lente et prolongée, elles sont plus communes et plus rapides qu'après la simple dilatation. En un mot, il n'y a pas de moyen de guérir radicalement les rétrécissements de l'urèthre. La meilleure méthode consiste dans la dilatation temporaire; mais, comme cette méthode ne rend pas toujours au canal ses dimensions et sa souplesse, il faut, dans certains cas exceptionnels, — plus nombreux toutefois qu'on ne le croit généralement, — faciliter la dilatation au moyen d'une incision limitée aux tissus indurés.

M. *Trélat* fait remarquer que, sur beaucoup de points relatifs à l'uréthrotomie, l'accord des chirurgiens est à peu près complet. Tout le monde a renoncé aux grandes incisions préconisées par M. Reybard, et la plupart des uréthrotomes n'incisent qu'à 2 ou 3 millimètres de profondeur. On s'accorde aussi à n'opérer que quand la dilatation est impuissante ou mal supportée; mais on dilate toujours avant d'opérer, ne serait-ce qu'à titre d'exploration et pour donner au canal la tolérance qui lui est nécessaire. On s'accorde encore à mettre une sonde à demeure dans la vessie immédiatement après l'opération. Il est une question qui mériterait d'être étudiée avec la plus grande attention, c'est celle de savoir à quelle époque on peut sans danger reprendre la dilatation consécutive, car plusieurs autopsies ont démontré que la cicatrisation des plaies uréthrales se fait avec plus de lenteur qu'on ne l'avait supposé, et, pendant toute cette période, le passage d'instruments dilatants offre toujours un certain danger et peut devenir secondairement la cause d'accidents redoutables.

On se plaît à mettre en parallèle l'innocuité de la dilatation et la gravité de l'incision uréthrale; mais on oublie que la mort est plus d'une fois survenue, presque toujours rapide et souvent foudroyante, après quelques séances ou même une seule séance de dilatation, chez des individus de tout âge et ne présentant aucune mauvaise condition. De plus, la muqueuse, au voisinage du rétrécissement, est ramollie, ulcérée, et, sous l'influence de frottements réitérés, ouvre aisément la porte aux accidents de résorption ou d'infiltration urineuse. Dans de telles conditions, il est probable que l'uréthrotomie, qui fait une plaie nette, supprime l'obstacle et permet d'introduire dans la vessie une sonde dérivatrice, est moins dangereuse que les manœuvres lentes et hésitantes de la dilatation.

Il résulte des renseignements que M. Trélat a pris auprès des chirurgiens qui pratiquent l'uréthrotomie, que M. Civiale, qui compte ces opérations par centaines, les considère comme très-utiles et n'offrant pas plus de gravité que toute autre méthode de traitement. M. Guillon n'a jamais perdu un seul des malades qu'il a uréthrotomisés, et il porte aussi à plusieurs centaines le chiffre de ses opérations. MM. Phillips et Caudmont, qui ont aussi pratiqué l'uréthrotomie 60 ou 80 fois, n'ont jamais non plus observé un seul cas de mort. Mais à côté de ces témoignages très-importants, quoique trop vagues, il y a des faits plus précis.

Toutes les uréthrotomies faites par M. Sédillot en 1858 et 1860 ont été publiées par M. Gaujot; il y a là 21 cas d'uréthrotomie, 1 mort.

D'autre part, le registre d'opérations de l'Hôtel-Dieu pour 1862 et le commencement de 1863 mentionne 38 uréthrotomies, 4 morts.

M. Gosselin, en 1862 et 1863, a fait 10 uréthrotomies, 1 mort; M. Dolbeau, 36 opérations, 1 mort. J'ai moi-même opéré 4 malades et n'en ai pas perdu un seul. Ainsi, sur 109 opérés, 7 morts. C'est une mortalité de 6,4 pour 100. Elle est moindre que celle des amputations de doigts. Les registres de la Pitié pour la période 1854-1861 indiquent, au contraire, une mortalité de 22,5 pour 100. Différence consi-

dérable qui montre ce que peuvent l'amélioration des procédés, des soins consécutifs et une plus saine appréciation des indications opératoires.

Relativement à l'âge des opérés, on trouve que les malades qui ont dépassé soixante ans donnent plus de morts que de guérisons; d'un autre côté, en descendant dans le détail des faits, on voit que quelques-uns des opérés qui ont succombé présentaient des complications tellement graves, qu'on pourrait décharger les opérations pour porter les morts au compte de la maladie principale. Si donc on opérait le plus rarement possible les malades trop âgés, si l'on n'opérait pas ou si l'on tenait un compte particulier de ceux qui offrent de trop graves complications, on ferait probablement descendre le chiffre de la mortalité à 2 ou 3 pour 100.

M. Trélat donne, en terminant, les observations des quatre cas d'uréthrotomie qui lui appartiennent. On ne peut savoir, il en convient, quel sera le bénéfice définitif de l'opération; mais tous les malades, excepté le second, qui a été incomplétement traité, ont obtenu un avantage immédiat que la dilatation ne pouvait leur fournir, et les seuls accidents ont été des accès de fièvre sans gravité.

D[r] P. Chatillon.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Appréciation des mesures administratives contre le développement de la rage canine.

Un journal de Vienne, revenant sur la question de la rage et ne trouvant pas si restreint que le professeur Finger le nombre des cas de rage qui ont effrayé l'an dernier le public autrichien, cherche quelle peut être l'efficacité des mesures préventives prescrites par l'administration, et qui sont à peu près les mêmes que celles sur lesquelles M. Vernois en France a fait un rapport remarquable dans les Annales d'hygiène publique. Dans les deux pays, les résultats ont été à peu près négatifs, et les statistiques de M. Vernois montrent même qu'il y a eu moins de cas de rage dans les départements où l'on n'avait pris aucune mesure préventive.

Cet insuccès tient, non-seulement à l'insuffisance des mesures adoptées, mais aussi à la négligence avec laquelle elles sont appliquées. Ainsi la muselière, pour être efficace, devrait être d'un modèle qui mît le chien dans l'impossibilité absolue de mordre, de même que de se débarrasser de l'instrument; son application aurait besoin d'être surveillée avec la plus grande sévérité, et les faits montrent d'ailleurs que la plupart des morsures n'ont pas eu lieu sur la voie publique, mais dans l'intérieur des habitations, où tout contrôle est impossible.

La prescription de tenir les chiens en laisse est encore plus inefficace, si le chien n'est pas d'ailleurs muselé, et impraticable, parce que les maîtres trouvent trop incommode de s'y astreindre.

Empêcher les chiennes en chaleur de courir, pratiquer la castration des chiens, sont des mesures également non justifiées, parce que rien n'est moins démontré que le rapport qui existerait entre les fonctions sexuelles et le développement de la rage.

L'impôt sur les chiens semblait devoir être efficace de deux façons : d'une part, en engageant les propriétaires à en diminuer le nombre; d'autre part, en rendant la surveillance de l'administration plus attentive par l'attrait d'un intérêt fiscal. Mais d'abord il n'est pas démontré que la diminution du nombre des chiens diminue celui des cas de rage, les circonstances épizootiques empêchant fréquemment les deux chiffres de suivre la même proportion. De plus, la diminution du nombre des chiens a bien été importante au moment de l'établissement de l'impôt; mais, dès l'année suivante, le nombre de ces animaux était revenu à son chiffre antérieur, ce qui prouve que cette mesure est sans influence si l'impôt est trop faible, comme en France, en Prusse. Les faits ont montré, au contraire, à Bade, que l'élévation de l'impôt diminuait notamment le nombre des chiens.

Toutes ces mesures préventives auront d'autant plus d'efficacité qu'on les appliquera avec plus de sévérité; mais une loi non observée a plus de dangers que l'absence même de loi, parce qu'elle inspire une sécurité trompeuse. L'Autriche n'a pas besoin à cet égard d'une législation nouvelle, il suffit d'appliquer strictement la loi qui rend les propriétaires d'animaux responsables des dommages que ceux-ci peuvent occasionner, et la sanction de cette loi est dans la prescription de faire porter à tous les chiens un collier où soit inscrit le nom et l'adresse de son propriétaire. Cette obligation et l'élévation de la taxe sur les chiens (très-légitime dans les villes surtout, où ces animaux ne sont qu'un objet de luxe) sont les seules mesures utiles à recommander. (*Wochenblatt der Gesellschaft der Aerzte in Wien*, n[os] 8 et 9, 1863.)

Cicatrices vicieuses du cou et des bras, traitées avec succès par l'extension graduelle, l'excision et l'autoplastie à distance, par M. Wood.

Une petite fille, âgée de neuf ans, avait vu, à la suite d'une brûlure, son menton se rapprocher de la poitrine, à tel point qu'il était fixé à un pouce environ du sternum par une bande cicatricielle, large et saillante; la bouche était déformée et la tête était penchée vers l'épaule gauche. L'avant-bras droit était fléchi à angle de plus de 90 degrés. Le poignet gauche était extrêmement déformé, la main était fléchie en arrière sur l'avant-bras, de telle sorte que le bout des quatrième et cinquième doigts touchait presque sa face postérieure. La cicatrice placée au niveau du quatrième doigt s'étendait jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras.

Un large ulcère existait encore dans la moitié supérieure de la face postérieure de l'avant-bras.

L'enfant fut soignée à King's College, par M. Wood, vers la fin de 1862. Le bras droit fut d'abord graduellement étendu au moyen d'attelles et de compresses graduées. Le 4 octobre, l'autoplastie fut pratiquée au cou.

Un lambeau quadrangulaire fut pris au côté droit de la cicatrice. La cicatrice fut divisée par une incision en V, continuée profondément et parallèlement à la surface du corps, de manière à séparer le tissu cicatriciel de ses attaches au sternum. Ce lambeau, tourné en travers, vint remplir la place laissée libre par le retrait de la cicatrice. Après un mois, les plaies étaient presque guéries, les mouvements de la tête étaient libres, et le menton pouvait s'élever comme à l'état normal.

L'état de l'avant-bras gauche n'avait pu être amélioré par l'extension et ne pouvait l'être par l'autoplastie qu'à la condition d'aller chercher loin le lambeau; M. Wood résolut de le prendre sur l'abdomen.

La partie choisie pour fournir le lambeau fut le côté gauche de l'ombilic, car l'avant-bras pouvait demeurer fixé à ce niveau sans grande gêne pour la malade. Une cuirasse de gutta-percha fut moulée sur la poitrine et la partie supérieure de l'abdomen; à son côté inférieur fut placée une gouttière solide destinée à loger l'avant-bras. La malade porta l'appareil pendant les vingt-quatre heures qui précédèrent l'opération; le 5 novembre, la cicatrice fut divisée au niveau du poignet et disséquée en haut et en bas. On tailla alors sur l'abdomen un lambeau lancéolé de 6 centimètres de longueur et 5 de largeur à sa base, laquelle correspondait à l'aine, de sorte que l'axe du lambeau suivait le trajet de l'artère tégumenteuse abdominale. Les bords de la plaie furent réunis par la suture métallique. L'avant-bras fut placé par-dessus et le lambeau abdominal vint s'adapter exactement à la plaie faite au poignet. La cuirasse fut placée ensuite et fixée par de larges bandes imbibées de plâtre.

Le 29 novembre, la réunion du lambeau abdominal avec l'avant-bras étant parfaite, M. Wood fit des deux côtés de sa base une incision d'un demi-pouce d'étendue. La séparation fut complétée le 3 janvier. L'avant-bras fut alors placé sur une attelle qui permettait de faire exécuter au poignet des mouvements de flexion.

Le 26 mai, M. Wood présenta sa malade à la Société médico-chirurgicale de Londres. Le cou, la bouche étaient exempts de toute difformité, sauf celles résultant de l'état de la peau et des incisions qui y avaient été faites. Le bras droit pouvait être étendu complétement sans soulèvement de la cicatrice située au niveau du coude. Le bras gauche présente en arrière du poignet un losange de peau plus pâle, plus jaune, plus élevé que les parties voisines. La cicatrice qui le limite est linéaire et petite. Les doigts peuvent être fléchis naturellement et complétement, cependant il existe toujours une légère tendance des quatrième et cinquième doigts à se porter en arrière. (*Med. Times and Gazette*, juin 1863.)

Prolapsus du rectum, guéri par l'excision de la partie herniée, par M. HENRY SMITH.

OBS. — J... B..., âgé de quarante-neuf ans, était atteint d'un prolapsus du rectum considérable et en grande partie irréductible, sous l'influence duquel étaient survenus, dans les fonctions digestives, des troubles inquiétants. Toute la circonférence du rectum faisait saillie à l'extérieur.

M. Smith, le 11 avril 1863, saisit la membrane muqueuse relâchée entre les mors de trois pinces (*clamps*), coupa avec des ciseaux ce qui débordait les branches de l'instrument, et appliqua sur la surface avivée le cautère actuel. Cela fait, les clamps furent retirés; une petite artériole seulement donna du sang, et au lieu de la lier, M. Smith préféra la toucher avec le fer rouge. Aucun accident ne survint, les eschares se détachèrent au bout de huit jours, et quinze jours après l'opération, le malade sortit guéri de l'hôpital.

Le procédé suivi dans cette circonstance par M. Henry Smith n'est applicable que dans les cas où le prolapsus est considérable, lorsque les moyens artificiels de contention ne peuvent réussir, que les traitements palliatifs ont échoué, et que des accidents sérieux obligent le chirurgien à intervenir. La cautérisation au fer rouge de la partie saignante, malgré ce qu'elle a d'effrayant, nous paraît un complément indispensable de l'excision; elle oblitère les veinules nombreuses qui rampent dans les tuniques du rectum, et peut mettre à l'abri de l'infection purulente, toujours à redouter quand on opère sur le rectum anormalement vascularisé. L'avenir seul pourra apprendre si un rétrécissement du rectum n'a pas suivi cette large cautérisation; il serait à désirer que M. Smith pût continuer plus tard l'histoire de son opéré. (*The Lancet*, mai 1863.)

VI

VARIÉTÉS.

La commission de l'Association du Rhône a pris dans sa dernière séance la décision suivante, relative aux honoraires des médecins :

Art. 1er. Toute demande d'honoraires formée par un des membres de l'Association pourra être soumise à la commission générale qui l'examinera et émettra par écrit un avis motivé.

Art. 2. La commission, par l'organe du secrétaire général, fera connaître sa décision aux parties intéressées, en les invitant à s'y conformer.

Art. 3. Dans le cas où la résistance du client rendrait nécessaire une instance en justice, la commission fera délivrer au demandeur une copie de sa décision qui servira de base à l'action intentée devant les tribunaux.

— M. le docteur J. J. Cazenave (de Bordeaux) vient d'être nommé chevalier de l'ordre royal de Charles III d'Espagne.

— Par décret du 6 juin, les directeurs, directeurs-médecins et médecins en chef des asiles publics d'aliénés, sont répartis en cinq classes. Le traitement de ces fonctionnaires est fixé ainsi qu'il suit : 1re classe, 7000 fr.; 2e, 6000 fr.; 3e, 5000 fr.; 4e, 4000 fr.; 5e, 3000 fr.

Les médecins adjoints de ces mêmes établissements sont divisés en trois classes, et leurs appointements sont les suivants : 1re classe, 2400 fr.; 2e, 2100 fr.; 3e, 1800 fr.

— M. le docteur Renaudin est nommé directeur de l'asile des aliénés de Maréville (Meurthe); M. H. Bonnet, médecin en chef de l'asile de Maréville, et M. Renault du Motey, directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier.

— La commission chargée de statuer sur le prix Esquirol (concours de 1862) a vivement regretté de ne pouvoir couronner qu'un seul des mémoires envoyés au concours. Après l'examen le plus attentif, le prix a été décerné à M. J. B. Duguet, interne à la Salpêtrière, auteur d'un mémoire intitulé *Considérations sur l'épilepsie cérébelleuse.*

— La distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de l'école d'accouchements de Paris a eu lieu le 25 juin, sous la présidence du directeur de l'administration de l'Assistance publique. Parmi celles qui se sont le plus distinguées, il faut citer mesdemoiselles Vieillard, Pannetier, Courteville, Rigaud, Pouillon et Delpech.

— La Société médicale d'Amiens a décerné les récompenses suivantes pour la question mise au concours en 1862 :

De l'hygiène des ouvriers occupés dans les filatures. — 1° Une médaille d'or de la valeur de 200 fr. à M. le docteur J. Picard, à Guebwiller (Haut-Rhin); 2° une mention honorable à M. le docteur Décharry, à Paris.

La Société rappelle qu'elle décernera dans sa séance publique de 1863 une médaille d'or de la valeur de 200 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : « De l'alcoolisme, de ses effets pathologiques sur l'individu et sa descendance. »

Elle a en outre décidé qu'une médaille d'or de la valeur de 200 fr. serait accordée en 1864 à l'auteur du meilleur mémoire sur le *rachitisme*. Indiquer surtout l'influence de l'alimentation sur le développement de cette maladie.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

OUTLINES OF SURGERY, BEING ONE EPITOME OF THE LECTURES ON THE PRINCIPLES AND PRACTICE OF SURGERY, DELIVERED AT SAINT-THOMAS'S HOSPITAL. In-12 de 272 pages. Londres, John Churchill. 7 fr. 50

PRACTICAL LITHOTOMY AND LITHOTRITY OR AN INQUIRY INTO THE BEST MODES OF REMOVING STONE FROM THE BLADDER, par *Henry Thompson*. In-8 de XIV-274 pages. Londres, John Churchill. 15 fr.

PHYSIOLOGICAL RESEARCHES, par *John Davy*. In-8 de VIII-448 pages. Londres, Williams et Norgate. 18 fr.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DE L'OREILLE, OU THÉRAPEUTIQUE DES AFFECTIONS AIGUES ET CHRONIQUES DE L'APPAREIL AUDITIF, par le docteur *Triquet*. In-8 de X-250 pages. Paris, F. Savy. 4 fr.

THÉORIE DE LA VISION NORMALE ET SA CONSÉQUENCE, LA VISION INTERNE OU L'ESPRIT, par *Adrien Lerondeau*. In-8 de 99 pages. Paris, F. Savy. 2 fr.

Thèses.

Thèses subies du 24 avril au 8 mai.

56. GUELLE, Alfred, né à Allègre (Haute-Loire). [*De l'utilité de la médication alcoolique dans quelques états morbides.*]

57. THOIZON, Étienne, né à Souppes (Seine-et-Marne). [*Des tumeurs synoviales du poignet et de la main.*]

58. DAVESNE, Louis-Alexandre, né à Gault (Marne). [*De quelques accidents secondaires de la phthisie.*]

59. PETIT, J.-M.-Théophile, né à Longeau (Haute-Marne). [*De quelques succédanés du quinquina dans le traitement de la fièvre intermittente.*]

60. MOISSINAC, Ernest, né à Maurs (Cantal). [*Quelques considérations sur les préparations arsenicales et sur l'emploi de l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes.*]

61. THOMAS DES COLOMBIERS, C., né à Bourges (Cher). [*Essai sur la fièvre dite de lait.*]

62. DARIN, Gustave, né à Escamps (Yonne). [*Éducation correctionnelle. Système cellulaire appliqué aux enfants. Observations de jeunes détenus de la Roquette venus à Bicêtre en état de folie, d'idiotie ou d'épilepsie.*]

63. FRANÇOIS, Pierre-Ernest, né à Tilly (Meuse). [*Essai sur la valeur du chloroforme dans le traitement de l'éclampsie des femmes grosses et en couche.*]

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Paraît tous les Vendredis.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

Prix : 24 francs par an.

TOME X. PARIS, 10 JUILLET 1863. N° 28.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** — **Histoire et critique.** Traitement chirurgical des polypes du larynx; opérations par les voies naturelles. — II. **Travaux originaux.** Anatomie et physiologie pathologiques : Considérations sur les localisations cérébrales, et en particulier sur le siége de la faculté du langage articulé. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — IV. **Bibliographie.** Sur quelques publications récentes relatives à la pathologie mentale. — V. **Feuilleton.** Hydrothérapie à l'eau de mer. — **Variétés.**

I

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Traitement chirurgical des polypes du larynx; opérations par les voies naturelles, par le professeur Victor von Bruns (de Tübingen) (1).

Nous publions aujourd'hui l'analyse détaillée des observations de M. Bruns. Dans un précédent article, nous avons déjà fait ressortir l'extrême importance de ces deux faits, qui ouvrent une voie toute nouvelle à la médecine opératoire des affections du larynx. Depuis la publication de M. Bruns, diverses opérations ont été faites suivant les mêmes principes par MM. Lewin (de Berlin), Gibb (de Londres), etc., mais les observations, pour la plupart, ne sont pas accompagnées de détails suffisants (1).

La priorité d'un procédé complet appartient sans conteste au professeur de Tübingen. Toutefois, au point de vue historique, il n'est pas sans intérêt de constater que presque simultanément un succès analogue était obtenu en Angleterre par un praticien de province. C'est pourquoi nous reproduirons également la note publiée en 1861 par le docteur Walker (2).

Obs. I. — Théodore Bruns, âgé de quarante-huit ans, bibliothécaire à Berlin, n'avait jamais souffert des voies respiratoires, lorsqu'en 1853, en chantant dans un concert, il ressentit au larynx une douleur vive et soudaine qui disparut promptement et ne se renouvela point. En 1858, refroidissement, coryza violent, avec toux et enrouement; raucité de la

(1) *Die erste Ausrottung eines Polypen in der Kehlkopfshöhle.* Tübingen, 1862. — *Nachtrag zu meiner Schrift : Die erste Ausrottung*, etc. Tübingen, 1863.

(1) Cet article était rédigé lors de la dernière communication de M. Ozanam à l'Académie des sciences. (Voyez *Gazette hebdomadaire*, p. 441.)

(2) *The Lancet*, 1861, t. II, p. 444. M. Walker a la priorité de publication, mais en comparant les dates, on verra que le malade de M. Bruns était déjà guéri lorsque M. Walker opéra le sien.

FEUILLETON.

Hydrothérapie à l'eau de mer (1).

Fin. — Voir le n° 27.

Tels sont les caractères qui distinguent l'une de l'autre les deux hydrothérapies. Maintenant compare-t-on la douche d'eau de mer au bain à la lame, on trouve encore entre le mode d'action de chacune de ces deux pratiques des nuances assez prononcées pour faire comprendre que là où l'une serait insuffisante, l'autre ou les deux réunies répondent mieux à toutes les indications. Ainsi, quand on veut exercer une action générale, s'étendant également à tout l'organisme par les réactions mises en jeu, la douche n'atteint pas aussi promptement et aussi complétement le but que le bain; mais quand on a affaire à une affection localisée et entée sur un état diathésique, et qu'il s'agit de concentrer l'énergie de l'agent du traitement sur la partie affectée, en même temps que de modifier l'état général de la constitution, la douche, seule ou ajoutée au bain, se montre plus efficace et plus puissante; à l'action dynamique généralisée elle ajoute l'action topique et mécanique destinée plus particulièrement à l'affection locale. Pour la production de ses effets particuliers, la mer est aidée par le mouvement de la vague, par la gymnastique volontaire ou forcée du baigneur, par le grand air; l'hydrothérapie, par une forme ou une force d'application de l'eau mieux appropriée à l'état morbide ou à la sensibilité individuelle. Il arrive aussi que telle personne qui répugne à prendre le bain de mer, soit instinctivement, soit par l'effet qu'elle en éprouve, se soumet plus volontiers et avec plus d'avantage à l'action de la douche, de telle sorte que l'hydrothérapie est un moyen de faire accepter le traitement marin à des personnes à qui il est indi-

(1) Cet article est extrait d'un livre *sur les bains de mer*, que se propose de publier bientôt le docteur Dutroulau.

voix allant parfois jusqu'à l'aphonie; impossibilité de tenir les sons élevés. Du reste, absence complète de douleurs.

En dépit de tous les moyens mis en usage, cet état persista jusqu'à l'été de 1859. La raucité de la voix, l'aphonie augmentèrent, et la prononciation devint de plus en plus difficile. Le malade éprouvait la sensation d'un corps étranger dans le larynx; plusieurs agents thérapeutiques furent encore employés sans succès. En janvier 1860, M. Lewin (de Berlin) fit plusieurs examens laryngoscopiques : il ne vit aucune tumeur et diagnostiqua une paresse des muscles du larynx. Plus tard, après de nouvelles explorations, il reconnut un polype.

A la fin de mars 1860, je pus confirmer cette opinion; mais, faute d'éclairage convenable, je ne pus reconnaître les caractères précis de la tumeur. Toutefois, ce diagnostic eut pour effet la suspension de toute médication; les moyens chirurgicaux étaient seuls indiqués, mais ils pouvaient être différés, car, hormis l'altération de la voix et de la parole, il n'existait aucun symptôme grave, ni troubles respiratoires, ni anxiété, ni oppression. A la fin de l'année, la parole, de plus en plus faible et confuse, nécessitait des efforts considérables, toute conversation suivie était impossible. En mai 1861, l'aphonie étant complète, le malade vint à Tübingen, bien résolu à subir l'opération.

L'examen entrepris (d'après les règles spéciales et avec les instruments de l'auteur) démontra de nouveau l'existence d'un polype pyriforme mesurant 12 à 14 millimètres de long sur 7 à 8 millimètres dans sa plus grande épaisseur, c'est-à-dire près de son extrémité libre. Il s'était notablement accru dans les derniers temps. A la lumière artificielle, il est d'un jaune rougeâtre pâle; au contraire, blanc avec des stries rouges et violacées à la lumière solaire. Sa consistance assez molle rappelait tout à fait celle des polypes muqueux des fosses nasales. Horizontalement dirigée d'avant en arrière, ayant sa pointe en avant, son sommet renflé en arrière, la tumeur paraît s'insérer un peu au-dessous de la corde vocale inférieure gauche. En réalité, elle est réunie à cette corde par un repli muqueux libre sur ses deux faces supérieure et inférieure, et qui semble se dédoubler pour envelopper le polype comme le péritoine se dédouble pour envelopper l'intestin. Cette espèce de mésentère muqueux, aplati de haut en bas et de forme triangulaire, s'insère par un de ses bords sur la corde vocale, par l'autre sur le polype. Il naît en avant de l'angle formé par la rencontre des deux cordes vocales inférieures, là où précisément paraît naître le pédicule étroit de la tumeur; puis il se prolonge en s'élargissant en arrière et se termine enfin par un bord libre arrondi qui mesure environ 6 millimètres. Il constitue donc une sorte de lien latéral qui ne se continue pas jusqu'à l'extrémité libre et renflée du polype (1).

Ce mode d'insertion explique bien le sens et le degré de mobilité de la tumeur, ainsi que les diverses positions qu'elle prend, suivant l'intensité, la durée et la rapidité du courant d'air qui traverse le larynx. Dans l'inspiration tranquille et profonde, l'extrémité renflée se porte en bas et en avant contre la face profonde du cartilage cricoïde; aussi, en ce moment, surtout si l'épiglotte vient à masquer l'angle antérieur de la glotte, le polype disparaît, et l'œil pénètre assez profondément dans la trachée. Si l'inspiration est à la fois forte et rapide, le polype descend brusquement, et souvent le malade perçoit la sensation d'un choc dans l'endroit où a lieu le contact de la tumeur avec la paroi laryngienne. Cette locomotion, lors de l'entrée de l'air, explique l'absence de troubles dans l'inspiration.

Dans l'expiration, le polype s'élève et subit un double déplacement : il décrit d'abord de bas en haut un mouvement de pendule ou d'arc de cercle dans lequel l'extrémité antérieure sert de point fixe, puis un mouvement de rotation de bas en haut et de droite à gauche autour de son axe antéro-postérieur. La rapidité et l'étendue de cette projection en haut dépend du mode d'expiration. L'air est-il expiré doucement, faiblement, à travers la bouche largement ouverte, le polype s'élève à peine au-dessus du niveau des cordes vocales; il apparaît tout entier couché entre les lèvres de la glotte, qu'il semble remplir complétement, sauf en arrière, où reste un espace étroit.

Dans l'expiration brusque, vive et saccadée, le polype s'élève plus vite et plus haut; cependant, comme ce mouvement implique toujours un certain rapprochement des cordes vocales et un rétrécissement correspondant de la glotte, tantôt le polype reste au-dessous, tantôt il est comme étranglé par les lèvres glottiques, tantôt enfin il pénètre et se loge dans le ventricule gauche de Morgagni, et comme cette dernière position est la plus habituelle, on s'explique bien l'altération continuelle de la prononciation, car alors la tumeur ne déprime pas seulement la partie antérieure des cordes vocales, elle limite et empêche aussi leurs vibrations.

Les caractères et la position du polype exactement reconnus, et l'extirpation étant évidemment le seul moyen applicable, il restait à déterminer quelle méthode devait être mise en usage. Il fallait choisir entre les voies naturelles ou la création d'une voie artificielle pour parvenir jusqu'au corps étranger. Pour cette seconde méthode, il n'existait dans la science que le seul fait de M. Ehrmann; pour la première, il n'y avait aucun antécédent. (Ici M. Bruns entre dans la discussion des divers procédés sanglants d'ouverture des voies aériennes; il passe successivement en revue la section médiane du cartilage

(1) Ces détails sont assez difficiles à comprendre si l'on n'a pas sous les yeux les planches jointes à la description. Je renvoie donc au mémoire de M. Bruns ceux qui ne saisiraient pas bien ce que j'en dis. (A. V.)

qué, mais à qui répugne le bain de mer. Enfin, prise convenablement, elle peut remplacer le bain pendant les mauvais jours qui rendent la mer impraticable.

En résumé, il ne faut pas considérer l'hydrothérapie à l'eau de mer comme ayant absolument les mêmes caractères que l'hydrothérapie à l'eau commune, en tant que médication par l'eau froide. Son action dynamique est moins énergique et son action topique plus prononcée, ce qui fait qu'elle est moins dangereuse et se prête mieux au régime de liberté auquel elle est forcément soumise dans les établissements de bains de mer; et les propriétés de l'eau qu'elle met en usage spécialisent davantage ses indications et produisent des résultats qu'on n'obtiendrait pas, du moins au même degré, de celle qui ne se fait qu'avec l'eau ordinaire. Comparée au bain de mer, son action dynamique ne modifie pas aussi sûrement les altérations générales de la santé ou de la constitution, et ne s'adapte pas aussi bien à certaines conditions individuelles; mais, ne se séparant pas de lui par le caractère que lui imprime la nature de l'eau employée, autrement dit par les indications générales du traitement marin, elle a pourtant l'avantage de mieux convenir à certains genres de sensibilité, de pouvoir localiser son action, et, au besoin, de s'ajouter au bain pour répondre à des indications complexes que celui-ci seul ne remplirait pas aussi bien. On doit en conclure que l'hydrothérapie à l'eau de mer tient plus, par son double caractère, du bain de mer que de l'hydrothérapie proprement dite. La notion de ses indications et de ses pratiques se tire de celle du traitement marin, dont elle n'est qu'un élément; et, comme le bain, à mesure que la température de la mer et du climat s'élève, elle perd encore d'autant le caractère hydrothérapique pour prendre le caractère minéral.

Je n'entrerai pas dans les détails des diverses pratiques d'après lesquelles se fait ce traitement; j'ai dit que les procédés et les appareils étaient les mêmes que pour l'hydrothérapie ordinaire, et ils sont assez connus. Je rappellerai seulement que la durée des séances ne diffère pas non plus

thyroïde, la laryngo-trachéotomie, la trachéotomie proprement dite, puis la laryngotomie sous-hyoïdienne avec ses deux variétés, avec ou sans trachéotomie concomitante. Prenant en grande considération les dangers inhérents à toutes ces opérations, aussi bien sous le rapport des accidents traumatiques que sous celui des troubles consécutifs qu'elles pourraient entraîner dans l'organe vocal, M. Bruns arrive à rejeter l'opération sanglante et se décide à tenter l'extirpation par les voies naturelles. Il ne se dissimulait aucune des difficultés manuelles ou autres contre lesquelles il aurait à lutter, mais il voulait les affronter, convaincu d'ailleurs qu'en cas de non-réussite il n'aurait point aggravé les choses et pourrait toujours en dernier ressort recourir aux procédés opératoires sans avoir rien aggravé ni compromis.)

Une condition préalable était indispensable à l'exécution du projet : au lieu d'éclairer momentanément la cavité du larynx, comme cela se fait dans l'examen laryngoscopique ordinaire et comme cela suffit pour le diagnostic, il fallait que l'intérieur du larynx fût visible et béant pendant assez longtemps pour conduire et faire agir les instruments sur le siége du mal; il fallait encore un concours harmonique entre le malade et l'opérateur : le premier devait commander aux muscles de toute la cavité buccale et des voies respiratoires, et les faire agir de façon à tenir ouvert tout le canal étendu des lèvres à la glotte, réprimer la toux, la nausée, la déglutition, sinon entièrement, du moins pendant un laps de temps assez long, supporter l'impression et le contact des instruments, etc. Le patient, à force d'exercice, de persévérance et de fermeté, arriva à remplir ces conditions et par là favorisa beaucoup l'issue heureuse de l'opération. L'opérateur, de son côté, devait étudier la forme, la longueur, les dimensions des instruments, et faire pour cela un apprentissage nouveau et complet. Le canal au fond duquel on avait à agir est long, coudé à angle droit, large dans sa portion buccale, étroit dans la partie gutturale. L'image peinte dans le miroir, doublement renversée, a besoin d'être rectifiée. Les instruments introduits doivent éviter soigneusement de toucher à la paroi pour ne point causer d'irritation. Les séances les plus longues ne peuvent guère durer plus d'une minute, pendant laquelle il faut voir la tumeur, saisir l'instrument, l'introduire et le faire agir, et simultanément surveiller la position de la tête, l'ouverture de la bouche, les mouvements de la langue, des lèvres, de l'épiglotte, la respiration, etc.

L'obstacle principal venait ici, comme chez tous les malades du reste, de l'épiglotte, qui, dans l'image du miroir, masque ordinairement l'angle antérieur de la glotte ou ne la laisse voir tout entière que rarement ou pendant un temps très-court. C'est pourquoi je cherchai, à l'aide d'une anse métallique recourbée en crochet, à l'attirer en avant et à abaisser son bord libre, mais sans succès, la sensibilité extrême de la face postérieure provoquant la toux au moindre contact d'un instrument. Je réussis mieux en saisissant le bord libre avec une pince faite exprès et dans l'étendue seulement de quelques millimètres. Cette manœuvre n'excitait point la toux, mais seulement une sensation de piqûre assez vive avec écoulement de quelques gouttes de sang. En tout cas, nous arrivâmes à une situation de la langue et de l'épiglotte à la fois meilleure et plus durable, surtout grâce aux essais réitérés du malade, qui, à la longue, finit par abaisser cette lamelle cartilagineuse sans y toucher, pour ainsi dire, et en portant seulement un fil métallique dans son voisinage.

Les difficultés vaincues de ce côté, je m'occupai de conduire une tige métallique flexible jusque sur le polype, d'abord comme exercice préparatoire à l'extirpation, puis pour acquérir, d'après la longueur et la courbure de cette tige, les données nécessaires à la construction des instruments.

Vers le milieu du mois de juin, je réussis pour la première fois à toucher le polype avec la tige métallique, puis avec un fil recourbé en crochet à sa pointe que je parvins à passer au-dessous de la tumeur et de sa membrane d'attache, de façon à reconnaître sa mobilité et sa fixité. Ces essais me révélèrent des particularités curieuses sur la sensibilité de ces diverses parties. La surface du polype lui-même était tout à fait insensible. La membrane d'attache l'était déjà moins. Les cordes vocales supérieures étaient, au contraire, tellement irritables que le moindre attouchement provoquait une toux violente. Les vraies cordes vocales étaient moins sensibles, pourvu que le corps qui les touchait fût lisse; si, au contraire, il présentait la moindre aspérité, la toux survenait aussitôt. La possibilité acquise de toucher, de soulever, de déplacer le polype, restait à choisir, parmi les agents de destruction, entre les moyens mécaniques et les moyens chimiques.

Je rejetai bientôt la cautérisation, parce que le volume du polype ne permettait pas de le détruire avec un caustique énergique sans provoquer un travail de mortification dans la tumeur et les parties voisines. Je ne pouvais davantage songer à la galvano-caustique, car, indépendamment de la peine que j'aurais eue à placer l'anse métallique, je n'avais aucun moyen de garantir les cordes vocales contre la chaleur rayonnante émanée du fil incandescent. L'isolement du fil de platine aurait exigé l'emploi d'un appareil protecteur volumineux qui aurait empêché l'éclairage du larynx et eût été difficile à manier dans cet espace étroit.

Le choix du moyen mécanique n'était pas plus aisé. Je pensai d'abord à saisir le polype le plus près possible de son insertion avec une anse de fil conduite au moyen d'une canule, et à diviser ainsi le pédicule par pression et par traction, comme je l'avais fait autrefois chez un garçon de six ans pour une excroissance polypiforme qui s'était développée dans la trachée après la trachéotomie. L'anse coupante avait été faci-

---

sensiblement, qu'elles sont de quelques secondes au début, et ne doivent pas dépasser cinq minutes, parce qu'on lit dans plusieurs livres sur les bains de mer justement estimés, que la durée de la douche, dont on n'indique pas la température, est de quinze à vingt minutes. Les auteurs de ces livres, probablement, n'ont pas entendu parler de la véritable douche hydrothérapique, et l'on doit d'autant plus le croire, qu'ils ne font aucune mention spéciale de ce mode d'emploi de l'eau de mer.

Indications. — Je termine en indiquant rapidement quelles sont les conditions physiologiques et les divers états pathologiques sur lesquels se fonde l'utilité de l'hydrothérapie marine. Disons d'abord qu'il existe toute une classe de baigneurs, la plus nombreuse assurément, à laquelle ne convient pas la douche comme nous l'entendons; je veux parler des enfants et des jeunes filles délicates et non pubères. Ces jeunes organisations n'ont pas assez de force pour supporter le choc de la colonne d'eau, les arrosages et les affusions qui leur conviennent doivent toujours être modérés, et se pratiquer de préférence aux bords de la mer avant ou après le bain; le grand air et la lumière diffuse en sont les auxiliaires les plus convenables. Mais il y a, au contraire, des personnes assez âgées, en général, quelques-unes jeunes pourtant, qui ont une certaine appréhension de toutes les circonstances qui accompagnent le bain de mer, comme l'impression d'un air trop vif, la vue de vagues plus ou moins grosses, la nécessité de se mêler à d'autres personnes; pour d'autres, ce n'est pas cette sorte de répugnance qui est un obstacle, c'est un sentiment de malaise qu'elles ne peuvent pas vaincre, un effet vraiment défavorable ou une intolérance qu'elles ont vainement cherché à surmonter par une persistance courageuse. J'ai vu une jeune fille de vingt et un ans, affaiblie par de longues souffrances hystériques, et impressionnable au dernier degré, tomber en syncope dès qu'elle sentait le premier contact de la lame, et être obligée de renoncer au bain, malgré sa volonté de s'y soumettre; mais comme elle était très-résolue à chercher un soulagement à son état, elle essaya de l'hydrothérapie, com-

lement conduite autour de la tumeur à travers la plaie du cou; mais, dans le cas actuel, l'étroitesse de l'espace et le volume du polype rendaient ce procédé presque irréalisable.

J'essayai l'emploi de deux instruments : un double crochet pour saisir le polype et un petit couteau à double tranchant recouvert d'une gaîne pour diviser rapidement le pédicule. Ces deux instruments devaient être introduits successivement et retirés ensemble après la section. Je faillis réussir; mais, à la fin, je fus obligé d'y renoncer. Un autre expédient plus exécutable me vint alors à l'esprit : l'introduction de deux instruments était difficile, demandait du temps et masquait la lumière du champ restreint où l'on devait opérer; j'imaginai donc un instrument unique, sorte de ciseaux susceptibles à la fois de fixer le polype et de le séparer à son point d'attache. Si j'eus réussi à opérer la section d'un seul coup, le polype serait tombé dans les bronches ; mais cela m'inquiétait peu, car, ou il aurait été rejeté sur-le-champ par la toux, ou il se serait mortifié et eût été expulsé plus tard avec les crachats. Si, au contraire, la séparation immédiate et totale ne réussissait pas, on pouvait espérer le même résultat par une série de petites sections successives. Dans tous les cas, on devait s'attendre à un écoulement sanguin dans le larynx, mais il n'y avait rien à en redouter, aucun vaisseau important ne devant être lésé.

Je fis donc construire l'instrument représenté dans les planches 31 et 32, en ayant soin de calculer exactement sa longueur et sa courbure, en donnant le plus petit volume possible à la partie destinée à agir dans la profondeur, et en ayant soin d'éviter toute aspérité, toute saillie anguleuse susceptible d'irriter les parties (1). Introduit fermé dans le larynx et jusqu'au polype, il suffit de la plus faible pression pour découvrir et démasquer les lames. Un léger mouvement d'élévation du manche permettait de glisser une de ces lames sous la membrane d'attache et de la porter rapidement vers la partie antérieure du polype. On pouvait, dans un temps très-court, répéter deux ou trois fois la manœuvre, c'est-à-dire l'ouverture et la fermeture des mors (2).

Le 20 juillet, je réussis dès la première introduction à faire trois petites incisions successives; puis, après un court repos, je recommençai et fis encore deux ou trois entailles, soit sur la partie postérieure du polype, soit sur le repli muqueux. Ces incisions, dont le malade n'eut pas la moindre conscience, occasionnèrent un écoulement de sang relativement assez considérable qui dura trois quarts d'heure, mais n'eut pas d'autre effet que le rejet du liquide par la toux; la quantité de sang perdu peut être évaluée à 2 onces. Dans le reste du jour, des mucosités sanguinolentes furent expulsées de temps en temps. La voix et la santé générale n'en éprouvèrent aucun changement.

Le 21 et le 22, la même opération fut répétée avec le même succès; l'écoulement sanguin fut seulement moindre le deuxième jour et presque nul le troisième. La surface du polype présentait alors de nombreuses petites plaies béantes; elle était recouverte de sang, et la tumeur ressemblait assez à un morceau de chair à moitié hachée.

Je me proposais de continuer le 23, mais je m'abstins, à cause de la grande irritabilité du malade et de la fréquence de la toux. Du reste, le polype avait subi d'importantes modifications. La coloration rouge avait presque complétement disparu; elle n'existait plus que çà et là sous forme de stries et de taches ecchymotiques; la plus grande partie de la tumeur était changée en une masse feutrée, fibroïde, grisâtre, tout à fait semblable au tissu cellulaire sphacelé, et qui résultait du passage de l'état inflammatoire à la mortification. Le volume du polype était considérablement diminué, et l'amélioration de la voix était évidente.

Ce travail de destruction, pendant lequel les débris parcellaires du tissu morbide furent rejetés par la toux, marcha si rapidement, que, dès le 25, la presque totalité du corps du polype avait disparu. Il ne restait plus dans l'angle des cordes vocales qu'un moignon aplati, long à peine de 2 lignes, présentant à son extrémité postérieure libre une surface granuleuse et suppurante de 2 lignes carrées. Le malade pouvait déjà parler à haute voix, sans effort. La parole cependant n'était pas encore tout à fait pure : elle était nasonnée, ce qui pouvait tenir aussi, jusqu'à un certain point, à un coryza concomitant. La sensibilité de la glotte n'existait plus. Au commencement d'août, mon frère pouvait être considéré comme guéri, la voix et la parole étant complétement libres et pures.

La surface granuleuse mentionnée plus haut était cicatrisée. Le seul vestige du polype consistait en un petit tubercule aplati n'ayant pas une ligne de diamètre, et si bien caché sous l'angle antérieur de la glotte, qu'il fallait une attention particulière pour l'y apercevoir. Les cordes vocales étaient libres et saines dans toute leur étendue, et il n'y avait plus trace du repli muqueux qui s'insérait à celle du côté gauche. Il est digne de remarque que, depuis la disparition du polype, la glotte se dilatait beaucoup plus largement dans l'inspiration.

Il avait fallu, pour obtenir ce résultat, un temps qui, au premier abord, paraîtra long, c'est-à-dire deux mois. Le premier examen, en effet, avait eu lieu le 22 mai ; l'opération résolue dès ce moment, des exercices préparatoires avaient été répétés presque tous les jours pendant une demi-heure ou une

(1) C'est une longue pince courbe dont les mors s'écartent par la pression exercée sur les branches entrecroisées. Les mors, coudés à angle droit, glissent l'un sur l'autre, près de leur extrémité, à la faveur d'une articulation très-ingénieuse placée sur l'une des branches. Quand l'instrument est ouvert, il figure celui dont les cordonniers se servent pour prendre leurs mesures. Il suffit de cesser la pression sur les branches pour qu'aussitôt les deux mors tranchants se rejoignent.

(2) Cette description est beaucoup plus claire dans l'original. Je l'abrége ici, parce qu'il est d'ailleurs presque impossible de comprendre l'action de l'instrument sans l'avoir sous les yeux ou au moins les planches qui le représentent.

mençant par la douche en pluie très-fine et sans force, arriva à supporter l'impression du froid, et put plus tard prendre bains et douches. Chez une femme de quarante-huit ans, très-nerveuse, ayant la circulation capillaire très-active, malgré son peu d'embonpoint, très-portée aux hémorrhagies utérines, franchissant l'âge critique et éprouvant tous les troubles qui accompagnent quelquefois cette époque de la vie des femmes, c'était un sentiment d'angoisse et des frissons, à l'entrée dans l'eau, qui ne furent pas éprouvés dans la salle d'hydrothérapie, en ayant le soin de commencer par le manteau de pluie fine et faible pendant quelques secondes seulement. Chez un névralgique rhumatisant de cinquante-sept à cinquante-huit ans, très-actif, très-porté aux pratiques hygiéniques par l'eau froide, ayant déjà fait avec succès de l'hydrothérapie à l'eau douce, c'étaient des frissons et des douleurs pendant le bain, qu'il attribuait à l'impression de l'air de la mer, et qui ne se montrèrent pas dans la salle de douches. Je pourrais multiplier les exemples de ces malades qui, pour des raisons de susceptibilité exagérée, naturelle ou morbide, sont obligés de renoncer au bain de mer, quoique se trouvant dans le cas d'en tirer très-bon parti, pour recourir à l'hydrothérapie à ciel ouvert, qu'ils supportent mieux, et à l'aide de laquelle ils arrivent plus tard à pouvoir prendre le bain à la lame.

Quant aux indications hygiéniques et thérapeutiques, qui reposent, comme je l'ai déjà dit, sur les mêmes bases que celles du bain, et qui sont ordinairement fournies par des circonstances particulières de symptômes ou d'affection localisée réclamant une forme mieux appropriée ou une concentration plus active de l'agent employé, elles sont nombreuses aussi, et il suffira d'en citer quelques exemples. Ainsi, parmi les diathèses, celles qui ne consistent que dans un affaiblissement de la constitution par exagération de lymphatisme, s'accompagnent souvent d'engorgement du tissu cellulaire sous-cutané, des ganglions ou des articulations, et la douche appliquée avec précaution sur ces parties y opère par pression et par révulsion des mouvements plus actifs de la circulation

heure jusqu'au 20 juillet, où l'opération radicale avait commencé. A trois reprises, on avait été obligé d'interrompre les exercices, une fois pendant huit jours et deux fois pendant un temps moindre, à cause d'un malaise général et d'accidents analogues à ceux qui avaient suivi les premières introductions du miroir. Si l'on défalque le temps ainsi perdu et celui qu'on employa à essayer les instruments, on trouvera que le traitement réel n'a point été trop long.

Quant à la santé de l'opéré pendant ces deux mois, elle resta tout à fait bonne au commencement, sauf un peu d'irritation de la muqueuse laryngo-trachéale, qui se traduisit surtout la nuit et le matin par de la toux avec expectoration épaisse. Peu à peu l'irritabilité et la nervosité augmentèrent, principalement causées par la tension intellectuelle durant les séances et par l'inquiétude sur le résultat final de cette longue entreprise. L'effort nerveux développé à chaque séance provoquait de véritables frissons et des sueurs froides générales, malgré les chaleurs de l'été qui régnaient alors. En raison de son extrême sensibilité aux variations de température, le malade était obligé de porter des vêtements très-chauds et s'inquiétait de sa santé comme il ne l'avait jamais fait jusqu'alors. La région épigastrique était particulièrement sensible, à ce point que la moindre impression de l'air sur cette partie augmentait la toux et la gastralgie, diminuait l'appétit et occasionnait des phénomènes d'ictère.

Ces accidents acquirent une fois assez d'intensité pour nécessiter, en raison de la fièvre concomitante, le repos au lit pendant plusieurs jours. L'usage de la chaleur et l'emploi de l'aloès avec la rhubarbe réussirent toujours à modérer ces symptômes. Après l'ablation du polype, la toux, qui persistait encore, céda, au bout de quatorze jours, à l'ingestion abondante d'eau gazeuse; puis un séjour égal aux bains de Norderney pendant la deuxième quinzaine d'août suffit pour faire disparaître la sensibilité au froid, de sorte qu'au commencement de septembre mon frère retourna à Berlin pour reprendre ses fonctions. Au mois de janvier 1862, une lettre m'apprenait que la santé était parfaite et que la voix avait repris sa pureté et sa force. L'examen laryngoscopique ne révéla au docteur Lewin aucune trace du mal. Le seul changement appréciable dans la voix consistait peut-être dans la possibilité d'émettre des sons plus hauts.

Nous terminons ici l'extrait que nous voulions faire du premier mémoire de M. Bruns. Nous avons déjà dit qu'indépendamment de l'observation il contenait une description détaillée de l'appareil instrumental, et en particulier d'un mécanisme imaginé dans le but spécial de fixer le miroir laryngien et de laisser à l'opérateur l'usage libre de ses deux mains. Quelques pages substantielles sont de plus consacrées à la pratique de la laryngoscopie en général. Le défaut d'espace seul nous empêche de donner ces chapitres importants.

Obs. II. — M. H... (de Harlem), âgé de trente-sept ans, forte structure, bonne constitution, prédicateur, remarque, en novembre 1861, que sa voix devient rauque et qu'il est obligé de faire effort pour parler haut; de plus, la voix manque parfois au milieu du discours, de façon que, pendant une demi-minute et plus, il est impossible de produire un son ni d'articuler un mot. Point de toux, état général parfait. Aucun traitement n'est institué. M. H... cesse de prêcher en janvier 1862 et parle seulement une fois par semaine, dans une petite salle, devant un auditoire peu nombreux, espérant que le repos de la voix dissiperait l'enrouement. Il n'en fut rien; au contraire, un médecin consulté en septembre toucha pendant plusieurs semaines la surface de l'arrière-gorge avec une solution de nitrate d'argent, sans résultat.

En octobre 1862, le docteur Huet (d'Amsterdam) fit un examen laryngoscopique et constata une rougeur générale de toute la muqueuse pharyngo-laryngée, puis un polype muqueux de 3 ou 4 millimètres de diamètre, d'un rouge sombre, faillant saillie, dans les fortes expirations, au-dessous de la corde vocale inférieure gauche, près de la commissure antérieure de la glotte. Lors de l'émission des sons aigus *a*, *è*, le polype dépassait les cordes vocales et était étranglé par elles. Aussitôt il pâlissait, et le son s'affaiblissait. M. Huet ne put voir que la partie postérieure du pédicule, qu'il supposa devoir être assez large.

Le 22 décembre, le malade vint trouver M. Bruns, qui confirma le diagnostic de M. Huet. Il trouva au bord libre de la vraie corde vocale gauche, à 5 millimètres de son extrémité antérieure, une excroissance hémisphérique lisse, large de 4 à 5 millimètres à sa base, arrondie à son sommet, qui mesure environ 3 millimètres, dirigée horizontalement et faisant saillie vers la ligne médiane, entre les lèvres de la glotte.

La coloration cerise de la tumeur contrastait avec la teinte blanchâtre de la corde vocale qui lui donnait insertion. Le reste de la muqueuse du larynx était modérément rouge; mais la partie supérieure de la trachée, dans l'étendue d'un pouce environ, était vivement injectée. Dans les grands mouvements respiratoires, le polype conservait sa position, sa forme et sa couleur; mais, dans l'émission de l'*é* aigu, alors que l'air est fortement expulsé à travers la glotte rétrécie, la corde vocale droite pressait sur la convexité du polype, qui n'apparaissait plus entre les lèvres de la glotte que comme une sorte de crête rouge, large à peine de 2 millimètres et longue de 5, à convexité arrondie, tournée à gauche. Immédiatement en avant et en arrière de cette crête, les cordes vocales laissaient entre elles un espace béant de moins d'un millimètre; à leur extrémité elles se touchaient.

---

capillaire, qui hâtent la résolution. Celles qui reconnaissent pour cause le vice scrofuleux déterminent plus souvent encore l'engorgement des tissus blancs, du périoste et des os eux-mêmes, ou se compliquent de suppurations indolentes, diffuses ou formées en collection, et là encore le calorique provoqué et la circulation activée par l'action dynamique du froid, par le choc de la douche, et par l'excitation directe ou éloignée de l'eau de mer, amènent plus rapidement et plus sûrement les modifications qu'on poursuit. Les empâtements indolents qui finissent par se fixer sur les articulations des rhumatisants plongés depuis longtemps dans la diathèse sont aussi du ressort de l'hydrothérapie plus que du bain, à cause des vicissitudes atmosphériques de l'air de la plage, et du danger des refroidissements subits dans ce genre de maladie. Les goutteux, qui, en général, pour les mêmes raisons que les rhumatisants, doivent éviter les bains froids, obtiennent quelquefois aussi de bons résultats de la douche dans les formes torpides et anciennes de la maladie. Enfin les cachexies dont la cause première a perdu toute activité, et qui s'accompagnent d'hypertrophie ou d'obstruction des organes splanchniques, de tumeurs ou d'altérations de tissus quelconques, réclament aussi la douche seule ou comme auxiliaire du bain; telles sont les cachexies paludéenne, scorbutique, syphilitique.

S'agit-il d'affections locales dominant l'état général, on en trouve encore un grand nombre qui réclament la douche d'eau de mer. Il y a, par exemple, des anémies cérébrales avec perte de mémoire ou même abaissement de l'intelligence pour lesquelles la douche en pluie fine, modérée d'abord, puis de plus en plus forte, aide beaucoup à la reconstitution organique et fonctionnelle. Dans les troubles de la sensibilité voisins de l'aberration ou même de l'aliénation mentale, chez quelques hypochondriaques, je l'ai vue aussi, dirigée avec beaucoup de prudence et de mesure, produire des effets inattendus; chez d'autres malades de la même catégorie, il fallait déterminer une sorte de perturbation des sensations en variant et multipliant les procédés d'application de l'eau de mer, et la

Cette manœuvre changeait à peine la couleur du polype; aussitôt qu'elle cessait, tout revenait dans le même état qu'auparavant.

La voix est médiocrement faible et enrouée, de sorte que, dans la conversation ordinaire, tout se comprend facilement; on remarque seulement que le malade fait de plus grands efforts. Respiration tout à fait libre; de temps en temps, sensation de défaut d'air et de strangulation. Aucun trouble dans l'état général.

L'examen laryngoscopique offrait peu de difficultés; la langue seule, volumineuse et sur les mouvements de laquelle la volonté du patient était sans pouvoir, dut être saisie par la pointe à l'aide d'une pince et tirée au dehors par le malade lui-même. Attirée ainsi ou déprimée avec une spatule à double courbure, elle cessa bientôt de mettre obstacle aux examens et à l'introduction des instruments. L'ampleur du pharynx et le peu d'irritabilité du voile du palais permirent, au contraire, dès la troisième séance (25 décembre), en tenant de la main gauche le plus grand miroir, de conduire de la droite une anse métallique jusque dans le larynx et même de toucher légèrement le polype. Les deux jours suivants, je pus m'assurer de sa faible mobilité et de sa consistance considérable. Le malade percevait très-bien ces attouchements et ces ébranlements imprimés au polype: ils n'étaient nullement douloureux et causaient seulement une toux légère. Du reste, la corde vocale elle-même supportait tout aussi bien le contact léger et passager du fil, tandis que la toux éclatait au moindre frôlement de la muqueuse qui revêt le larynx au-dessus des cordes vocales.

Après avoir répété journellement les exercices préparatoires pendant un quart d'heure ou une demi-heure, je fis construire des ciseaux pour saisir et diviser la tumeur à sa base; mais si l'introduction de cet instrument fut facile, il me fut impossible, au contraire, de l'ouvrir assez largement pour appliquer les lames aux extrémités du polype et pour être sûr de faire exactement la section au lieu même d'insertion. Cet insuccès tenait au petit volume de la tumeur, à la largeur de sa base et à son siége au voisinage de l'angle antérieur de la glotte, c'est-à-dire dans la région la plus difficilement accessible, enfin à l'impossibilité de donner aux lames des ciseaux une obliquité s'accordant avec celle du polype à son attache. Il convient d'ajouter que le volume des ciseaux masquait dans le miroir l'image des parties et exposait l'opérateur à toucher presque inévitablement la muqueuse laryngienne. Aussi fallut-il y renoncer.

Je tournai mes vues vers un autre procédé qui ne permettait pas, à la vérité, d'exciser et d'extraire le polype d'un seul coup. Réfléchissant à l'extrême facilité avec laquelle j'avais pu jusqu'alors, chez ce malade, atteindre, toucher, déplacer le polype, je songeai à me servir d'une petite lame aiguë à deux tranchants, longue de 12 à 15 millimètres, et montée sur un long manche terminé par une plaque.

Cet instrument très-simple représentait assez bien un cathéter métallique courbe. Le 3 janvier, sans autre aide qu'une pince avec laquelle le malade saisit et fixa lui-même sa langue, et en tenant moi-même le laryngoscope de la main gauche, je réussis, à la troisième introduction, à transpercer de haut en bas la base du polype avec la lame tranchante. Par un petit mouvement latéral, j'attirai la tumeur vers la ligne médiane et l'écartai de la corde vocale qui lui donnait insertion. J'agrandis alors la plaie en faisant marcher le tranchant d'avant en arrière, et je séparai tout à fait la partie postérieure de la tumeur; après quoi je retirai rapidement l'instrument. Le malade avait perçu très-distinctement le contact et la section, mais sans ressentir la moindre douleur. Tout se borna à un léger accès de toux, avec expulsion de mucosités à peine sanguinolentes.

L'examen laryngoscopique, fait sur-le-champ, montra sur la corde vocale gauche, dans le lieu qu'occupait le polype, une petite plaie déprimée portant sur la muqueuse et recouverte d'un mince caillot. La tumeur avait disparu; cependant, en faisant émettre au malade un *é* aigu, elle reparaissait sous forme d'un petit lambeau rougeâtre long de 5 ou 6 millimètres, adhérant seulement à la partie antérieure de la plaie par un tractus muqueux filiforme, et chassé par le courant d'air venu du poumon. Dans l'expiration, il s'élevait et s'engageait entre les lèvres rapprochées de la glotte.

Dans l'inspiration, au contraire, il descendait, s'appliquait contre la paroi du larynx et devenait invisible. J'essayai d'achever l'extirpation en divisant le lien muqueux qui fixait encore le polype, et, dans ce but, j'introduisis un petit crochet; mais la mobilité de la tumeur me fit échouer. Je cessai donc toute tentative, persuadé d'ailleurs que la faible attache qui restait encore se détruirait spontanément, ce qui arriva en effet. Le lendemain, le polype avait disparu, et un petit point noir indiquait seul la place occupée à la partie antérieure de la plaie par le reste du pédicule. La muqueuse d'alentour était un peu gonflée et colorée en rouge par imbibition sanguine.

La voix, aussitôt après l'opération, était redevenue forte et sonore; mais bientôt elle avait perdu de nouveau son éclat par suite du dépôt sur les cordes vocales d'une légère couche de sang coagulé et d'un certain degré d'inflammation traumatique. Lorsque celle-ci fut dissipée, la voix reparut plus pure et plus claire, à ce point que l'opéré put chanter un instant; cependant, elle restait encore un peu voilée quand le malade quitta Tübingen, le 9 janvier. Le laryngoscope montrait, en effet, à cette époque, la petite plaie de la muqueuse rétrécie, superficielle, mais non cicatrisée complétement et entourée encore d'une auréole rougeâtre.

Pendant tout le traitement, la santé générale resta indemne,

douche sous diverses formes, ajoutée au bain, remplissait très-bien ce but. La paralysie ou les affaiblissements de la sensibilité et de la motilité dans une partie quelconque du corps, par suite d'altération anatomique du cerveau ou de la moelle, ou seulement par l'effet d'un trouble nerveux et sans lésion organique, réclament aussi l'action locale excitante, révulsive, reconstitutive de la douche d'eau de mer, qui produit quelquefois des résultats surprenants. Dans l'asthme nerveux ou catarrhal, dans les bronchites anciennes, qui se trouvent ordinairement bien de l'influence de l'air et du bain de mer, il y a, en outre, avantage à opérer sur les parois thoraciques une percussion révulsive ou des mouvements dynamiques destinés à modifier l'innervation et la circulation dans les parties affectées. On sait encore combien l'application de la douche horizontale produit de bons résultats dans la dyspepsie, qui, d'un autre côté, trouve dans le bain de mer un modificateur efficace de l'épuisement des forces qui est la conséquence de l'affection locale; les deux moyens réunis font marcher le traitement vers une solution plus prompte. Il en est de même pour les engorgements des viscères abdominaux et pour les affections catarrhales de l'intestin qui sont passés à l'état chronique, et qui ont épuisé les forces du malade. Mais c'est surtout dans les affections des organes génito-urinaires que l'hydrothérapie marine, seule ou de concours avec le bain, montre son utilité; dans les pertes séminales, dans l'atonie organique ou fonctionnelle, chez l'homme, j'ai tous les jours occasion d'observer ses bons effets; dans les déplacements de matrice par engorgement chronique, par relâchement des ligaments ou par faiblesse, suite de couches répétées, dans les ulcérations, dans les troubles de circulation, les différentes formes de douches ajoutent très-efficacement leur action locale à l'action générale du bain; et bien que je n'appuie pas mes appréciations sur des expériences comparatives avec l'eau de source, je doute que celle-ci agisse aussi énergiquement que l'eau de mer.

Je n'ai pas employé et je n'ai pas connaissance qu'on ait

quoique le malade fût sorti tous les jours et se fût exposé au froid. Je n'observai jamais chez lui cette irritabilité et cette excitation nerveuse qui avaient été si marquées chez mon frère. Cette différence s'explique par la durée beaucoup moindre du traitement, par la constitution beaucoup plus vigoureuse du malade, par l'irritabilité minime de ses muqueuses et aussi par une préoccupation bien moindre sur l'issue de l'opération.

Le 12 mars, M. H... m'écrivit que la guérison était aussi complète que possible. Le 8 février et le 1er mars, il avait prêché pendant une heure sans la moindre fatigue et sans le moindre effort. L'examen laryngoscopique, pratiqué le 16 février par le docteur Egling (de Harlem), démontra qu'il ne restait plus trace ni du polype ni de l'opération, et que toute la surface du larynx était dans les conditions normales.

Ainsi que nous le disions en commençant, avant que le premier fait de M. Bruns fût publié, M. Valker (de Peterboroug) en faisait connaître un autre (*The Lancet*, 1861, t. II, p. 444.), plus remarquable par l'intention opératoire que par le résultat obtenu. Voici le fait :

Obs. III. — Chez un garçon de quatorze ans, affecté depuis plusieurs années de troubles variés du côté des voies respiratoires, le laryngoscope fit découvrir un polype à surface muriforme, gros comme l'extrémité du petit doigt, inséré à la région antérieure du larynx, juste au-dessus de l'attache de la corde vocale droite. Lorsque le malade vint consulter M. Valker, le 12 août 1861, les accidents étaient si menaçants, qu'avant l'interrogation ce chirurgien crut prudent de préparer une canule à trachéotomie en cas d'événement. Cependant l'opération ne fut pas nécessaire. Deux jours plus tard, à titre de moyen palliatif, une canule fut portée dans la trachée à travers la glotte; mais cet instrument dut être retiré, et il ramena dans la cavité un fragment de la tumeur du volume d'un pois.

La respiration en devint plus aisée, et la nature friable du polype étant constatée, M. Valker conçut l'idée de jeter une anse métallique autour du pédicule, afin de le diviser par une sorte d'écrasement linéaire. Quoique l'instrument fût guidé par la vue, grâce au miroir, ce procédé ne put réussir; mais trois fois l'anse métallique arracha des portions de la tumeur, ce qui causa un soulagement considérable. De nouveaux essais d'extirpation étant restés infructueux, on porta le nitrate d'argent sur la portion restante de la tumeur. M. Valker espérait qu'à l'aide de cautérisations répétées il pourrait obtenir une cure complète. L'enfant se remit à travailler, se trouvant mieux qu'il ne l'avait été depuis bien longtemps. Il fut revu le 20 octobre : il travaillait depuis six heures du matin jusqu'à huit heures et demie du soir. Toutefois, il est toujours très-enroué, et sa respiration est sifflante après chaque effort.

A. Verneuil.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Anatomie et physiologie pathologiques.

Considérations sur les localisations cérébrales, et en particulier sur le siége de la faculté du langage articulé, par le docteur Ernest Auburtin.

(Suite. — Voir les numéros 20, 22 et 25.)

La discussion soulevée au sein de la Société d'anthropologie de Paris a eu l'heureux privilége de réveiller les esprits à l'endroit de la localisation de la faculté du langage articulé. Chez les uns, le doute a été remplacé par une conviction reposant sur des faits bien étudiés, et déjà le lecteur a pu juger de l'importance de ceux que nous venons de rapporter; chez d'autres, le zèle a été excité, et bientôt de nouvelles recherches sont venues confirmer ce que nous avions dit au sujet de cette importante question de physiologie cérébrale.

En effet, peu de mois après cette discussion, M. Charcot présentait à la Société de biologie plusieurs cas d'aphémie que je dois signaler ici. Ces observations sont plutôt de simples notes, tant elles sont laconiques, et si elles étaient isolées dans la science, je conviens qu'elles ne seraient pas de nature à projeter une bien vive lumière sur le sujet qui nous occupe; néanmoins, rapprochées d'autres plus complètes, elles ont une signification qu'il est impossible de méconnaître.

Dans la première, il s'agit d'une femme âgée de quatre-vingts ans, ne pouvant prononcer que quelques syllabes, toujours les mêmes, et sans signification aucune. A l'autopsie, on trouve un foyer hémorrhagique au niveau de la scissure de Sylvius gauche. Une cavité plus grande qu'un œuf de pigeon est creusée aux dépens du lobe frontal, et la *troisième circonvolution est détruite dans sa moitié postérieure*, c'est-à-dire depuis le pli du passage jusqu'à l'endroit où elle va se jeter dans la circonvolution transverse.

La malade qui fait le sujet de la seconde observation est une femme âgée de cinquante-deux ans qui était à l'infirmerie de la Salpêtrière dans le service des gâteuses.

Quelques semaines avant son entrée à l'hospice, elle fut prise tout à coup d'une paralysie du côté droit et de perte immédiate et subite de la parole; elle comprenait tout ce qu'on lui disait, répondait aux questions qui lui étaient faites, et cependant elle ne pouvait articuler un seul mot.

---

employé l'hydrothérapie marine dans les maladies aiguës et fébriles, où l'eau de source très-froide fait quelquefois merveille. Je ne veux pas préjuger ce qu'elle produirait si des établissements appropriés au traitement de semblables affections existaient aux bords de la mer; je pense seulement que, dans l'état actuel des choses, et sur les côtes du nord surtout, des tentatives de ce genre ne seraient ni prudentes, ni faciles.

Dr Dutroulau.

Ambulances du corps expéditionnaire du Mexique :

Ambulance du quartier général. — MM. Hounau, médecin-major de 1re classe, chef; Chevassu, médecin-major de 2e classe; Legendre, médecin aide-major de 1re classe; Thomas, id.; Cazeneuve, id.; Champenois, id., Coupard, pharmacien-major de 2e classe.

Ambulances de la 1re division. — MM. Brault, médecin-major de 1re classe, chef; Mouillac, médecin-major de 2e classe; Cret-Duverger, médecin aide-major de 1re classe; Lagreula, id., Poirée, id.; Fernandez Munilla, médecin aide-major de 2e classe; Puig, pharmacien aide-major de 1re classe.

Ambulance de la 2e division. — MM. Coindet, médecin-major de 1re classe, chef; Rioublant, médecin-major de 2e classe; Guéneau, médecin aide-major de 1re classe; Gouchet, id.; Borel, id.; Laval, médecin aide-major de 2e classe; Fabre, pharmacien aide-major de 1re classe.

Ambulance de cavalerie. — MM. Claudel, médecin-major de 1re classe; Lévy, médecin aide-major de 1re classe.

On a installé à Cholula, pour les Mexicains blessés d'abord, ensuite pour les fiévreux évacués des ambulances divisionnaires, un hôpital composé ainsi qu'il suit :

MM. Lespiau, médecin-major de 1re classe, chef; Azaïs, médecin-major de 2e classe; Buez, médecin aide-major de 1re classe; Londe, médecin aide-major de 2e classe; Cornuty, id.; Dreyer, pharmacien aide-major de 1re classe.

— Le corps de santé de l'armée a eu la douleur de perdre M. le docteur Riboulet, médecin principal de 1re classe.

— M. le docteur Denys (de Commercy), si connu par ses belles recherches sur le sang, vient de mourir à Toul.

A l'autopsie, on constate les lésions suivantes :

L'hémisphère droit est sain dans presque toute son étendue.

A gauche, il existe un foyer de ramollissement ayant détruit : 1° la *troisième circonvolution frontale dans presque toute son étendue;* 2° la partie la plus inférieure de la circonvolution transversale; 3° sur le lobe pariétal, la partie la plus inférieure de la circonvolution pariétale transverse; 4° enfin sur le lobe temporo-sphénoïdal, la plus grande partie de la circonvolution marginale inférieure.

Ces deux faits avaient été présentés comme de nouveaux exemples d'aphémie coïncidant avec une lésion d'un point déterminé des lobes antérieurs du cerveau; mais, à peu de temps de là, M. Charcot en communiquait un autre qui semblait devoir détruire les premiers, en montrant que la perte de la parole peut être produite par une altération ayant son siége dans des parties très-différentes de l'encéphale, tantôt, il est vrai, dans les lobes antérieurs, quelquefois aussi dans les lobes moyens. Il n'est pas moins instructif que les autres; voyons donc ce qu'il est.

Il s'agit d'une femme âgée de soixante et un ans, qui fut prise subitement d'une hémiplégie du côté droit. A son entrée à la Salpêtrière, on constate une paralysie des deux membres droits, avec une légère déviation de la bouche du même côté. La malade exécute facilement tous les mouvements avec sa langue, qui n'est pas déviée.

La mémoire et l'intelligence sont conservées en grande partie, mais la parole est très-embarrassée, et le plus souvent elle ne répond que *va si, va si, va si*. A l'autopsie, on trouve l'hémisphère droit tout à fait sain. A gauche, on constate un vaste foyer de ramollissement jaune ayant détruit la moitié *inférieure et latérale du lobe pariétal*, et la *circonvolution marginale inférieure de la scissure de Sylvius.*

Telles étaient les altérations que l'on montrait à la Société de biologie, en faisant remarquer que les symptômes étant les mêmes que dans les cas précédents, et le siége du mal différent, il fallait en conclure que la faculté du langage articulé n'est pas exclusivement localisée dans les lobes antérieurs. M. Broca fut frappé de cette observation, et, soupçonnant quelque erreur possible, voulant d'ailleurs s'éclairer, il demanda à voir les pièces, et voici ce qu'il constata en présence de plusieurs collègues : outre la lésion signalée plus haut, le ramollissement, parvenu à la scissure de Sylvius, s'était propagé d'arrière en avant aux deux circonvolutions de l'insula et à la base de la *troisième circonvolution frontale*, qui était ainsi altérée dans le point où *existaient les lésions dans les autres cas d'aphémie.*

Il n'y a pas bien longtemps qu'à la clinique de M. le professeur Trousseau, on présentait le cerveau d'un malade chez lequel on avait constaté une *perte complète de la parole, avec conservation de l'intelligence*, et cependant, disait-on, les lobes antérieurs étaient dans des conditions normales, la seule lésion ayant son siége sur le *lobe pariétal droit.* Encore un nouveau fait qui devait grossir la masse de ceux que l'on oppose à la doctrine que nous défendons ici, et M. Broca, qui semblait s'être si imprudemment avancé, en se ralliant à elle, fut prié de voir la pièce anatomique. Il devait être curieux, en effet, d'entendre de sa bouche l'explication qu'il allait donner, ou peut-être même de recevoir son abjuration. Certes, sa bonne foi scientifique l'obligeait, en face d'un fait semblable, à confesser que la localisation de la faculté du langage dans les lobes antérieurs du cerveau venait de recevoir un choc qui était bien près de la ruiner; il était donc tout disposé à le reconnaître, — *amicus Plato, sed magis amica veritas;* — cependant il demanda les pièces justificatives du procès. Il constata, en effet, une lésion du lobe pariétal droit; mais il ne borna pas là ses recherches, et un examen plus complet lui permit de reconnaître une *altération profonde de la troisième circonvolution frontale gauche, et dans une assez grande étendue.* Préoccupé, sans doute, de celle du lobe pariétal, qui frappait le plus les yeux, on n'avait pas poussé plus loin, et cette observation si favorable à notre thèse a failli devenir une arme acérée entre les mains de ceux qui la combattent. Une fois la lumière faite, la surprise, comme on se le figure, ne fut pas du côté que l'on pensait.

De pareils faits portent leur enseignement, et plus haut, en parlant de Lelong, ce n'est pas sans raison que je disais qu'en d'autres mains son observation serait devenue un nouvel exemple de perte de la parole sans lésion des lobes antérieurs. Ils montrent combien des recherches de la nature de celles-ci exigent pour le cerveau un examen minutieux, combien il importe de n'omettre aucun détail, combien surtout il est indispensable de procéder par circonvolutions.

Lallemand a été l'un des adversaires de la localisation de la parole dans les lobes antérieurs, et dans plusieurs endroits de ses Lettres sur l'encéphale il revient sur cette importante question. Avant d'aller plus loin, il me paraît utile de rapprocher les faits qui lui ont semblé contraires à cette doctrine, des deux derniers que je viens de mentionner ; nous verrons s'ils méritaient l'accueil qu'ils ont reçu de lui. Je ne veux pas les analyser tous, je me contenterai d'examiner ceux qui lui ont paru sans réplique, et qu'il a considérés comme des arguments péremptoires dans sa longue discussion.

Il s'agit d'abord du malade qui fait le sujet de la première observation de la V^e lettre. Pierre Aubert est un homme âgé de cinquante-cinq ans, qui eut plusieurs attaques de paralysie du *côté droit;* il fut apporté à l'Hôtel-Dieu au mois d'avril 1824; « les efforts que fait le malade pour s'exprimer indiquent qu'il a la conscience de ce qui se passe autour de lui; son impuissance l'afflige même au point qu'il verse des larmes quand on l'interroge ; les impressions qu'il éprouve sont fugaces; quelques paroles consolantes le mettent en bonne humeur ; il rit aussi facilement qu'il pleure ». Il est bien vrai que l'autopsie ne mentionne pas une altération des lobes antérieurs; mais voici ce qu'on trouve : « arachnoïde et pie-mère injectées, difficiles à détacher de la convexité des hémisphères ; sur presque toute la surface du lobe moyen *gauche*, la substance grise des circonvolutions reste adhérente à la pie-mère ; vers la partie moyenne de la face interne ou plane du même hémisphère *gauche*, l'arachnoïde est encore plus intimement unie à la substance grise ;... sur le milieu de sa face convexe, le même lobe moyen gauche offre une mollesse imitant assez bien la fluctuation ; incisée dans tel endroit, la substance médullaire est comme fluctuante.... Après avoir enlevé les parties désorganisées, on sent du côté interne un noyau d'une densité plus grande que celle des parties saines, d'une forme sphérique, du volume d'un *œuf de poule*, occupant la partie *du lobe moyen qui repose sur le ventricule gauche au-dessous du corps calleux, et à la hauteur de la couche des nerfs optiques.* » — A l'occasion de l'observation 3 de la même lettre, Lallemand fait les réflexions suivantes : « Je vous rappellerai que Pierre Aubert avait complétement perdu la parole lorsqu'on l'apporta à l'Hôtel-Dieu; « les efforts qu'il faisait pour s'exprimer indiquaient qu'il avait la conscience de ce qui se passait autour de lui; son impuissance l'affligeait même au point qu'il versait des larmes quand on l'interrogeait. » Voilà qui est bien clair; c'était la faculté de parler, et non l'intelligence, qui manquait; cependant on ne trouve d'altération que dans le lobe moyen de l'hémisphère gauche. »

Voyons maintenant ce que va nous apprendre l'observation 9 de la VI^e lettre. Il est ici question d'un homme de trente ans offrant tous les symptômes de la phthisie, et qui eut la parole embarrassée dans la nuit du 7 au 8 novembre. A la visite du matin, « le malade *bégaye, hésite en parlant*, ne peut *faire entendre que quelques monosyllabes et des sons inintelligibles; il semble se fâcher de ce que les expressions lui manquent, et se sert alors de ses gestes pour se faire comprendre*, ce qui prouve qu'il n'a pas perdu la faculté de *créer des idées*, mais celle de les *exprimer par la parole*.... Du reste, pas de déviation de la bouche ni de la langue, qui conservent toute la liberté de leurs mouvements; pas de paralysie, ni même de faiblesse

dans les membres; aucun autre symptôme que *cet embarras de la parole.* » Les altérations trouvées à l'autopsie sont les suivantes : « *Encéphale.* Il s'écoule une grande quantité de sang après l'enlèvement des os du crâne. La substance cérébrale est peu consistante, et les plus petits ramuscules sanguins sont plus injectés que de coutume. *A la surface inférieure du moyen lobe, en dehors de la couche des nerfs optiques et des corps striés, endurcissement cartilagineux en forme de cupule*, de l'étendue d'une pièce de 3 francs, résistant et criant sous le scalpel, emboîtant, pour ainsi dire, la circonvolution sous-jacente; substance grise de cette circonvolution *ramollie, pénétrée de sang*, récemment infiltrée; substance blanche, également ramollie, et d'une teinte jaunâtre. » Voici maintenant les réflexions qui accompagnent cette observation : « Le seul symptôme qui ait accompagné l'encéphalite, survenue deux jours avant la mort, consiste *dans la perte de la parole.* La bouche n'était nullement déviée; la langue jouissait de tous ses mouvements; le malade avait conservé *toutes les facultés intellectuelles, et en particulier la mémoire des mots*, puisqu'il *écrivait* aussi bien que le lui permettait son éducation négligée. Ce cas présente donc les conditions les plus favorables pour la solution de l'importante question traitée par M. Bouillaud; mais il est tout à fait contraire à son opinion, car la circonvolution ramollie occupait, non pas le lobe antérieur, mais cette partie *inférieure du lobe moyen* qui correspond à la couche des nerfs optiques et aux corps striés. »

J'ai voulu mettre sous les yeux du lecteur les deux observations sur lesquelles Lallemand s'appuie le plus solidement pour combattre, comme il le dit, « *l'opinion de M. Bouillaud* ». Connaissant les arguments les plus importants, il pourra juger des autres.

Que l'on rapproche l'observation de la malade de M. Charcot, ne pouvant répondre que *va si, va si*, de celle de Pierre Aubert, et l'on verra combien elle peut l'éclairer : chez ce dernier, il y a perte de la parole avec conservation de l'intelligence, et à l'autopsie on ne trouve qu'une lésion du *lobe moyen gauche vers le milieu de la face convexe;* chez l'autre, la mémoire et l'intelligence sont aussi conservées, en partie du moins, et la parole est abolie. A un premier examen, ce cas semble être le pendant de celui de Lallemand; la seule lésion que l'on constate tout d'abord est un vaste foyer de ramollissement occupant la *moitié du lobe pariétal gauche*, et cependant, après y avoir regardé de plus près, on trouve une altération profonde de la *troisième circonvolution frontale*, c'est-à-dire dans le point même où existaient les lésions dans les autres cas d'aphémie.

Quant à l'observation 9 de la VI[e] lettre, elle est encore plus incomplète que celle de Pierre Aubert, elle a quelques traits de ressemblance avec celle de M. Trousseau. Le malade de Lallemand avait toutes ses facultés intellectuelles, et en particulier la mémoire des mots; mais il avait une *perte complète de la parole*, et la lésion mentionnée est à la *surface inférieure du lobe moyen, en dehors de la couche des nerfs optiques et des corps striés.* — Est-ce à droite, est-ce à gauche? L'histoire de ce malade est rédigée avec un tel laconisme qu'on ne le dit même pas. — Celui de M. Trousseau, on s'en souvient, avait perdu la parole tout en ayant aussi son intelligence, et la lésion avait son siége *exclusif*, disait-on, sur le *lobe pariétal droit.* Néanmoins, ici comme pour la femme de M. Charcot, un examen plus complet permit de reconnaître une altération profonde de la *troisième circonvolution frontale.*

Que penser maintenant de ces deux observations auxquelles Lallemand attache une si grande importance? N'est-il pas très-probable, sinon certain, que les lésions les plus étendues, les plus apparentes, celles du *lobe moyen*, auront seules attiré l'attention, surtout à une époque où l'on ne soupçonnait guère l'importance d'une altération dans un point aussi circonscrit que l'est la partie libre de la troisième circonvolution frontale, et nous savons déjà que sa lésion seule produit l'aphémie. L'illustre auteur des Lettres sur l'encéphale n'était pas préoccupé à ce moment-là de la localisation de la faculté du langage dans les lobes antérieurs, puisque l'observation de Pierre Aubert a été recueillie à l'Hôtel-Dieu en 1824, c'est-à-dire cinq ans après que l'élève était devenu maître dans cette école de Montpellier, sur laquelle il devait jeter tant d'éclat par un enseignement justement célèbre.

Nulle part Lallemand n'établit la limite des lobes antérieurs, et cette omission, comme j'ai déjà eu l'occasion de le faire remarquer, est une cause fréquente d'erreurs et de regrettables équivoques. Pour lui, comme pour beaucoup d'autres anatomistes, ces lobes comprennent-ils seulement la partie des hémisphères située en avant du chiasma des nerfs optiques, et de l'extrémité antérieure du lobe temporo-sphénoïdal? S'il en est ainsi, comme on peut le croire, une portion du *lobe moyen* est comprise dans le *lobe antérieur*, puisque celui-ci est limité par la scissure de Sylvius, dont il forme le bord supérieur, jusqu'au sillon de Rolando. On comprend que tous ces détails bien précisés sont indispensables pour juger une question de physiologie cérébrale aussi délicate que celle de la localisation de la parole, et que des observations incomplètes ne peuvent rien nous apprendre, surtout quand elles sont en contradiction avec les faits récemment étudiés, et depuis que nous connaissons l'importance d'une lésion dans un point aussi circonscrit que la portion libre de la troisième circonvolution frontale, depuis que nous avons vu des erreurs qu'un examen plus complet a suffi pour dissiper.

Mais, veut-on rattacher l'aphémie à l'altération du *lobe moyen?* Il faudra de toute nécessité que, dans les observations complètes, détaillées, où celui-ci sera altéré, cette fonction soit abolie, comme elle l'est, en effet, quand la portion du lobe antérieur que nous avons signalée est malade. Or, étudiez les faits, parcourez avec soin les Lettres sur l'encéphale, et vous verrez un nombre de cas considérables dans lesquels une lésion du *lobe moyen* a laissé intacte la faculté spéciale du langage articulé. Il faut donc bien admettre que, lorsqu'elle est abolie, une lésion dans un point du lobe antérieur aura passé inaperçue, comme chez la malade de M. Charcot, comme chez celui de M. Trousseau.

Si une altération du lobe moyen pouvait tantôt abolir la faculté du langage articulé, tantôt la laisser intacte, on devrait en conclure qu'il n'y a rien de fixe dans les fonctions dévolues à telle ou telle partie du cerveau; or, cet organe n'échappe pas aux lois qui régissent l'organisme, et cette conclusion d'ailleurs répugnerait plus à Lallemand qu'à tout autre, lui qui est le partisan déclaré du principe des localisations cérébrales : « Je n'en doute pas, dit-il dans sa VIII[e] lettre, chaque fonction intellectuelle ou morale distincte a son siége dans une partie du cerveau. »

Mais, dira-t-on, les faits qui ne vous semblent pas de nature à ébranler la doctrine que vous défendez, allez-vous les considérer comme lui étant favorables; en un mot, s'ils ne sont pas contre, ils seront donc pour? Non, certes, ils doivent être soigneusement écartés, parce qu'ils sont incomplets, et, comme je l'ai signalé plus haut, ils manquent des détails nécessaires à la solution du problème; ce sont de véritables *neutres* dans le débat.

Pour moi, qui ai vécu dans l'intimité de Lallemand, et qui ai été si souvent témoin de son impartialité et de son indépendance scientifiques, je suis convaincu qu'en présence des observations nombreuses et complètes que nous possédons aujourd'hui, il eût été le premier à reconnaître que la localisation du langage articulé dans les lobes antérieurs est une conquête physiologique définitivement acquise. En présence d'une démonstration, il n'a jamais hésité à faire un auto-da-fé de ses opinions, de celles même qu'il avait le plus longtemps caressées, témoin cette circonstance dans laquelle il est venu, avec un noble désintéressement, déclarer en pleine Académie des sciences le procédé de M. Jobert supérieur à l'emploi de sa sonde-érigne dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Ceux-là qui l'ont accusé d'entêtement, de passion dans les

questions scientifiques, le connaissaient bien peu; lui qui n'acceptait jamais d'autres juges que sa conscience et sa haute raison. Je dois à la vérité de dire une fois de plus ce que je sais touchant le caractère d'un homme qui a compté parmi les savants de premier ordre.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 JUIN 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. — *Recherches sur la putréfaction*, par M. *L. Pasteur*. — Nous extrayons de ce travail les principaux passages suivants :

« Toutes les fois que les matières animales ou végétales s'altèrent spontanément en développant des gaz fétides, on dit qu'il y a putréfaction. Cette définition a deux défauts opposés : elle est trop générale, parce qu'elle rapproche des phénomènes essentiellement distincts; elle est trop restreinte, parce qu'elle en éloigne d'autres qui ont même nature et même origine.

» Les résultats que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à l'Académie se rapportent exclusivement à la cause des phénomènes. C'était là le point à élucider tout d'abord, et je crois y être parvenu.

» La conséquence la plus générale de mes expériences est fort simple, c'est que la putréfaction est déterminée par des ferments organisés du genre Vibrion.

» Ehrenberg a décrit six espèces de vibrions, auxquels il a donné les noms suivants : *Vibrio lineola*, *Vibrio tremulans*, *Vibrio subtilis*, *Vibrio rugula*, *Vibrio prolifer*, *Vibrio bacillus*.

» Ces six espèces de vibrions sont six espèces de ferments animaux, et ce sont les ferments de la putréfaction. En outre, j'ai reconnu que tous ces vibrions peuvent vivre sans gaz oxygène libre, et qu'ils périssent au contact de ce gaz, si rien ne les préserve de son action directe.

» Il est de connaissance vulgaire que la putréfaction met un certain temps à se déclarer, temps variable suivant les circonstances de température, de neutralité, d'acidité ou d'alcalinité du liquide. Dans les circonstances les plus favorables, il faut, au minimum, environ vingt-quatre heures pour que le phénomène commence à être accusé par des signes extérieurs. Pendant cette première période, un mouvement intestin s'effectue dans le liquide, mouvement dont l'effet est de soustraire entièrement l'oxygène de l'air qui est en dissolution, et de le remplacer par du gaz acide carbonique. La disparition totale du gaz oxygène, lorsque le milieu est neutre ou légèrement alcalin, est due, en général, au développement des plus petits des Infusoires, notamment le *Monas crepusculum* et le *Bacterium termo*. Un très-léger trouble se manifeste, parce que ces petits êtres voyagent dans toutes les directions. Lorsque ce premier effet de soustraction de l'oxygène en dissolution est accompli, ils périssent et tombent à la longue au fond du vase, comme ferait un précipité; et si, par hasard, le liquide ne renferme pas de germes féconds des ferments dont je vais parler, il reste indéfiniment dans cet état sans se putréfier, sans fermenter d'aucune façon. Ce cas est rare, mais j'en ai rencontré cependant plusieurs exemples. Le plus souvent, lorsque l'oxygène qui était en dissolution dans le liquide a disparu, les vibrions-ferments qui n'ont pas besoin de ce gaz pour vivre commencent à se montrer, et la putréfaction se déclare aussitôt. Elle s'accélère peu à peu, en suivant la marche progressive du développement des vibrions. Quant à la putridité, elle devient si intense, que l'examen au microscope d'une seule goutte du liquide est chose très-pénible, pour peu que cet examen dure quelques minutes. Mais la fétidité de la liqueur et des gaz dépend surtout de la proportion de soufre qui entre dans la matière en putréfaction. L'odeur est peu sensible si la substance n'est pas sulfurée.

» Il résulte de ce qui précède que le contact de l'air n'est aucunement nécessaire au développement de la putréfaction. Bien au contraire, si l'oxygène dissous dans un liquide putrescible n'était pas tout d'abord soustrait par l'action d'êtres spéciaux, la putréfaction n'aurait pas lieu. L'oxygène ferait périr les vibrions qui tenteraient de se développer à l'origine.

» Je vais examiner maintenant le cas de la putréfaction au libre contact de l'air.

» Reprenons notre liquide aéré, cette fois exposé au contact de l'air, par exemple dans un vase largement ouvert. L'effet dont j'ai parlé tout à l'heure, à savoir, la soustraction du gaz oxygène dissous, se produit comme dans le premier cas. La seule différence consiste en ce que les bactériums, etc., ne périssent, après la soustraction de l'oxygène, que dans la masse du liquide, en continuant de se propager, au contraire, à l'infini à la surface, parce que celle-ci est en contact avec l'air. Ils y provoquent la formation d'une mince pellicule qui va s'épaississant peu à peu, puis tombe en lambeaux au fond du vase, pour se reformer, tomber encore, et ainsi de suite. Cette pellicule, à laquelle s'associent d'ordinaire divers mucors et des mucédinées, empêche la dissolution du gaz oxygène dans le liquide, et permet, par conséquent, le développement des vibrions-ferments. Pour ces derniers, le vase est comme fermé à l'introduction de l'air. Ils peuvent même alors se multiplier dans la pellicule de la surface, parce qu'ils s'y trouvent protégés par les bactériums et les mucors contre une action trop directe de l'air atmosphérique.

» Le liquide putrescible devient alors le siége de deux genres d'actions chimiques fort distinctes qui sont en rapport avec les fonctions physiologiques des deux sortes d'êtres qui s'y nourrissent. Les vibrions, d'une part, vivant sans la coopération du gaz oxygène de l'air, déterminent dans l'intérieur du liquide des actes de fermentation, c'est-à-dire qu'ils transforment les matières azotées en produits plus simples, mais encore complexes. Les bactériums (ou les mucors...), d'autre part, comburent ces mêmes produits, et les ramènent à l'état des plus simples combinaisons binaires, l'eau, l'ammoniaque et l'acide carbonique.

» Il y a encore à distinguer le cas très-remarquable où le liquide putrescible est en couche de peu d'épaisseur, avec accès facile de l'air atmosphérique. Je démontrerai expérimentalement que la fermentation et la putréfaction peuvent être alors absolument empêchées, et que la matière organique peut céder uniquement à des phénomènes de combustion.

» Tels sont les résultats de la putréfaction s'effectuant au libre contact de l'atmosphère. Au contraire, dans le cas de la putréfaction à l'abri de l'air, les produits de dédoublement de la matière putrescible restent inaltérés.

» C'est ainsi que si l'on fait fermenter un liquide sucré naturel à l'abri de l'air, le liquide se charge d'alcool tout à fait indestructible, tandis que si l'on opère au contact de l'air, l'alcool, après s'être acétifié, se brûle et se transforme entièrement en eau et en acide carbonique; puis les vibrions apparaissent, et à leur suite la putréfaction lorsque le liquide ne renferme plus que de l'eau et des matières azotées. Enfin à leur tour les vibrions et les produits de la putréfaction sont brûlés par des bactériums ou des mucors dont les derniers survivants provoquent la combustion de ceux qui les ont précédés, et ainsi se trouve accompli le retour intégral à l'atmosphère et au règne minéral de la matière organisée.

(La fin au prochain numéro.)

Académie de médecine.

ADDITION AUX SÉANCES DU 2 ET DU 9 JUIN.

Analyse du rapport de M. Bouley sur la rage, à l'occasion d'un mémoire de M. le docteur BOUDIN, *intitulé :* DE LA RAGE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE LA POLICE SANITAIRE.

(Suite et fin. — Voir les nos 26 et 27.)

Une particularité très-curieuse de l'état rabique, et qui peut avoir une très-grande importance au point de vue diagnostique, c'est que l'animal est *muet* sous la douleur. Quelles que soient les souffrances qu'on lui fait endurer, il ne fait entendre ni le sifflement nasal, première expression de la plainte du chien, ni le cri aigu par lequel il traduit les douleurs les plus vives.

Frappé, piqué, blessé, brûlé même, le chien enragé reste muet; non pas qu'il soit insensible. Non, il cherche à éviter les coups; quand on a allumé sous lui la litière de sa niche, il s'échappe du foyer, et se tapit dans un coin pour se soustraire aux atteintes de la flamme. Lorsqu'on lui présente une barre de fer rouge, et que, emporté par la rage, il se jette sur elle furieux et la mord, il recule immédiatement après l'avoir saisie; le fer rouge appliqué sur ses pattes le fait fuir de même. Il est évident que, dans ces diverses circonstances, l'animal souffre; l'expression de sa figure le dit; mais, malgré tout, il ne fait entendre ni cri ni gémissement.

Toutefois, si la sensibilité n'est pas éteinte chez le chien enragé, comme en témoignent les résultats des expériences qui viennent d'être rapportées, elle doit être moindre que dans l'état physiologique. Ainsi, quand on jette sous lui de l'étoupe enflammée, ce n'est pas immédiatement qu'il se déplace; il y met du temps, c'est le cas de le dire, et, quand il se décide enfin à s'échapper, déjà le feu lui a fait de profondes atteintes. Certains sujets, mais ceux-là font exception, ne lâchent pas la barre de fer rouge qu'ils ont saisie avec leur gueule.

Ces faits autorisent à admettre que les chiens frappés de la rage ne perçoivent pas les sensations douloureuses au même degré que dans l'état normal, et c'est ce qui explique comment il peut arriver qu'ils assouvissent leur fureur jusque sur eux-mêmes.

La conclusion à tirer de ce dernier paragraphe, c'est qu'il y a lieu de se méfier du chien qui ne se montre pas sensible à la douleur dans la mesure qu'on sait lui être particulière, et qu'il faut s'en défier aussi quand il porte sur le corps des écorchures à vif qui ont apparu soudainement.

L'état rabique se caractérise encore par une particularité extrêmement curieuse et d'une importance principale sous le rapport du diagnostic : c'est l'impression qu'exerce, sur un chien affecté de la rage, la vue d'un animal de son espèce. Cette impression est tellement puissante, elle est si efficace à donner lieu immédiatement à la manifestation d'un accès, qu'il est vrai de dire que le chien est le réactif sûr à l'aide duquel on peut déceler la rage encore latente dans l'animal qui la couve.

Et, chose étrange! tous les animaux enragés, à quelque espèce qu'ils appartiennent, subissent la même impression en présence du chien. Tous, en le voyant, s'excitent, s'exaspèrent, entrent en fureur, se lancent sur lui et l'attaquent avec leurs armes naturelles : le cheval avec ses pieds et ses dents, le taureau avec ses cornes; de même le bélier. Il n'y a pas jusqu'au mouton qui ne dépouille, sous l'empire de la rage, sa pusillanimité native, et qui, loin de ressentir de l'effroi à la vue du chien, ne lui en inspire, au contraire, et, fondant sur lui, tête baissée, ne l'oblige à fuir devant ses attaques.

Voilà sans doute quelque chose de bien extraordinaire; mais voici qui l'est davantage encore. Le chien perdrait, semble-t-il, la singulière propriété qu'il possède de mettre en jeu l'excitabilité des animaux enragés, lorsque la maladie dont ceux-ci sont atteints n'est pas de provenance canine. Un cheval, auquel M. Renault avait inoculé la rage du mouton, contracta cette maladie sous sa forme la plus furieuse, car il se déchirait à lui-même la peau des avant-bras à coups de dents. Eh bien! la vue d'un chien ne produisit sur cet animal aucune excitation; celui qu'on lui jeta dans sa mangeoire fut épargné; il le repoussa du bout de sa tête, sans lui faire aucun mal. Mais quand on lui présenta un mouton, il entra à l'instant même dans un accès de fureur terrible, et la pauvre bête saisie par lui fut à l'instant même broyée sous ses dents.

Mais ce fait n'est peut-être qu'une exception : dans le plus grand nombre des cas, ce sont donc les sujets de l'espèce canine qui mettent en jeu l'excitabilité des animaux atteints de la rage.

Rien de plus suspect donc qu'un chien qui, contrairement à ses habitudes et aux inspirations de son naturel, se montre tout à coup agressif pour les animaux de son espèce. De pareilles manifestations sont très-significatives, et si on sait les comprendre, on peut mettre à l'abri les siens, les autres et soi-même des désastres que peut causer la maladie dont ces signes sont des précurseurs infaillibles.

Autre particularité dont la connaissance importe beaucoup au public et pourrait prévenir bien des malheurs.

Il arrive très-souvent que le chien qui ressent les premières atteintes de la rage s'échappe de la maison et disparaît.

Mais dans quelques cas, trop nombreux encore, le malheureux animal, après avoir erré un jour ou deux, et échappé aux poursuites, revient, obéissant à une attraction fatale, vers la maison de ses maîtres. C'est dans ces circonstances surtout que les malheurs arrivent. Et, en effet, au retour du *pauvre égaré*, on s'empresse vers lui; le premier mouvement est de le secourir, car, la plupart du temps, il est misérable à l'excès, réduit à rien, couvert de boue et de sang. Mais malheur à qui l'approche! A la période où il en est de sa maladie, la propension à mordre est devenue chez lui impérieuse; elle domine le sentiment affectueux, si vivace qu'il soit encore, et trop souvent elle le porte à répondre par des morsures aux caresses qu'on lui fait, aux soins qu'on veut lui donner.

Il y a donc lieu, encore ici, de tenir tout au moins pour suspect le chien qui, après avoir quitté, pendant un jour ou deux, le toit domestique, y revient, surtout s'il est dans l'état de misère dont nous venons d'essayer de donner un aperçu.

Tels sont, messieurs, successivement énumérés, les symptômes, les signes, les particularités qui signalent l'état rabique chez le chien. On peut voir, d'après cet exposé, que la rage canine n'est pas une maladie caractérisée par un état de fureur continuelle, telle qu'on la conçoit généralement dans le vulgaire, qui ne croit à son existence et ne la juge que par les manifestations de sa dernière période.

Quand la maladie est arrivée à la période que l'on peut appeler véritablement *rabique*, c'est-à-dire celle qui se caractérise par des accès de fureur, la physionomie du chien est terrible. Son œil brille d'une lueur sombre et qui inspire l'effroi, même lorsqu'on observe l'animal à travers la grille de la cage où on le tient enfermé. Là, il s'agite sans cesse; à la moindre excitation, il se lance vers vous, poussant son hurlement caractéristique. Furieux, il mord les barreaux de sa niche et y fait éclater ses dents. Si on lui présente une tige de bois ou de fer, il se jette sur elle, la saisit à pleines mâchoires, et y mord à coups répétés.

A cet état d'excitation succède bientôt une profonde lassitude; l'animal, épuisé, se retire au fond de sa niche, et, là, il demeure quelque temps insensible à tout ce qu'on peut faire pour l'irriter. Puis, tout à coup, il se réveille, bondit en avant, et entre dans un nouvel accès.

Quand on introduit un chien dans la niche de cet animal en plein accès de rage, son premier mouvement n'est pas toujours d'attaquer et de mordre. Au contraire, la présence de la malheureuse victime qu'on lui livre, que ce soit un mâle ou une femelle, excite en lui le sens génital, et il témoigne, par des

caresses et des attouchements dont la signification n'est pas douteuse, les ardeurs qu'il ressent.

On le voit, en effet, flairer et lécher d'abord les organes génitaux de la pauvre bête qu'on a mise en rapport avec lui. Puis il se rapproche de sa tête et la lèche également. Pendant ces manifestations passionnées, la victime a comme le pressentiment du terrible danger dont elle est l'objet, elle exprime son effroi par le tremblement de tout son corps et cherche à se tapir dans un des coins de la niche. Et de fait, il faut moins d'une minute pour que l'animal malade entre en rage et se jette sur sa victime avec fureur. Celle-ci réagit rarement; elle ne répond d'ordinaire aux morsures qu'en poussant des cris aigus qui contrastent avec la rage silencieuse de l'agresseur, et elle s'efforce de dérober sa tête aux atteintes dirigées surtout contre elle, en la cachant profondément sous la litière et sous ses pattes de devant.

Une fois passé ce premier moment de fureur, l'animal enragé se livre à de nouvelles caresses, suivies bientôt d'un nouvel accès.

Lorsqu'un chien enragé est libre, il se lance devant lui, d'abord avec une complète liberté d'allures, et s'attaque à tous les êtres vivants qu'il rencontre, mais de préférence au chien plutôt qu'à tous les autres. En sorte que c'est une heureuse chance pour l'homme qui peut être exposé à ses coups, qu'il se rencontre à propos un chien dans son voisinage sur lequel l'enragé puisse assouvir sa fureur.

Le chien enragé ne conserve pas longtemps une démarche libre. Épuisé par les fatigues de ses courses, par les accès de fureur auxquels il a trouvé, en route, l'occasion de se livrer, par la faim, par la soif, et sans doute aussi par l'action propre de sa maladie, il ne tarde pas à faiblir sur ses membres. Alors il ralentit son allure et marche en vacillant. Sa queue pendante, sa tête inclinée, sa gueule béante, d'où s'échappe une langue bleuâtre et souillée de poussière, lui donnent une physionomie très-caractéristique.

Dans cet état, il est bien moins redoutable qu'au moment de ses premières fureurs. S'il attaque encore, c'est lorsqu'il trouve sur la ligne qu'il parcourt l'occasion de satisfaire sa rage. Mais il n'est plus assez excitable pour changer de direction et aller à la rencontre d'un animal ou d'un homme qui ne se trouvent pas immédiatement à la portée de sa dent.

Bientôt, son épuisement est tel, qu'il est forcé de s'arrêter. Alors il s'accroupit dans les fossés des routes et y reste somnolent pendant de longues heures. Malheur à l'imprudent qui ne respecte pas son sommeil : l'animal, réveillé de sa torpeur, récupère souvent assez de force pour lui faire une morsure.

La fin du chien enragé est toujours la paralysie.

Il ressort des développements qui précèdent, que, dans un grand nombre de circonstances, le plus grand nombre peut-être, les accidents rabiques qui viennent trop souvent jeter dans la société l'inquiétude, les angoisses prolongées et les plus profonds désespoirs, procèdent surtout de ce que les possesseurs et détenteurs des chiens, dans l'*inscience* où ils se trouvent, faute d'avoir été suffisamment éclairés, ne savent pas se rendre compte des premiers phénomènes par lesquels se traduit l'état rabique du chien, état presque toujours inoffensif au début, — profiter des avertissements que leur donnent par des signes non douteux et facilement intelligibles leurs malheureux animaux, — et prendre enfin à temps des mesures à l'aide desquelles il leur serait possible de prévenir des désastres menaçants.

L'inscience, pour rajeunir cette vieille expression de Montaigne, voilà la cause du mal; voilà ce à quoi il faudrait remédier.

Quels moyens employer?

La divulgation des faits, le frappement répété de l'attention du public par l'exposé de ces faits.

Nous voudrions, ajoute M. Bouley, que la question de la rage fût une question toujours pendante devant vous, comme celle de la vaccine.

Qu'une commission permanente fût nommée, chargée de recueillir, et à laquelle seraient renvoyés tous les documents qui ont trait à cette trop redoutable maladie.

Que, par les soins de cette commission, une instruction fût rédigée, au moins annuellement, aussi courte, aussi succincte et cependant aussi complète que possible, dans laquelle on dirait, on répéterait au public tout ce qu'il doit savoir pour bien connaître la rage canine.

Cette instruction devrait recevoir la plus grande publicité possible, par la voie des journaux, des almanachs, des différentes publications qui se proposent la propagation des connaissances utiles à tous.

Elle devait être affichée partout et dans toutes les saisons; il faudrait enfin que le son de cette cloche d'alarme se fît entendre souvent, très-souvent, afin que les esprits fussent tenus en éveil et conséquemment en garde.

De cette manière, on ferait disparaître les préjugés qui courent sur la rage. On ne croirait plus à l'*hydrophobie*, comme symptôme infaillible dont l'absence doit donner de la sécurité; on s'inquiéterait d'un chien qui s'agite sans cesse et sans but apparent, dont l'appétit s'est perverti, dont l'aboiement s'est modifié, qui se montre caressant outre mesure pour son maître, et exceptionnellement agressif pour les animaux de son espèce, qui reste muet sous la douleur des châtiments, etc., etc. Et grâce à cet enseignement, les chances des accidents rabiques diminueraient à coup sûr. Que chacun se protége soi-même, pour la connaissance de ce qui est nécessaire à sa propre préservation, ce sera là, nous en avons la conviction bien profonde, la meilleure, la plus efficace des prophylaxies.

C'est assez dire que nous croyons peu à la puissance des mesures administratives qui, jusque aujourd'hui, ont été mises presque exclusivement en pratique pour empêcher la propagation de la rage dans l'espèce canine, et sa transmission par elle à l'espèce humaine.

Aussi bien, du reste, les statistiques annuelles ne démontrent-elles pas que, quelles que soient, à cet égard, les prescriptions de la police, les chiffres des accidents rabiques ne diminuent pas. Ce résultat suffit pour permettre d'apprécier la valeur des mesures actuellement mises en pratique.

Mais, nous dira-t-on, parmi ces mesures de police, il en est une qui, si l'on tenait la main à ce qu'elle fût rigoureusemont observée, devrait être très-efficace : c'est le musèlement. Les résultats obtenus en Prusse, d'après ce que M. Renault a rapporté, n'en témoignent-ils pas?

Ces résultats, produits par l'énergie de la police prussienne, sont vraiment si merveilleux que nous n'avons pu nous défendre de concevoir des doutes sur leur authenticité absolue.

Il paraît, du reste, que depuis la publicité que M. Renault leur a donnée en France, ils ont été contestés à Berlin même, et qu'ainsi notre regretté collègue aurait été trompé par des communications administratives inexactes.

Quoi qu'il en soit, il est certain qu'en France, et à Paris notamment, la manière dont on pratique le musèlement est une pure fiction, et que, dans l'état actuel des choses, on ne peut pas apprécier la valeur prophylactique de cette mesure de police qui ne reçoit pas et n'a jamais reçu une application réelle. De fait, il vaudrait tout autant, pour satisfaire aux prescriptions réglementaires, figurer avec un pinceau, sur la tête des chiens, le tracé d'une muselière, qu'appliquer celles qui sont usuelles aujourd'hui, lesquelles consistent dans une simple courroie passée sur le chanfrein, assez lâche pour permettre la respiration buccale et l'aboiement, et, par conséquent, à peu près inutile pour empêcher la morsure.

La muselière d'aujourd'hui n'est donc, à vrai dire, qu'un subterfuge, une manière de paraître observer la loi, tout en l'éludant. Et il devait en être ainsi, car la loi a exigé l'impossible en prescrivant l'application autour de la tête du chien d'un appareil de coercition qui s'opposerait à l'écartement de ses mâchoires.

Le chien a les cavités nasales trop étroites pour respirer

exclusivement par le nez, comme fait le cheval; il faut qu'il respire par sa gueule béante, qu'il transpire par sa langue et toute sa muqueuse buccale; il faut conséquemment qu'il puisse ouvrir ses mâchoires.

Le problème à résoudre est donc celui-ci : appliquer autour de la tête du chien un appareil qui, tout en lui laissant la liberté de la respiration buccale, l'empêcherait cependant de se servir de ses mâchoires pour attaquer et pour mordre.

Un moyen simple de résoudre ce problème serait de fixer autour de la tête du chien une sorte de cage, semblable, en petit, au panier à salade, assez spacieuse pour que l'écartement des mâchoires y fût bien libre; ce serait là, certainement, un appareil efficace contre les morsures. Mais, au point de vue esthétique, on ne saurait se dissimuler qu'il laisserait beaucoup à désirer. Or il faut craindre le ridicule, surtout en France. La mesure la plus utile, si elle prête à rire, court la chance de rencontrer dans son application des obstacles impossibles à surmonter.

Heureusement que ce problème vient de recevoir, dans ces derniers temps, une meilleure solution. Deux muselières, construites d'après les mêmes idées, viennent d'être inventées, l'une par M. le professeur Goubaux (d'Alfort), l'autre par M. Charrière (de Lausanne). On a pu en voir des spécimens à l'exposition des chiens à Paris. Toutes deux permettent de désarmer l'animal de ses mâchoires, tout en lui laissant la liberté de respirer gueule béante et langue pendante.

Ces muselières sont formées de deux pièces articulées, plus longues que les mâchoires du chien auquel elles sont destinées, les garnissant périphériquement, susceptibles de s'écarter sous l'influence de l'action des muscles qui ouvrent la bouche, et, quand la bouche se ferme, revenant sur elles-mêmes par l'action d'un ressort très-simple.

Ces ingénieux appareils peuvent permettre aujourd'hui d'appliquer avec rigueur la mesure du musèlement, tout en exemptant le chien d'une contrainte impossible à supporter. Nous désirerions donc que l'expérience en fût faite d'une manière réglementaire, avant de rejeter le musèlement comme une mesure tout au moins inutile.

Je sais bien qu'on objecte à cette mesure que c'est surtout dans l'intérieur des maisons, où les chiens ne sont pas muselés, que se produisent les accidents de morsures. Sans aucun doute; mais les chiens qui mordent à l'intérieur ont été, eux, mordus à l'extérieur, dans leurs pérégrinations à travers les rues, et ils n'ont pu être mordus que parce que leurs agresseurs n'avaient pas de muselière ou n'en portaient que de fictives.

La question du musèlement est donc encore à résoudre, et avant de formuler un avis contraire à cette mesure de police, il faut qu'une expérience bien faite ait permis enfin d'en apprécier la véritable valeur.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Grosgurin* (de Saint-Claude) et *Fouquet* (de Vannes). — *b.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans les départements de la Meurthe, de l'Isère et des Côtes-du-Nord. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Tholozan*, qui sollicite le titre de membre correspondant national, et envoie, à l'appui de sa candidature, une *note sur les connaissances anatomiques et médicales des Persans.* — *b.* Une note de M. *Ber* (de Lima) sur un cas d'hydrocéphalie congénitale. — *c.* L'extrait d'un *Mémoire sur les signes de la mort*, par M. le docteur *Crimotel.*

3° M. *Mathieu* présente un *polypotome laryngien* et une *pince à polypes laryngiens.*

Le premier instrument est une espèce de tonsillotome en miniature construit en forme de ciseaux, de manière à pouvoir être manœuvré avec le pouce et l'index. Il est composé : 1° d'une lame; 2° d'un point d'appui; 3° d'une petite pince qui saisit le polype au moment où il est excisé. Tous ces mouvements s'exécutent par le simple rapprochement des anneaux.

Cet instrument a déjà été employé avec succès par MM. Fauvel, Mandl et Ozanam.

Le second instrument est une pince à mors parallèles, qui saisit et écrase les tumeurs laryngiennes. Elle est disposée de manière que l'on puisse changer la disposition des mors, c'est-à-dire les placer à volonté du côté droit ou du côté gauche, en avant ou en arrière.

M. *Velpeau* offre, au nom de M. *Mattei*, la 4e livraison du tome II de la CLINIQUE OBSTÉTRICALE.

M. *Gosselin* présente une brochure SUR LES EFFETS DES TRACTIONS ET DES TORSIONS EXERCÉES SUR LES BRAS ET LES MAINS DES ENFANTS, par M. le docteur *Alix.*

M. *le Président* annonce à l'Académie que M. *Reynal* est adjoint à la commission chargée de présenter une liste de candidats pour la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

Lecture.

OBSTÉTRIQUE. — M. *Devilliers* lit un RAPPORT SUR LES INSTRUMENTS DILATATEURS DE L'UTÉRUS, DES DOCTEURS DAUDÉ (de Marvejols), LÉPINE PÈRE ET MOYNE (de Dijon), POUR PROVOQUER L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

M. le rapporteur passe sommairement en revue les divers procédés mis en usage pour provoquer l'accouchement prématuré, à savoir, le tamponnement du vagin, les douches utérines, le décollement des membranes et la dilatation du col de l'utérus. Il énumère les instruments imaginés pour obtenir ce dernier résultat, et il s'arrête d'une manière spéciale sur les dilatateurs de caoutchouc, dont l'ampoule terminale, mise en communication avec un tube insufflateur, est susceptible d'acquérir un très-grand volume et d'agir avec promptitude. Après une description de l'appareil de M. Daudé, M. Devilliers rappelle qu'il a lui-même fait construire en 1847 un appareil analogue auquel il ne tarda pas à renoncer, vu les résultats peu avantageux qu'il avait obtenus de son emploi.

L'appareil de M. Daudé, quoique le mécanisme en soit plus simple et l'application plus facile, a échoué dans un cas observé par M. Devilliers, à la Maternité de Dijon, au mois d'octobre 1862. C'est dans cette circonstance que MM. les docteurs Lépine père et Moyne proposèrent l'usage d'un dilatateur très-simple dont ils avaient déjà conçu l'idée et qu'ils construisirent instantanément avec une sonde ordinaire n° 8 ou 9, près de l'extrémité de laquelle on fixe un de ces petits ballons de caoutchouc non vulcanisé qui sert de jouet aux enfants. La dilatation utérine réussit; mais il y eut un décollement partiel du placenta qui amena une hémorrhagie légère et facile à réprimer. L'accouchement néanmoins ne put être terminé que par des applications réitérées de forceps, auxquelles M. Devilliers attribue la mort de l'enfant.

« L'ampoule dilatatrice de M. Daudé, ajoute le rapporteur, a été insuffisante dans l'observation qui précède; cependant l'idée qui a présidé à sa construction est excellente, en raison même de sa simplicité.

» L'instrument de MM. Lépine et Moyne, outre sa simplicité et sa facilité de construction, est aisé à introduire dans la cavité du col et de l'utérus, où la sonde le dirige sans crainte de lésion. Il n'exige, d'ailleurs, ni mandrin ni tige particulière. La saillie légère que produit sur la sonde l'attache du ballon suffit pour servir de guide et indiquer d'une manière précise à quelle profondeur on l'introduit. Le ballon se gonfle très-aisément et peut acquérir jusqu'au volume d'une tête de fœtus de quatre à cinq mois. L'appareil est assez léger pour rester en place jusqu'à ce que son gonflement, la dilatation de l'orifice et les contractions énergiques de l'utérus le chassent hors de cet organe. Enfin le corps de la sonde de gomme, grâce à son ramollissement facile, ne produit aucune gêne sensible dans le vagin. »

M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à MM. les docteurs Daudé, Lépine père et Moyne, et de déposer leurs communications et leurs instruments dans les archives de l'Académie.

M. *Depaul* craint qu'on ne fasse plus de cas qu'ils ne méri-

tent des instruments dilatateurs du col utérin. Il a peu de tendance, en ce qui le concerne, à adopter trop aisément les appareils nouveaux. Pourquoi renoncer à l'éponge préparée, ce vieux procédé qui réussit si bien dans la grande majorité des circonstances. Les ampoules de caoutchouc, si l'on n'en excepte celle de M. Tarnier, qui a des limites à sa dilatation, ces ampoules ont le grand inconvénient de se dilater souvent outre mesure, et d'entraîner des dangers graves, soit en décollant prématurément les membranes et le placenta, soit en augmentant outre mesure le volume de l'utérus.

Quand il est nécessaire de recourir à l'accouchement prématuré artificiel, il vaut mieux employer, soit l'éponge préparée, soit encore les douches vaginales, qui provoquent si remarquablement les contractions utérines d'une manière lente et progressive, à l'imitation de la nature elle-même.

M. *Devilliers* n'a pas voulu, dit-il, exalter outre mesure les instruments dilatateurs; il croit, comme M. Depaul, qu'il serait toujours imprudent de pousser trop loin la dilatation de l'utérus; mais il pense aussi que, dans quelques cas rares et bien déterminés, ces appareils peuvent être employés avec toute la réserve que commande la prudence, cela va sans dire.

Si l'orateur n'a point mentionné le dilatateur de M. Tarnier, c'est parce que M. Depaul est chargé de l'examen de cet instrument et d'un rapport sur son utilité.

M. *Depaul* maintient que les dilatateurs sont des instruments dangereux sur lesquels l'expérience n'a pas suffisamment prononcé.

M. *Devilliers* croit que l'expérience n'ayant pas encore suffisamment prononcé, de l'aveu même de M. Depaul, il serait prématuré de les condamner tout aussi bien que de les préconiser.

M. *Depaul* voudrait que l'Académie n'encourageât pas l'emploi de ces instruments en adoptant sans modification les termes trop bienveillants du rapport.

M. *le Président* invite M. le rapporteur à atténuer les éloges qu'il a donnés aux dilatateurs utérins.

Les conclusions du rapport de M. Devilliers sont mises aux voix et adoptées.

Discussion sur la fièvre jaune.

M. *Poiseuille* reprend le récit des faits exposés par M. Mêlier dans son rapport, et, les comparant à ceux de l'épidémie de Marseille en 1832, il s'efforce d'établir que, si dans le premier cas il est permis de mettre en doute la transmission directe des accidents, la contagion est incontestable dans le second.

On ne saurait contester non plus qu'il ne s'agisse bien réellement de la fièvre jaune dans l'épidémie de Saint-Nazaire, et que cette maladie n'ait été importée de la Havane par le vaisseau l'*Anne-Marie*. Les preuves accumulées par M. Mêlier rendent la démonstration de ces faits sans réplique.

M. *le Président* fait remarquer à l'orateur que jusqu'à présent il n'a fait que paraphraser le rapport de M. Mêlier; il l'invite à passer le plus vite possible à la partie critique et originale de son argumentation.

M. *Poiseuille* déclare qu'il partage les opinions de M. Mêlier; et il pense que la meilleure manière d'établir cette conformité de sentiments c'est de répéter les mêmes faits, et de reproduire les mêmes arguments.

Cela posé, M. Poiseuille continue la narration sommaire des observations recueillies par M. Mêlier à Saint-Nazaire.

Il en tire la conclusion qu'il est absolument nécessaire d'assainir les navires et d'en soumettre toutes les parties à une aération large et presque continue. Sur ce point, il partage pleinement l'avis de M. Michel Lévy, qui a dit avec beaucoup de raison « que la prophylaxie nautique se résume tout entière dans la ventilation des navires ».

L'orateur fait observer combien l'organisation actuelle des bâtiments est peu en rapport avec ces préceptes de l'hygiène. La cale est entièrement et hermétiquement fermée, quand les écoutilles sont abaissées; de plus, les parois du navire au niveau de la cale sont imbibées d'eau; cette eau suinte continuellement au dedans et entretient une humidité fâcheuse, très-propre à augmenter les conditions d'insalubrité de la partie profonde du vaisseau. Ainsi, air confiné, humidité provenant de l'imbibition des parois par l'eau de mer, voilà deux causes d'insalubrité permanentes dans la cale des vaisseaux.

M. Poiseuille voudrait que les parties intérieures des navires, et surtout la cale, fussent soumises à une ventilation fréquente et énergique qui balayerait d'une manière continue les émanations délétères.

Les faits de l'*Anne-Marie* démontrent d'une façon si frappante, suivant l'orateur, les dangers d'une cale insalubre, d'une cale fermée et non ventilée, qu'il s'étonne que M. Guérin leur ait donné une interprétation différente de celle que leur a donnée M. Mêlier, et qu'il ait placé, non dans la cale, mais dans l'homme même, le foyer principal de l'infection morbide.

L'orateur donne la description d'un procédé de son invention destiné à la ventilation et à l'assainissement des cales des navires. Il décrit ensuite un ventilateur-aspirateur imaginé par M. Noualhier, et qui pourrait rendre les plus grands services à l'hygiène en général et à celle des vaisseaux en particulier.

M. *le Président* demande si cet appareil a déjà reçu une application.

M. *Poiseuille* répond que ce ventilateur est employé dans une usine métallurgique où les ouvriers sont exposés à une température de 50 à 55 degrés.

L'inventeur s'empressera, si l'Académie le désire, de le faire fonctionner sous ses yeux dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Sur quelques publications récentes relatives à la pathologie mentale.

(Suite. — Voir les numéros 22 et 24.)

Je ne parlerai pas ici spécialement de quelques livres dogmatiques d'une date récente, tels que le Traité des maladies mentales, par M. *Morel;* la Psychologie morbide, par M. *Moreau* (de Tours); la Folie lucide, par M. *Trélat;* les Hallucinations, par M. *Brierre de Boismont.* Il a été longuement question de ces ouvrages dans ce journal, et si je les rappelle quelquefois dans la suite de ce travail, ce ne sera qu'à titre de documents et d'une manière tout à fait incidente.

Mais il est deux publications plus nouvelles encore, qui résument fidèlement l'état actuel de nos connaissances en pathologie mentale, et dont je vais essayer de présenter simultanément une analyse critique et une étude comparative; c'est le Traité pratique des maladies mentales, par M. *Marcé* (Paris, 1862; chez J.-B. Baillière et fils), et le Traité élémentaire et pratique des maladies mentales, par M. *Dagonet* (Paris, 1862; chez J.-B. Baillière et fils).

Je m'occuperai aussi du livre de M. l'inspecteur général *Girard de Cailleux*, intitulé : Études pratiques sur les maladies nerveuses et mentales (Paris, 1863; chez M. J.-B. Baillière et fils); des recherches statistiques de M. *Legoyt*, sur le mouvement de l'aliénation mentale en Europe et en Amérique, et de divers autres travaux, qui, pour n'être pas d'aussi longue haleine que les précédents, n'en empruntent pas moins une grande valeur, soit à l'importance ou à la nouveauté du sujet, soit à l'autorité de l'écrivain.

M. Marcé et M. Dagonet, bien qu'observant tous les deux sous un ciel différent et écrivant, l'un sur les bords de la Seine, l'autre sur les bords du Rhin, appartiennent sensiblement à la même école, et professent à peu près les mêmes doctrines.

Tous les deux répugnent à considérer la folie comme d'essence purement psychique, et accordent un rôle important aux lésions matérielles de l'encéphale dans la production ou dans le développement de cette maladie. Mais M. Marcé, sur ce point, est plus explicite et plus osé que son confrère. Ce n'est, on le voit bien, qu'à son corps défendant qu'il fait intervenir le spiritualisme dans la pathogénie de l'aliénation ; et s'il range encore la folie parmi les névroses, c'est avec regret, c'est à titre provisoire, en attendant que les progrès ultérieurs de la science permettent de lui assigner une plaee mieux déterminée dans le cadre nosologique.

« En vain, dit-il, on a prétendu que la folie était une maladie de l'âme, une maladie sans matière... L'âme immatérielle ne saurait être malade, et ne doit pas être mêlée à toutes les défaillances de l'organisme... J'ai la conviction qu'à une modification maladive de l'intelligence correspond toujours une modification connue ou inconnue, soit du cerveau lui-même, soit des conditions matérielles à l'aide desquelles il fonctionne, etc. »

A la bonne heure, voilà une profession de foi franchement organicienne, et qui ne laisse rien à désirer ; elle tient compte des aequisitions du passé, aussi bien qu'elle fait largement la part aux progrès de l'avenir.

M. Dagonet s'engage aussi dans la voie de l'organicisme ; mais, comme je l'ai laissé entrevoir tout à l'heure, d'un pas moins ferme et moins résolu que M. Marcé ; je dirai même qu'il s'y engage, — qu'on me passe l'expression, — un peu au rebours de son confrère. En effet, tandis que M. Marcé veut que la lésion cérébrale domine la scène morbide, et tienne, pour ainsi dire, la tête du cortége pathologique, M. Dagonet ne la fait venir qu'au second plan. « On doit reconnaître, dit cet auteur, que les maladies mentales exercent sur l'organe cérébral une action plus ou moins puissante, et que, si dans l'origine une simple modification vitale est souvent la seule condition morbide d'où dépendent les aberrations psychiques de la folie, plus tard, à mesure que l'état chronique se prononce, le cerveau subit insensiblement des altérations organiques, que l'on doit, par conséquent, considérer comme le résultat de l'excitation imprimée à ses plus éminentes fonctions. » Ainsi, suivant M. Dagonet, la lésion matérielle de l'encéphale, au lieu de précéder toujours la perturbation fonctionnelle, n'en serait le plus souvent que la conséquence ultime. Autant vaudrait dire que, dans la pneumonie, par exemple, l'hypérémie inflammatoire du parenchyme pulmonaire est le produit de la dyspnée, des crachats sanguinolents et de la crépitation, au lieu d'en être la cause anatomique. N'est-il pas plus rationnel d'admettre que l'altération matérielle de l'organe provoque le trouble de ses fonctions, et préexiste au développement des phénomènes morbides? Pourquoi le cerveau échapperait-il à cette loi de pathologie? Sans doute, c'est surtout et le plus souvent dans les périodes avancées de la folie que l'autopsie révèle des lésions cérébrales *sensibles*. Mais sur quoi se fonder pour dire que ces lésions sont le dernier terme et comme la résultante de l'évolution pathologique? De ce qu'elles ne sont pas appréciables à nos sens dès le début, est-ce un motif pour en nier l'existence? Si on ne les trouve pas alors, c'est qu'on les cherehe à l'aide de procédés insuffisants et imparfaits ; ou bien encore c'est qu'elles ne sont point assez accusées pour frapper nos yeux. Assurément, de pareilles réserves sont permises et même nécessaires lorsque l'anatomie et la physiologie normales et pathologiques du eerveau sont encore si mal eonnues et si mal explorées. Que savons-nous, en effet, de bien précis sur la structure intime de cet organe et sur les attributions de ses diverses parties? Possédons-nous des moyens assez subtils, des instruments assez parfaits, pour pénétrer jusqu'aux éléments d'une organisation si obscure, et pour découvrir les causes matérielles, souvent insaisissables, qui suffisent pour en troubler le mystérieux mécanisme? Connaissons-nous toutes les eonditions pathogéniques eapables de porter atteinte à un tissu si délicat, et de jeter le désordre dans le jeu de ses facultés? Enfin, savons-nous exactement de quelle manière et dans quelle mesure ses éléments histologiques doivent être lésés ou altérés pour produire un dérangement fonctionnel ?

Avec des allures organiciennes si timides, M. Dagonet ne pouvait pas prétendre à formuler une nouvelle classification des maladies mentales. Il adopte donc prudemment celle d'Esquirol, à laquelle il ajoute pourtant deux espèces morbides bien définies aujourd'hui : la stupidité et la paralysie générale.

Quant à M. Marcé, conséquent avec lui-même, et poussant jusqu'à l'extrême rigueur la logique de ses convictions, il rejette toute méthode de nosologie mentale fondée principalement sur la psychologie pure, et il déclare que le seul moyen d'arriver à un résultat vraiment utile, c'est d'envisager la folie comme une maladie, et d'appliquer à son étude les méthodes purement médicales, c'est-à-dire l'observation complète et rigoureuse, combinée avec une généralisation prudente, et permettant de remonter par une induction logique des faits particuliers à la classification des maladies, à leur siége, à leur nature.

Par malheur, la science n'est point eneore assez avancée pour que ces principes puissent recevoir une entière application et passer dans le domaine des faits accomplis. M. Marcé, d'ailleurs, est un esprit trop sage et trop réservé pour poser sa doctrine comme une réalité ; il se contente de l'affirmer comme une tendance. Sa classification des maladies mentales en est la preuve. Dans l'impossibilité où il est actuellement de la baser d'une manière unique sur la nature même et le siége anatomique précis de l'affeetion, prenant en égale eonsidération les éléments morbides prédominants, à quelque ordre qu'ils appartiennent, l'auteur adopte une classification mixte, fondée tantôt sur les symptômes, tantôt sur les lésions intellectuelles, tantôt sur l'anatomie pathologique. Il ne se dissimule point tout ce qu'il y a de défectueux et d'incorrect dans une pareille nomenclature, ni toutes les objections dont elle est passible ; mais il trouve une excuse suffisante dans la difficulté de mieux faire, et une sorte de justification dans l'autorité de MM. Ferrus, Parehappe et Baillarger, sous le patronage desquels est placée la nouvelle classification. Du reste, M. Marcé n'a pas manqué d'indiquer, au préalable, les raisons qui l'empêchent d'adopter soit la classification séméiologique d'Esquirol, soit la classification étiologique de M. Morel. Nous croyons avec lui que toute nomenclature nosologique, fondée exclusivement sur les causes ou sur les symptômes pêche par la base, et ne saurait fournir des types bien définis, des groupes nettement tranchés. L'idéal sur ce point consisterait évidemment à établir les divisions primaires ou fondamentales, les *genres*, sur la nature et le siége connus des lésions, et les divisions seeondaires, les *espèces*, les *formes*, sur l'expression phénoménale ou, dans des cas plus rares, sur certaines spéeificités étiologiques (virus, intoxications, etc.). Cette entreprise serait aujourd'hui prématurée pour l'aliénation mentale ; mais il n'est point téméraire de compter d'ores et déjà son suecès parmi les échéances les plus assurées de l'avenir.

Ce qu'on pourrait appeler la pathologie générale de la folie a été soigneusement exposé par les auteurs des deux nouveaux traités, mais toujours avec des tendances et des nuances d'opinions un peu différentes, eomme nous allons le voir.

M. Dagonet, selon moi, a accepté trop facilement, sans une eritique et un eontrôle suffisants, tout ee qui a été dit et écrit par ses devanciers sur l'étiologie de l'aliénation mentale. Ainsi, il fait trop volontiers figurer parmi les eauses de la folie, la eivilisation, l'agglomération de la population, l'influenee des idées régnantes, de l'éducation, de l'état civil et des opinions religieuses.

Il invoque, il est vrai, des témoignages imposants, ceux de Humboldt, de Splengler, de Moreau (de Tours), de Guislain, du père Smet, du docteur Williams, pour affirmer que la folie est un produit de la civilisation et qu'elle est relativement très-rare chez les peuples sauvages. Mais sur quels documents sé-

rieux est fondée une opinion semblable? Les auteurs précités ont-ils vécu assez longtemps et d'une manière assez intime au milieu des barbares, pour avoir pu faire le dénombrement exact de leurs aliénés? Ont-ils pu se livrer à une enquête minutieuse? Ont-ils dressé quelque statistique à l'appui de leur assertion? Existe-t-il dans les nations nomades de l'Afrique et de l'Asie une police sanitaire qui preserive la recherche des fous et leur séquestration dans des établissements spéciaux? Comment donc pouvez-vous savoir s'il y en a plus ou moins que dans les contrées civilisées de l'Europe?

Et puis, cela serait-il, pourquoi donc accuser la civilisation de ce malheur? Ne peut-on pas faire intervenir, et avec plus de raison, d'autres influences peut-être plus actives et à coup sûr plus vraisemblables, celles, par exemple, des *races* et du climat? C'est là une question inexplorée et bien digne des méditations des manigraphes.

L'action néfaste de l'éducation n'est pas plus démontrée, Dieu merci! que celle de la civilisation. Ce que je viens de dire de l'une est entièrement applicable à l'autre; et je ne puis souscrire aussi facilement que M. Dagonet aux termes rigoureux par lesquels Guislain a dénoncé l'imprimerie comme un des agents de propagation les plus dangereux de l'aliénation mentale.

En résumé, tout ce qu'on a débité sur ce point au préjudice de la civilisation et de l'éducation, ne repose sur aucune preuve authentique; et, l'histoire à la main, je m'inscris en faux contre de pareilles déclamations. Le fantôme du moyen âge et des épouvantables ravages des folies épidémiques se dresse ici tout entier pour protester énergiquement contre ceux qui accusent le progrès des lumières et le perfectionnement des mœurs!

M. Marcé, qui sur ce dernier point est complétement de notre avis contre M. Dagonet, s'accorde avec son collègue de Strasbourg pour ranger, à l'exemple d'Esquirol, le célibat parmi les causes de la folie. Pourquoi donc? Parce que l'on compte plus de fous parmi les célibataires que parmi les gens mariés. Soit; mais, à mes yeux, cet argument n'établit nullement l'action étiologique du célibat sur la folie; il démontre tout simplement que le nombre d'aliénés qui se marient est fort rare, grâce au ciel, soit parce que leurs goûts, leurs habitudes, leurs inclinations bizarres répugnent aux liens et à la vie régulière du mariage; soit, ce qui est plus ordinaire encore, parce qu'ils trouvent difficilement à se marier, et que les gens raisonnables se gardent soigneusement de toute alliance avec une famille entachée de folie. J'engage donc MM. Dagonet et Marcé à renverser la proposition d'Esquirol, et à dire, non plus que le célibat est une cause de folie, mais que la folie, au contraire, est une cause de célibat.

On regrette que M. Dagonet ait omis de signaler, à l'occasion de l'étiologie, l'influence de l'imitation et celle de l'emprisonnement cellulaire sur la production de la folie. M. Marcé, mieux avisé, a consacré quelques développements à l'étude de ces deux questions, notamment de la dernière, qui a si vivement préoccupé les esprits et qui attend encore sa solution définitive. En vérité, il est surprenant qu'on ait discuté si longtemps sur ce sujet. Car, quelque opinion qu'on adopte, on doit, pour être logique, arriver à la même conclusion, demander l'abolition de l'isolement cellulaire. En effet, si vous admettez que ce mode de réclusion provoque la folie, il faut le supprimer, l'humanité l'exige; si vous croyez, au contraire, que la majeure partie des détenus se compose de gens idiots, imbéciles ou fous, il faut le supprimer encore, la justice vous en fait un devoir; car alors vous avez affaire, non point à des criminels qu'il faut punir, mais à des insensés, à des malades, dont il faut avoir pitié.

A propos des excès alcooliques, de l'état puerpéral et des affections cutanées, envisagés comme causes d'aliénation mentale, M. Dagonet se laisse aller à décrire assez longuement la folie ébrieuse et le *delirium tremens*, la manie des femmes en couche et la folie pellagreuse. Il me semble que ces descriptions ne sont guère à leur place dans un chapitre consacré à l'étiologie, ou plutôt qu'elles y font double emploi, puisque l'auteur reproduit le tableau de quelques-unes de ces variétés dans l'exposé symptomatologique des différentes formes de folie.

Un autre tort qu'a eu M. Dagonet, à notre avis, c'est de faire figurer dans ce même chapitre l'histoire des folies de nature convulsive. C'est, ce me semble, méconnaître singulièrement l'importance de l'épilepsie, de l'hystérie et de la chorée chez les aliénés, que de restreindre le rôle de ces névroses à une influence purement étiologique. Il y a certainement dans ce cas, entre les phénomènes convulsifs et les troubles intellectuels des connexions plus étroites et plus étendues que de simples relations de causalité. L'état névropathique imprime aux manifestations du délire, surtout en ce qui concerne l'épilepsie, un caractère spécial, une physionomie particulière, qui justifient bien les descriptions isolées que beaucoup de manigraphes, M. Marcé entre autres, ont tracées des folies épileptiques, hystériques et choréiques.

M. Marcé, à l'inverse de M. Dagonet, va peut-être là-dessus un peu trop loin. Ainsi, en traitant de l'action étiologique de l'hérédité, il n'hésite pas à déclarer que toutes les névroses, quelle que soit leur nature, constituent une seule et même famille, et que les affections convulsives et mentales peuvent indistinctement naître les unes des autres. Franchement, ce serait un grand malheur pour notre pauvre espèce si une pareille doctrine était rigoureusement démontrée. Car, en cherchant bien, on ne trouverait certainement pas une famille dont quelque membre, ascendant, collatéral ou descendant, n'ait été ou ne fût actuellement atteint, ou de chorée, ou d'hystérie, ou de tic nerveux, ou de strabisme, ou de névralgie, ou de cécité, ou d'amaurose, ou de congestion cérébrale, etc. Ne faudrait-il donc pas désespérer de l'avenir de la raison humaine si tant de maladies variées pouvaient, par voie de transformation héréditaire, engendrer la folie? Le champ de l'hérédité est déjà bien assez étendu sans chercher à en reculer indéfiniment les limites.

Je considère comme tout aussi problématique l'influence pernicieuse de l'allaitement; et jusqu'à plus ample informé, je ne crois pas qu'on doive admettre, avec MM. Guislain et Dagonet, qu'un enfant puisse sucer la folie avec le lait de sa nourrice.

Les mariages consanguins peuvent-ils par eux-mêmes devenir des causes de décadence intellectuelle et de folie? M. Marcé et M. Dagonet inclinent à le croire. Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette opinion; je dirai seulement que les arguments et les faits invoqués par les adversaires des unions consanguines sont de nature à inspirer des craintes légitimes et salutaires; car s'il est encore contestable que la consanguinité aboutisse quelquefois directement à l'aliénation mentale, il n'est pas douteux qu'elle ne vienne puissamment en aide à l'hérédité et qu'elle ne multiplie singulièrement les chances d'infirmité physique et de dégradation intellectuelle.

A. Linas.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Par décret du 2 juillet, M. le docteur Lanthelme, médecin-major au 51e régiment de ligne, a été nommé officier de la Légion d'honneur; M. Bock, médecin-major au bataillon des tirailleurs algériens, a été nommé chevalier.

— A la suite du concours qui s'est ouvert le 20 mai, à Alger, M. Maurin a été nommé chirurgien adjoint à l'hôpital civil de cette ville. M. le président du jury a adressé des félicitations aux concurrents, parmi lesquels, a-t-il dit, il n'y a pas de vaincus, il n'y a qu'un vainqueur.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 17 JUILLET 1863. N° 29.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Faculté de médecine : Bases de la médecine comparée; introduction au cours de M. Rayer. — Académie de médecine : Emploi de l'acétate d'ammoniaque dans la pneumonie ataxique. — De l'ophthalmie des armées. — Société médico-chirurgicale d'Édimbourg et journaux anglais : La fève de Calabar comme constricteur de la pupille. — II. **Travaux originaux**. Pathologie interne : Des lésions bronchiques et pulmonaires, et particulièrement de la bronchite pseudo-membraneuse et de la broncho-pneumonie dans le croup. — Syphilographie pratique : Observation de lésions traumatiques modifiées par la syphilis constitutionnelle. — III. **Correspondance**. Sur une nouvelle observation d'aphémie. — IV. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux**. Espèce particulière de délire sénile qui survient quelquefois après l'extraction de la cataracte. — Même sujet. — Ventilation des vaisseaux cuirassés. — VI. **Variétés**. Prix de la Société médico-pratique de Paris. — VII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — VIII. **Feuilleton**. Les rose-croix, la thériaque, les alexipharmaques.

I

Paris, 16 juillet 1863.

Faculté de médecine : BASES DE LA MÉDECINE COMPARÉE : INTRODUCTION AU COURS DE M. RAYER. — *Académie de médecine :* EMPLOI DE L'ACÉTATE D'AMMONIAQUE DANS LA PNEUMONIE ATAXIQUE. — DE L'OPHTHALMIE DES ARMÉES. — *Société médico-chirurgicale d'Édimbourg* ET *journaux anglais :* LA *fève de Calabar* COMME CONSTRICTEUR DE LA PUPILLE.

Quand fut créée, à la Faculté de médecine de Paris, la chaire de *médecine comparée*, nous ne dissimulâmes pas que nous eussions préféré à ce cadeau, déjà précieux, de l'administration, celui d'une chaire d'histoire et de philosophie médicales. Un cours de philosophie et d'histoire nous paraît être, en effet, le complément le plus souhaitable, et comme le couronnement naturel, d'un enseignement vraiment *supérieur ;* peut-être même aurait-il une opportunité particulière dans un temps où si peu d'esprits savent concilier le respect du passé avec le souci légitime du progrès; où chaque nouveau mouvement d'idées semble avoir pour but de détourner le courant de la science médicale plutôt que de le grossir et d'en élargir le lit. Peut-être aussi un autre genre d'à-propos naîtrait-il d'un changement récemment opéré dans les hautes régions administratives, et dont l'histoire et la philosophie générales ont déjà profité. Mais en exprimant ce souhait, ou, si l'on veut, ce regret à l'occasion du décret du 16 avril 1862, nous n'en avons pas moins pensé, contre une opinion assez répandue, que la médecine comparée était en état de fournir matière à un cours aussi instructif que bien rempli. Il semble que ce soit surtout pour dissiper l'appréhension à laquelle nous faisons allusion que M. Rayer vient de publier une INTRODUCTION A UN COURS DE MÉDECINE COMPARÉE (1). Empêché « par les devoirs multipliés du décanat » de satisfaire, dans le dernier semestre, aux obligations du professorat, il a du moins voulu montrer, dès à présent, que là comme ailleurs *c'est le fonds qui manque le*

(1) Brochure in-8 de 52 pages, chez J. B. Baillière et fils.

FEUILLETON.

Les rose-croix, la thériaque, les alexipharmaques.

(Suite et fin. — Voir les nos 24 et 26.)

LES ALEXIPHARMAQUES, LES CURES MERVEILLEUSES, LA MAGIE BLANCHE DES MÉDECINS.

Les médicaments les plus composés de la vieille médecine ne sont pas le résultat du hasard ou d'un grossier empirisme ; il suffit, pour s'en convaincre, de comparer les formules de ces spécifiques. On s'aperçoit, dès le premier coup d'œil, qu'elles diffèrent les unes des autres par le choix des substances; puis, en étudiant de plus près ces compositions, on reconnaît dans chacune une idée thérapeutique : tantôt leur inventeur a eu pour but d'agir sur une ou sur plusieurs fonctions, tantôt d'obtenir une sédation générale, ou bien de relever l'ensemble des forces.

Il faudrait, pour bien établir cette appréciation, étudier un très-grand nombre de formules, et cette étude ne serait peut-être pas sans un certain intérêt, soit au point de vue de l'histoire de la médecine, soit à celui de la thérapeutique; mais l'espace nous manque, et nous nous bornerons à un rapide coup d'œil jeté en passant sur ceux de ces alexipharmaques qui, dans leur temps, ont été le plus en vogue.

Un mot d'abord de l'*opiat de Salomon*, qui a reçu le nom de son auteur, lequel, du reste, n'était pas le roi des Hébreux, mais un médecin juif du moyen âge. Cette préparation est reproduite avec quelques variantes dans tous les anciens formulaires, et elle a été conservée dans celui de Lémery, publié en 1697. Ce savant membre de l'Académie des sciences n'était pas seulement chimiste et pharmacien, il était aussi docteur en médecine, collaborateur et ami du célèbre Fagon. La PHARMACIE UNIVERSELLE, souvent réimprimée, est fort commode pour abréger les recherches; mais il s'y est glissé quelques erreurs, et je conseillerais aux curieux de remonter aux

moins, et cette « première leçon » imprimée est l'exposé des éléments appelés à constituer la science de la médecine comparée, avec un rapide aperçu historique qui part d'Hippocrate et descend jusqu'à nos jours.

Nous n'entendons pas faire du travail de M. Rayer un résumé analytique, qui ne serait pas d'ailleurs à sa place dans cette partie du journal. Les quelques mots qui vont suivre n'auront trait qu'à la détermination, dans ses lignes les plus générales, du domaine de la médecine comparée.

« Il n'est personne, dit notre éminent confrère, que ne frappe tout d'abord, la puissance théorique, abstraite d'une.... conception d'ensemble qui embrasse tous les tissus vivants dans leur conflit avec toutes les lésions. Soit que, partant de l'homme, certaines conditions qu'il offre au degré suprême servent d'explication aux cas inférieurs; soit que, remontant des cas inférieurs, on trouve dans leur simplicité l'interprétation des complexités supérieures, toujours est-il que les enchaînements, les transitions, les passages montrent sous toutes les formes les réactions de la substance vivante contre les actions qui tendent à en altérer, à en dissoudre l'économie. » Cette vue, prise de haut, domine bien toutes les données du sujet; elle en découvre largement l'étendue, la composition et le but. Songez-y; toutes les affections chirurgicales modifiées dans leur étiologie, leur caractéristique, leur durée, leur traitement, leur degré de curabilité, leur mode de guérison, par la conformation et la texture des parties; les maladies de la peau, qui ont précisément donné lieu, dans ces derniers temps, à des rapprochements pleins d'intérêt entre l'homme et diverses espèces animales (Bourguignon et Delafond); les lésions des organes internes suivies dans la série animale, étudiées, comparées dans leurs analogies, dans leurs différences, dans leurs nuances et dégradations, la maladie d'une espèce commentant la maladie d'une autre espèce, le bœuf expliquant l'homme ou l'homme le cheval; les fièvres, les infections miasmatiques, les maladies virulentes et contagieuses, qui se spécialisent parfois si curieusement dans les divers animaux : ici des immunités inattendues (comme pour la fièvre pernicieuse, qui n'atteint pas les animaux), là une commune aptitude morbide (comme pour la morve, comme pour la fièvre typhoïde observée sur l'âne par M. Rayer, sur le bœuf par M. Rigot, sur le cheval par M. Moulin); les intoxications, qui montrent tel animal insensible à un poison qui est mortel pour l'autre; l'hygiène, à laquelle M. Rayer ne fait, si nous ne nous trompons, aucune allusion, et qui rentre pourtant très-légitimement dans la *médecine;* l'hygiène, dont une partie surtout, la diététique, a été dotée par l'observation des animaux, par l'élevage raisonné, des faits les plus remarquables et les plus instructifs; quel vaste champ d'études comparées! Et, loin qu'il puisse paraître insuffisant, n'est-il pas à craindre, tout au contraire, que, dans l'avenir, le professeur manque au sujet plutôt que le sujet au professeur?

Ce ne serait pas tout encore, selon M. Rayer, qui range parmi les « éléments » de la médecine comparée la *pathologie expérimentale*. Il suffira, sans doute, d'un mot d'explication pour nous mettre, sur ce point, entièrement d'accord avec notre cher et honoré maître. « Le nœud du cours, dit-il, est l'utilité pour la médecine humaine », et un peu plus haut : « Il s'agit... de choisir dans la pathologie comparée et dans la pathologie expérimentale un ensemble de faits et de doctrines qui élargissent la base de la pathologie humaine. » Réserve faite de ce mot de pathologie, qui est, nous venons de le dire, trop restreint, et qui n'est pas celui du titre de la chaire, nous trouvons parfaitement légitime et même indispensable que les expériences sur les animaux viennent en aide à l'observation des maladies naturelles; mais, dans ce cas, les expériences seront, ce nous semble, un moyen d'information plutôt qu'un terme rigoureux de comparaison. M. Rayer le reconnaît tout le premier, « Les maladies artificielles diffèrent en beaucoup de cas des maladies naturelles. » Conséquemment, les deux ordres de maladies ne sont pas précisément comparables, et, en les interprétant les unes par les autres, on ne fait pas, à proprement parler, de la pathologie comparée, mais bien plutôt de la physiologie pathologique. Le problème étant de reconnaître comment les organismes de l'homme et de l'animal répondent aux diverses causes de perturbation, et comment la maladie, une fois produite, se comporte dans l'un et dans l'autre, la condition même de la comparaison est de les prendre tous dans des situations identiques. Mais, on le voit, c'est une difficulté de formaliste que nous élevons ici et non une objection de fond, et la médecine expérimentale sera toujours un précieux instrument de la médecine comparée.

— M. le docteur Delioux de Savignac a lu à l'Académie de médecine un important mémoire sur le traitement de la pneumonie ataxique. Nous nous bornons à enregistrer, avec la déférence due à la sagacité connue de l'auteur et à ses grandes connaissances en matière médicale, ses assertions relatives à l'action de l'acétate d'ammoniaque. Suivant notre

---

sources. Par exemple, en parlant du spécifique de Salomon, Lémery lui reproche d'être « improprement appelé *opiat,* puisqu'il ne contient pas d'opium ». Cette critique n'est pas fondée; l'opium, il est vrai, n'est pas énuméré nominativement dans la formule de Salomon, mais il y entre du mithridate qui contient de l'opium. La dose de ce narcotique est sans doute fort minime dans l'opiat de Salomon, et cette préparation devait avoir une action plus corroborante que sédative; les excitants, les névro-sthéniques et les nervins y dominent, et l'on comprend pourquoi le petit bouquin déjà cité a caractérisé l'opiat de Salomon par ces quatre vers :

> Debilibus stomachis, si noxius insidet humor,
> Aut crudo vomitu teter quatit ilia morbus,
> Visceraque intorquet serpentum putrida pubes,
> Me refovente abeunt, viresque et robora crescunt.

Il est bien évident que l'inventeur de l'opiat de Salomon a eu, en le composant, une autre pensée que celle qui a présidé à la formule de la thériaque. On peut en dire autant de quelques autres spécifiques qui ont eu de la réputation et qui se trouvent dans toutes les vieilles pharmacopées. La confection d'hyacinthe, celle d'alkermès, le mithridate, etc., étaient prescrits par les anciens médecins pour relever les forces; d'autres agissaient comme sédatifs; d'autres, comme la confection Hamek, avaient une action spécifique. Tous différaient dans leur composition. Parmi les sédatifs et les narcotiques, il faut remarquer le *Philonium magnum*, ainsi nommé de son auteur, le médecin Philon, qui a servi de modèle à plusieurs autres compositions de même nature, et probablement aussi au laudanum de Sydenham. On retrouve dans toutes ces formules le safran, quelques nervins et la jusquiame blanche en dose au moins égale à celle de l'opium. Cette association est heureuse, et il est à regretter que Sydenham ait supprimé la jusquiame dans son laudanum. La pharmacopée toulousaine de 1648 donne la formule d'un *népenthès toulousain*, nom élégant et qui sent son Homère; il est composé de jusquiame,

confrère, ce médicament serait un sédatif direct de la circulation et ne provoquerait jamais la diaphorèse. C'est le contrepied de l'opinion commune, et de la nôtre en particulier, telle que l'ont faite d'assez nombreuses observations, car l'esprit de Minderer est un de nos remèdes favoris. M. Delioux l'emploie, dans la pneumonie ataxique, à la dose énorme de 20 grammes et plus. Ne serait-il pas possible qu'une telle quantité amenât une dépression de l'action circulatoire, comme fait le sulfate de quinine à la dose de 2 ou 3 grammes? Ce n'est qu'une supposition, que les particularités des observations de l'auteur détruisent peut-être; mais nous croyons, en tout état de cause, devoir faire quelques réserves sur le fond même de l'opinion exposée devant l'Académie.

— L'Académie a également entendu la lecture d'un mémoire de M. Josat, dont nous donnons plus loin l'analyse. Il paraîtra regrettable que cette communication ne soit à peu près que la reproduction d'un rapport fait, en 1844, par le même auteur, devant l'Institut historique de France, sur un mémoire de M. Caffe relatif à l'ophthalmie des armées.

— Nous avons dans la belladone et surtout dans son principe actif, l'atropine, un agent aussi inoffensif que fidèle, par l'emploi duquel nous pouvons en quelques minutes obtenir une dilatation de la pupille, suffisante pour permettre l'exploration ophthalmoscopique du fond de l'œil. Malheureusement nous ne possédions aucune préparation qui nous permît, avec la même facilité, de rétablir l'équilibre visuel détruit par la dilatation exagérée de la pupille. Cet agent *antimydriatique*, qui est la fève de Calabar (*Calabar Bean*), vient d'être trouvé en Angleterre. Dans une communication adressée à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, M. Giraldès a résumé les observations qu'il a pu faire sur ce nouveau médicament, grâce à l'obligeance de M. Fraser. Nous croyons devoir y ajouter les expérience instituées par plusieurs autres chirurgiens de la Grande-Bretagne.

Voici d'abord celles de M. Argyll Robertson, qui, dans un mémoire lu à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, a rendu compte des expériences faites par lui et tout d'abord sur lui-même.

La préparation fut employée sous forme de collyres de forces différentes. Dans la première expérience, après avoir constaté l'égalité de ses pupilles, dont le diamètre était de 2 lignes, l'expérimentateur, qu'aidait le docteur Grainger Stewart, fit tomber dans son œil gauche une goutte du collyre le plus faible. Après six minutes, la vue se troubla dans l'œil gauche qui devint myope (1), la vue de l'œil droit restant normal. Après vingt minutes, l'inégalité des pupilles se prononça, et cette inégalité alla en croissant, de sorte que, une heure vingt minutes après le début de l'expérience, la pupille gauche ne présentait plus qu'une demi-ligne de diamètre. La largeur de la pupille droite n'était pas changée et était toujours de 2 lignes. A partir de ce moment l'iris reprit peu à peu sa forme, et les ouvertures iriennes étaient revenues à leur diamètre normal le lendemain matin.

La seconde expérience consista à faire resserrer la pupille par la fève de Calabar, et à chercher ensuite quelle serait, dans ces conditions, l'action de l'atropine. Le collyre employé fut le même que précédemment; trente-cinq minutes après l'instillation, la pupille, large d'abord de 2 lignes, ne l'était plus que de 3/4 de ligne. Pour rétablir la vision il avait fallu, au fur et à mesure du resserrement pupillaire, employer des verres biconcaves de plus en plus forts.

Une goutte d'atropine est instillée dans l'œil en expérience. Deux heures après, la pupille, d'abord de 2 lignes de diamètre, puis rétrécie à 3/4 de ligne, s'était dilatée à 3 lignes. On emploie de nouveau la fève de Calabar et la pupille dilatée se reduit de nouveau.

La troisième expérience consista à dilater les deux yeux avec l'atropine et à instiller ensuite du collyre antimydriatique dans un des yeux seulement; il fallut se servir de la plus forte solution et, sous son influence, la pupille se contracta et la vue se rétablit, tandis que du côté où la belladone continuait librement son action, la pupille restait dilatée et la vue très-difficile.

M. Bowman répéta sur lui-même les expériences faites par M. Robertson et obtint les mêmes résultats quant à la contractilité de l'iris; mais il éprouva en même temps quelques douleurs dans l'œil; trente-cinq minutes après l'application du collyre, la pupille était extrêmement petite et il survint de l'astigmatisme.

M. John Woolcott a constaté également l'action du nouvel agent thérapeutique; M. Soelberg Wells l'a employé sur une malade affectée de paralysie des fibres circulaires de l'iris droit. L'emploi de la fève de Calabar sous forme de collyre fit disparaître chaque fois la dilatation pupillaire et rétablit la vue normale; mais l'effet n'était pas permanent et nous

(1) Sans doute par suite d'un accroissement de sphéricité du cristallin sous l'action exagérée du muscle ciliaire.

---

d'opium, de castoréum et de safran, et il devait être franchement sédatif. On ne comprend pas pourquoi cette formule a disparu de la seconde pharmacopée de Toulouse en 1695. Peut-être serait-ce parce que Charras et Lémery, dont les ouvrages avaient paru dans l'intervalle, n'en disent rien. Ces deux auteurs avaient cependant emprunté à l'école toulousaine quelques spécifiques, entre autres un électuaire contre l'hydropisie, dans lequel l'auteur a associé les drastiques aux diurétiques et aux diaphorétiques (1).

Sans pousser plus loin cet examen des principales formules usitées pendant le règne de la polypharmacie, il nous semble incontestable que chacun de ces médicaments prétendait à une vertu spécifique et qu'il avait été composé dans le but de produire un effet défini.

Il en était de même de la thériaque, alexipharmaque par excellence, que l'on prescrivait tantôt comme spécifique, tantôt comme antidote préservatif des maladies et des empoisonnements. Et ici les anciens médecins étaient conséquents avec eux-mêmes, puisqu'ils reconnaissaient à la thériaque une action régularisatrice de l'ensemble des fonctions. C'est ainsi que, dans leur opinion, ce spécifique rétablissait l'équilibre troublé par la maladie, ou bien qu'en fortifiant la santé il donnait plus d'énergie à la nature conservatrice pour expulser les venins délétères. La composition de la thériaque révèle cette intention d'agir sur l'ensemble des fonctions : les toniques y sont associés aux sédatifs, les astringents aux relâchants, les diaphorétiques à l'agaric.

Mais, on ne saurait trop le répéter, l'unanimité des médecins des XVI^e^, XVII^e^ et XVIII^e^ siècles à proclamer l'efficacité de la thériaque est un fait remarquable dont notre génération ne tient pas assez compte. Fernel, médecin de Henri IV, éprouvait de la difficulté à se procurer les drogues de l'Orient qui

(1) Puisque j'ai cité les deux pharmacopées toulousaines, il convient de donner leurs titres :
Codex medicamentarius, seu pharmacopœa tolosana. Tolosæ, 1648. — *Pharmacopœa tolosana restituta correcta.* Tolosæ, 1695.

ne pouvons savoir encore quel sera le résultat définitif du traitement employé.

M. Hart, chirurgien de Saint-Mary's Hospital, a usé aussi du même agent dans plusieurs cas de mydriase; l'action du remède fut telle que l'a constaté M. Robertson, mais moins durable que n'est celle de la belladone, et l'application du collyre dut être renouvelée toutes les quatre heures.

La fève de Calabar, bien connue par les naturels comme poison énergique, n'existe pas dans le commerce. Elle avait été expérimentée en Angleterre bien avant le travail de M. Fraser, cité par M. Giraldès. En 1855, le docteur Christison lut devant la Société royale d'Edimbourg un travail inséré dans le Pharmaceutical Journal. Il avait fait aussi des expériences sur lui-même, mais en prenant à l'intérieur douze grains de la fève; les battements du pouls devinrent très-faibles, irréguliers, tumultueux; il survint des symptômes graves d'empoisonnement, mais aucun effet sur la vision ne fut constaté.

D'après le docteur Robertson, la solution aqueuse de l'extrait alcoolique tend à se décomposer, et cette décomposition est assez rapide, mais on l'arrête par l'addition de quelques gouttes de glycérine, et M. Hills croit avoir constaté la solubilité de l'extrait dans la glycérine.

Tels sont jusqu'à présent les renseignements que nous fournissent les recueils périodiques anglais sur ce nouvel agent, qui paraît destiné à jouer un rôle important dans la thérapeutique oculaire (1).

A. Dechambre et L. Le Fort.

(1) Voy. *Edinburgh Medical Journal*, mars 1863; *The Lancet*, 9 et 30 mai 1863, et *Medical Times*, 16 mai 1863.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Des lésions bronchiques et pulmonaires, et, particulièrement, de la bronchite pseudo-membraneuse et de la broncho-pneumonie dans le croup, par le docteur Michel Peter, chef de clinique de la Faculté, à l'Hôtel-Dieu.

De même que la diphthérite est une maladie de toute la substance, ainsi la diphthérite des voies aériennes e t une maladie de toute l'étendue de ces voies, qui ne se cantonne pas exclusivement au larynx, mais qui, dès qu'elle a dépassé l'isthme du gosier, envahit de proche en proche, avec une rapidité très-grande, sinon simultanément, les divers segments de l'arbre respiratoire. De sorte que lorsque le larynx est couvert de fausse membrane, il y a toute vraisemblance que la trachée-artère et les bronches sont envahies déjà ou vont l'être.

Ces considérations, qui découlent de l'examen anatomique qui va être exposé plus loin, nous font comprendre la cause réelle de la gravité du croup, la nature du rôle que joue la trachéotomie dans cette affection, et les limites de l'efficacité de ce moyen opératoire.

En effet, indépendamment de sa nature *parfois infectieuse*, le croup n'est pas seulement grave, parce qu'il apporte un obstacle matériel à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires, et parce que cet obstacle ne peut acquérir un certain degré ni durer un certain temps, — toujours assez court, — sans entraîner la mort par asphyxie ; il est grave encore, parce qu'il indique la diphthérisation probable des voies aériennes dans une étendue plus ou moins grande, diphthérisation que nous n'avons aucun moyen direct d'entraver.

Pour la trachéotomie, elle ne fait que lever l'obstacle matériel qui s'oppose à la perméabilité du larynx ; elle permet au malade diphthérisé de continuer de vivre en continuant de respirer; mais elle ne guérit pas ce malade et ne peut pas le guérir de sa diphthérite des voies aériennes, car elle ne peut pas plus empêcher l'extension du produit plastique au reste de l'arbre aérien, que faire disparaître cette couenne, si l'envahissement a déjà eu lieu.

Ainsi, après la trachéotomie, le malade n'a plus le croup, en ce sens que l'air a désormais un libre accès dans la trachée-artère ; mais il lui reste la maladie des voies de l'air, laquelle se termine trop souvent, soit par une bronchite capillaire, soit par une bronchite pseudo-membraneuse, soit enfin par une broncho-pneumonie. Or, nous verrons que ces divers états morbides ne sont autre chose que des formes diverses, des manifestations à des périodes et à des degrés différents d'un même principe morbifique.

En d'autres termes, reconnaître l'existence du croup, c'est, implicitement et *ipso facto*, admettre l'extrême probabilité d'une diphthérisation plus ou moins complète des voies aériennes, et formuler, implicitement aussi, un pronostic d'une grande gravité.

I. — Lésions bronchiques dans le croup.

La membrane muqueuse des bronches présente des altérations dans la très-grande majorité des cas de croup ; ainsi, quand elle n'est pas envahie par la couenne diphthéritique, elle offre le plus souvent des traces irrécusables d'une inflammation plus ou moins intense.

Dans 121 autopsies, 44 fois la membrane muqueuse des

---

entrent dans cette composition : le roi adresse une dépêche au Grand-Seigneur et obtient des firmans de protection pour les agents français chargés d'aller acquérir dans le Levant les précieuses substances. Sennert, dans son Traité des fièvres, consacre un chapitre presque entier à commenter et amplifier les éloges prodigués par Galien à la thériaque (1). Ranchin écrivait à peu près à la même époque, et nous avons déjà parlé de son enthousiasme pour la thériaque, qui ne l'empêcha pas, soit dit en passant, de mourir de la peste. Textor, médecin génevois, avait été plus heureux : il raconte, dans son Traité de la cure de la peste, imprimé en 1550, comme quoi il fut *guary* par une dose de thériaque composée « *à la vue et » par les conseils de messieurs les médecins de Lyon par feu René » Villuteau, excellent apothicaire en ladite ville* ». Je regrette de ne pouvoir citer l'observation entière; elle est des plus curieuses; c'est une de ces bonnes fortunes réservées à ceux qui ont la patience de lire les vieux livres. En général, on se borne à les feuilleter.

Enfin, pour abréger cette nomenclature, si nous arrivons au XVIIIe siècle, nous trouvons de grands médecins, tels que Bordeu, Dumas et Barthez, qui prescrivaient encore la thériaque. Ce médicament n'a été totalement abandonné que dans les premières années de la Restauration, vers l'époque de l'hérésie de Broussais. Aujourd'hui sa formule languit, oubliée dans un coin du Codex, et, sous prétexte de la réformer, on l'a honteusement mutilée. La nouvelle édition officielle qui se prépare réintégrera-t-elle la thériaque d'Andromaque dans ses honneurs dix-huit fois séculaires? Ce serait fort à désirer, et il faut espérer aussi que l'on n'en modifiera pas la composition sous prétexte d'en retrancher les substances inertes ou faisant double emploi. Les anciens pensaient que ces substances aidaient les lentes fermentations que le progrès du temps apporte dans l'association des médicaments, et contribuaient ainsi à en faire un composé nouveau. La chimie moderne n'a au-

(1) Sennert, *De febribus*. Lugduni, 1627.

bronches était *enflammée ;* 52 autres fois nous avons rencontré, outre cette phlegmasie de la membrane muqueuse, la diphthérite bronchique; 6 fois il n'y avait plus de couenne dans les bronches, bien que les malades eussent rejeté pendant la vie des fausses membranes évidemment bronchiques; 5 fois seulement elles étaient saines et, dans 16 cas enfin, l'état de ces conduits n'a pas été recherché.

Dans les cas où il n'y avait pas de couenne dans les bronches, celles-ci étaient donc *presque toujours enflammées*. Or, il résulte de nos recherches, que c'est surtout du troisième au dixième jour de la maladie diphthéritique qu'existe cette phlogose de la membrane muqueuse. La *rougeur* de la membrane muqueuse était d'*autant plus vive*, qu'on l'observait *plus bas* dans l'arbre aérien et jusqu'aux dernières ramifications bronchiques (c'est-à-dire qu'on pouvait suivre ainsi la marche de la phlegmasie spécifique de haut en bas; vive encore et récente dans les ramuscules bronchiques, commençant à s'éteindre, et par conséquent plus ancienne dans les plus gros tuyaux).

L'examen comparatif que nous avons fait des divers segments des voies aériennes (*larynx*, *trachée-artère* et *bronches*), ainsi que le rapprochement des dates, démontre que, dans un très-grand nombre de cas, la diphthérite se développe avec une très-grande rapidité du haut en bas de l'arbre respiratoire; et que parfois — mais non le plus souvent — la phlegmasie s'arrête à la période de phlegmasie simple, sans sécrétion couenneuse.

On peut donc affirmer que, dans la plupart des cas de diphthérite des voies aériennes terminée par la mort, la membrane muqueuse des bronches est malade, l'inflammation couenneuse y étant plus fréquente encore que l'inflammation simple, et, dans les cas d'inflammation simple, la bronchite capillaire existant plus souvent encore que la bronchite des grosses bronches.

Ce n'est pas à dire pour cela que la bronchite n'existe que dans les cas terminés par la mort: on l'observe, sinon chez tous les sujets qui guérissent, au moins chez la plupart d'entre eux.

Il importe ici de le répéter, la diphthérite est une maladie générale, et, quand elle envahit les voies aériennes, elle tend à les envahir dans toute leur étendue. Mais comme elle présente plusieurs phases dans son évolution, l'*hypérémie* d'abord, puis l'*inflammation* du tissu, puis enfin l'*exsudation de la fibrine*, elle peut parcourir toutes ses phases sur un point de l'arbre aérien et s'arrêter dans son évolution sur certains autres points: tapisser de fausse membrane le larynx et la trachée-artère, par exemple, et ne déterminer que la simple phlogose sur la membrane muqueuse des bronches. En d'autres termes, il y a, dans ce cas, croup et *bronchite concomitante*.

Si, au contraire, le processus morbide est complet, alors la fausse membrane est sécrétée dans les bronches comme sur le larynx et la trachée-artère: il y a croup et *bronchite pseudo-membraneuse*.

Si enfin la phlegmasie se propage des derniers ramuscules bronchiques au parenchyme ambiant, il y a croup et *broncho-pneumonie*. Ainsi s'explique, comme nous le verrons plus loin, la fréquence de la broncho-pneumonie dans le croup.

Quant aux autres lésions concomitantes des voies respiratoires (*apoplexie pulmonaire*, *gangrène du poumon*, *pleurésie*), elles résultent, soit d'une déviation du plan morbide, soit d'une extension de la phlogose des poumons à la plèvre.

Nous ne nous occuperons ici d'abord, et d'une façon très-sommaire, que de la bronchite simple concomitante.

1° *Croup et bronchite simple concomitante.*

Qu'il y ait bronchite en même temps que croup, sinon dans la totalité, au moins dans la très-grande majorité des cas, c'est ce qui résulte de l'examen des symptômes pendant la vie, aussi bien que de l'investigation des organes après la mort.

Pendant la vie, cette bronchite est évidente au point de vue des signes physiques comme à celui des phénomènes sécrétoires. Ainsi, les symptômes de la bronchite, masqués par la prédominance exclusive de ceux du croup, se révèlent presque aussitôt après que l'obstacle à la respiration a été levé par la trachéotomie, et que le sifflement laryngé a cessé de se faire entendre.

Alors sont perçus les râles variés de la bronchite: râles vibrants et bullaires, râles bullaires à bulles plus ou moins fines.

Alors, et dans les jours qui suivent, sont expulsés ces crachats muqueux, au milieu desquels existent souvent, désagrégées et confondues, les fausses membranes trachéales et peut-être bronchiques.

Il n'entre pas dans mon dessein de décrire ici les symptômes de la bronchite simple concomitante du croup, — elle n'a rien qui la distingue de la bronchite ordinaire; ni d'insister sur le pronostic qu'on en doive tirer, — elle n'a rien de grave en soi, tant qu'elle reste limitée aux grosses bronches. Elle n'est grave qu'indirectement, en ce sens qu'elle peut être le prélude de la bronchite pseudo-membraneuse ou de la broncho-pneumonie.

On peut même dire que tant que la bronchite reste simple — c'est-à-dire catarrhale — et circonscrite aux premières divisions des bronches, le pronostic est favorable. C'est alors, en effet, qu'après la trachéotomie faite, on observe cette sécrétion abondante, qui se traduit par le rejet de *crachats muqueux de bon augure*. Évidemment de tels crachats sont un produit de sécrétion bronchique, et si la membrane muqueuse qui les fournit est enflammée, au moins est-il vraisemblable qu'elle n'est pas tapissée de couenne.

Si, au contraire, après l'opération, la *canule reste sèche*, ou

---

cune théorie à opposer à cette opinion; au contraire, elle semblerait se rapprocher du peu que nous savons sur la marche bien lente de l'érémacausie et de son action sur les tissus végétaux.

Quoi qu'il en soit de ces considérations, l'action fébrifuge de la thériaque, ses effets sédatifs du système nerveux et régularisateurs de l'ensemble des fonctions, semblent avoir été démontrés par une longue suite d'expériences cliniques; mais, pour obtenir cette action bienfaisante, il faut deux conditions:

Que la thériaque ait été préparée d'après la formule d'Andromaque;

Qu'elle ait été vieillie par le temps.

Il serait sans doute fort difficile de motiver la nécessité de ces deux conditions avec les données de la science actuelle; mais à quoi bon? Il est bien évident que le médecin qui aujourd'hui jugera à propos de revenir à la thériaque devra consulter les médecins anciens qui s'en servaient habituellement, et tous, nous venons de le voir, sont parfaitement d'accord à exiger que la thériaque soit la thériaque et qu'elle ait été vieillie par le temps. Cette unanimité vaut bien une démonstration.

Admettons donc le fait; il ne restera plus qu'à préciser le temps nécessaire pour que la thériaque puisse être considérée comme vieille et cesse d'agir à la manière de l'opium.

Cette question a été posée par tous les anciens auteurs: Galien exigeait dix ans; Sennert et Ranchin se contentent de trois à quatre. Il serait bien difficile aujourd'hui d'émettre une opinion appuyée sur des expériences. Tout ce que je puis affirmer, par des faits à ma connaissance personnelle, c'est que la thériaque d'Andromaque ne perd aucune de ses propriétés en vieillissant. De la thériaque préparée en 1625, et conservée au collége romain avec les authentiques de l'ordre des Jésuites, a plusieurs fois agi sous mes yeux avec une grande énergie fébrifuge et nervine.

Ces observations sur la thériaque s'appliqueraient à la plupart des autres alexipharmaques, et nous aurions encore beau-

si les crachats sont *rares et séreux*, ou *grisâtres et fétides*, il est infiniment probable, ainsi que nous le verrons plus loin, que cette absence ou cette modification de l'expectoration tient à la présence dans les bronches de fausses membranes généralisées.

2° Croup et bronchite pseudo-membraneuse.

Nous arrivons maintenant à la bronchite pseudo-membraneuse. Nous l'avons observée bien plus souvent qu'on ne l'avait fait jusqu'à nous (1); car nous l'avons rencontrée dans un peu moins seulement de la moitié des cas de croup (dans les 5/12es des cas).

Nous donnons dans le tableau suivant, et par ordre de date, l'état comparé des bronches dans 105 autopsies de croup où elles ont été examinées.

État des bronches dans 105 autopsies de croup (2).

DATE DE LA MORT.	BRONCHES AVEC FAUSSES MEMBRANES.		BRONCHES SANS FAUSSES MEMBRANES.	
Au 3e jour	6 cas	36 cas.	1 cas	27 cas.
4e	12		9	
5e	6		4	
6e	8		7	
7e	4		6	
8e	1	15 cas.	3	15 cas.
9e	4		4	
10e	1		4	
11e	1		4	
12e	2		0	
Du 8e au 12e	6		0	
Au 14e	0		1	
15e	0		2	
18e	0		1	
24e	0		1	
27e	0		1	
28e	0		1	
32e	1		0	
42e	0		1	
*n*e	0		3	
TOTAL.....	52 cas.		53 cas.	

On voit par ce tableau, 1° que, jusqu'au 12e jour de la maladie, nous avons fréquemment trouvé de la couenne dans les bronches (52 fois); 2° que si, pour les mêmes dates (du 3e au 7e jour), on ajoute les 36 cas de la première colonne aux 27 de la seconde, on trouve que, du 3e au 7e jour, la diphthérite existait dans les bronches dans les 3/5es des cas (36 fois sur 63), et que du 8e au 12e jour elle s'y est encore montrée chez la *moitié* des sujets (15 fois sur 30).

Ce tableau ne démontre pas seulement la fréquence de la diphthérite des bronches dans le croup, il fait voir encore avec quelle rapidité presque incroyable,—et qu'on était loin jusqu'ici de connaître,—s'effectue l'envahissement diphthéritique de la membrane muqueuse des bronches. En effet, *en 4 jours, cette membrane muqueuse peut être tapissée par la fausse membrane dans une étendue considérable;* et c'est même le plus habituellement *du 2e au 4e jour* de la maladie que *les bronches sont envahies*, quand elles doivent l'être.

(1) Il faut excepter M. le docteur Millard, qui a signalé avant nous la grande fréquence de la diphthérite des bronches et qui rapporte dans sa thèse 16 cas de cette complication sur 55 observations. On voit que ce rapport est moins élevé que le nôtre.

(2) Dans 16 de nos 121 autopsies, l'état des bronches n'a pas été mentionné.

Anatomie pathologique. — Nos 52 cas de diphthérite bronchique s'étendent du troisième au douzième jour de l'affection diphthéritique (dans un cas tout à fait exceptionnel, il y avait encore de la fausse membrane dans les bronches au trente-deuxième jour de la maladie). Le plus grand nombre des cas a été observé du troisième au sixième jour. Nous avons trouvé souvent, dès le quatrième jour, une diphthérite très-étendue et presque complète des bronches. C'est particulièrement *vers le dixième jour* de la maladie que la diphthérite nous semble suivre dans les bronches une *marche rétrograde*.

Dans les six cas où, dès le troisième jour, nous avons trouvé de la diphthérite dans les bronches, quatre fois elle n'existait que dans les grosses bronches, droite et gauche, et s'arrêtait à leur bifurcation : elle y formait, tantôt un tuyau mince, peu adhérent et interrompu en plusieurs endroits, tantôt un tube déjà épais et qui s'arrêtait brusquement à la première division bronchique; chez un enfant de onze mois, au commencement seulement du troisième jour, les grosses bronches présentaient çà et là de petites pellicules pseudo-membraneuses; or, comme le larynx et la trachée-artère offraient absolument le même aspect, il était évident que la diphthérite avait envahi tous ces points simultanément et non point consécutivement et de proche en proche. Deux fois seulement les bronches étaient envahies dans presque toute leur étendue : chez un de ces deux sujets, la membrane muqueuse, très-congestionnée, était couverte d'une matière diffluente, d'aspect puriforme, mais qui, examinée au microscope, se trouvait être composée d'un amas énorme de cellules épithéliales cylindriques à cils, de globules pyoïdes et de matière granuleuse, sans mélange de globules de mucus et de pus; c'est-à-dire que cette matière semi-liquide avait la même composition élémentaire que la fausse membrane solide : *c'était de la diphthérite coulante.* Chez le second sujet, la diphthérisation était plus avancée encore;

coup à dire sur les spécifiques qui portent les noms de *Mésué*, de *Mynsicht* et de quelques autres. Cette étude serait curieuse, si elle n'était pas instructive : nous trouverions, par exemple, dans le livre de Chrystome Magnen (1) comme quoi le tabac guérit de toutes les maladies ou à peu près. Il est vrai que, pour cela, il faut l'administrer sous toutes les formes, en pilules, en sirop, en confection, en bains (*ad luem veneream inveteratam*) et même en looch (*pro affectibus pulmonum*). Nous aurions aussi à examiner les vertus miraculeuses du baume du chevalier de Sainte-Croix, composé de cent quatre drogues, et dont Lémery a emprunté la formule à la pharmacopée toulousaine de 1695; celle de 1648 ne contenait pas cette bizarre formule, qui cependant devait être connue de son auteur, le professeur Purpan, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse. Enfin nous aurions eu quelques remarques à faire sur l'école de Paracelse, et en particulier sur les formules hermétiques d'un de ses disciples, Joseph du Chesne, sieur de la Violette, conseiller et médecin ordinaire du roi Louis XIII (1). Ces formules se retrouvent dans quelques vieux livres sous le nom de *Quercetan*, parce que le sieur du Chesne, dans ses écrits latins, latinisait son nom, *Quercetanus*, qui a été retraduit par *Quercetan*. Lémery a aussi commis cette erreur.

Il est temps d'arrêter cette nomenclature, qui deviendrait un traité de polypharmacie. Telle n'est pas notre intention; nous avons seulement voulu donner à réfléchir aux médecins qui lisent ce journal et les engager à essayer, dans certains cas, les spécifiques de la vieille médecine. Par cela même qu'il est des états morbides où les médicaments simples sont seuls indiqués, il doit en exister d'autres où la médication composée sera préférable. Le laudanum de l'abbé Rousseau est un médicament simple; celui de Sydenham est composé, comme les pilules de cynoglosse, et ces deux préparations

(1) *De tabacco exercitationes.* Hagæ comitis, 1658.

(1) *Médecine métallique* de Joseph du Chesne. Paris, 1648.

on voyait les bronches tapissées dans presque toutes leurs divisions de fausses membranes d'un demi-millimètre d'épaisseur; la muqueuse avait une coloration violacée, noirâtre, et présentait dans quelques points dépourvus de fausse membrane une surface villeuse, constituée par de légères élevures coniques, blanchâtres, du volume d'une petite tête d'épingle.

Dans les douze cas où nous avons trouvé la diphthérite bronchique au quatrième jour, une fois la fausse membrane était diffluente de la bifurcation de la trachée (dans laquelle la fausse membrane était solide) jusque dans quelques-unes des petites bronches, où elle était disposée sous forme de filaments; une autre fois, sur une membrane muqueuse présentant les caractères anatomiques de la bronchite capillaire, on voyait disséminés des fragments pseudo-membraneux, minces et peu cohérents. Il en était de même dans un troisième cas : des pellicules pseudo-membraneuses, de faible consistance, se voyaient dans les grosses bronches, tandis que le reste des divisions bronchiques était le siége d'une injection considérable; il existait dans la trachée-artère des pellicules semblables à celles des bronches, et qui devaient être contemporaines. Dans un quatrième cas, les fausses membranes, ténues et peu adhérentes, s'étendaient jusqu'aux divisions de troisième ordre; au delà, la muqueuse était plus fortement injectée que celle de la trachée-artère. Dans un autre cas, où la muqueuse bronchique présentait une rougeur lie de vin dans toute son étendue, on voyait la fausse membrane s'amincir de plus en plus et diminuer de consistance à mesure qu'on descendait vers les dernières ramifications bronchiques, où l'on finissait par ne plus trouver que de la diphthérite tout à fait liquide. Chez un autre sujet, il y avait jusque dans les petites divisions bronchiques des fausses membranes pultacées en des points, semi-liquides en d'autres, avec injection très-intense de la muqueuse sous-jacente. Nous avons vu, dans un cas, une fausse membrane solide, et continue avec celle qui existait dans toute l'étendue de la trachée, s'arrêter à la première division de la bronche droite, tandis qu'au delà et dans la plupart des petites divisions de la même bronche, on ne trouvait plus que des fausses membranes isolées; dans la bronche gauche, ces fausses membranes étaient en plus petit nombre et dans quelques rameaux bronchiques seulement. Dans tous les autres cas de diphthérite bronchique au quatrième jour, il y avait des fausses membranes très-avant dans les bronches.

Nous ne rapporterons pas les particularités anatomiques des cas de diphthérite bronchique au cinquième et au sixième jour, il nous suffira de dire que, dans quelques-uns d'entre eux, la fausse membrane n'était pas aussi étendue que dans certains autres du quatrième jour, et n'attaquait parfois que les deuxième ou troisième divisions. Une fois, au cinquième jour, la diphthérite était exactement localisée à la bronche droite, où la fausse membrane, peu adhérente, s'étendait presque jusqu'aux dernières ramifications, avec rougeur excessive de la muqueuse; tandis qu'à gauche la muqueuse bronchique était pâle et sans fausse membrane. Une autre fois, au sixième jour, il y avait au contraire prédominance d'envahissement dans la bronche gauche, où se voyait une fausse membrane ténue, blanche, mollasse et peu adhérente, et évidemment contemporaine de celle qui existait dans le tiers inférieur de la trachée-artère. Cette fausse membrane de la bronche gauche était pelliculaire, disposée en plaques partielles plus petites qu'une lentille, jusque dans les divisions de troisième ordre; la membrane muqueuse sous-jacente était vivement injectée; dans toute la portion indivise de la bronche droite, la fausse membrane était disposée en très-petits îlots mamelonnés, confluents, adhérents, tranchant fortement par leur couleur blanche sur le fond rouge intense de la membrane muqueuse, et rappelant par leur aspect les sudamina de la peau : c'était comme une *suette de diphthérite;* les divisions de cette même bronche droite, fortement congestionnées, contenaient un liquide à moitié membraniforme.

Nous sommes entré dans tous ces détails afin de démontrer combien la diphthérite bronchique est fréquente du troisième au sixième jour de la maladie, et jusqu'où la fausse membrane peut s'étendre dans un aussi court espace de temps.

Au huitième et au neuvième jour, dans quatre cas, nous avons trouvé de la fausse membrane une fois dans les divisions de troisième et de quatrième ordre, et les trois autres fois dans toutes les divisions bronchiques.

Au dixième, au onzième et au douzième jour, il n'y avait plus, au contraire, que des débris pseudo-membraneux dans les bronches, et il est difficile de ne pas voir dans ces cas une période rétrograde de la maladie, surtout si l'on considère qu'il n'y avait de semblables débris que dans la trachée-artère, tandis que les autres points des voies traversées par l'air, arrière-gorge et larynx ne présentaient plus de fausses membranes.

Au trente-deuxième jour, et dans un cas tout à fait exceptionnel, il y avait une fausse membrane tubulée jusque dans les ramifications très-déliées de la bronche gauche, et, du côté droit, il n'y en avait que dans les ramifications du lobe supérieur seulement. Nous croyons devoir considérer ce cas, tout à fait exceptionnel, plutôt comme un exemple de recrudescence de la diphthérite que comme un cas de persistance insolite de la fausse membrane. Indépendamment de celle qu'on voyait dans les bronches, il n'y avait plus chez le sujet de cette observation, de fausse membrane que dans la partie inférieure de la trachée-artère.

Le plus souvent, la fausse membrane a envahi les bronches droite et gauche, mais dans une étendue qui varie pour chacune d'elles; parfois la fausse membrane a envahi les plus petites bronches d'un côté, tandis qu'elle s'arrête à la nais-

---

sont prescrites beaucoup plus souvent que le laudanum de Rousseau par les mêmes médecins que j'ai vus rire aux éclats quand on leur parlait de la thériaque ou de la confection d'alkermès.

Il nous resterait, pour compléter cette étude, à entrer dans un autre ordre d'idées et de faits qui se rattachent à la fois à la vieille médecine et aux plus mystérieuses aspirations des adeptes : nous voulons parler de ces cas assez rares, mais qui cependant se présentent quelquefois, où, sans sortir de l'application des forces naturelles, on obtient des résultats qui, aux yeux du vulgaire, semblent toucher au surnaturel; quand, par exemple, le médecin fait disparaître presque instantanément de vives douleurs ou des symptômes alarmants, ou bien aussi quand il produit sur son malade des phénomènes physiologiques annoncés d'avance et qui frappent les esprits. C'est ce que l'on peut appeler la magie blanche de la médecine. Celui qui abuserait de semblables moyens se ravalerait au niveau des saltimbanques; mais celui qui s'en abstiendrait par ignorance serait indigne du nom de médecin, et il faudrait plaindre ses malades si, dans l'occasion, il ne savait pas en faire un usage opportun.

Les anesthésiques, l'électricité, les aspirations d'oxygène, produisent quelquefois des résultats presque merveilleux, et il y a tout lieu de croire que les anciens médecins les obtenaient aussi. Ils ne connaissaient ni le chloroforme ni la pile de Bunsen, et je n'affirmerais pas que les adeptes aient fait usage des passes magnétiques, qui cependant avaient été pratiquées dans les sanctuaires égyptiens; mais avec des bains médicamenteux, des affusions très-chaudes ou très-froides, et même avec certains alexipharmaques, on pouvait obtenir les mêmes résultats. Par exemple, dans certains cas d'otite ou plutôt d'otalgie suraiguë, on obtenait un soulagement immédiat avec quelques gouttes de baume tranquille, beaucoup mieux qu'avec tout autre moyen. Pourquoi? Parce que ce médicament très-composé agit, suivant toute probabilité, en même temps sur l'élément douleur et sur le trouble congestionnel.

sance de la grosse bronche du côté opposé. Mais nous n'avons pas constaté que la diphthérite affectionnât plus une bronche que l'autre, et que, dans son développement inégal, elle frappât plus vite et préférablement la bronche droite ou la bronche gauche.

(La suite à un prochain numéro.)

Syphilographie pratique.

Observation de lésions traumatiques modifiées par la syphilis constitutionnelle, par le docteur S. Guillemin, médecin aide-major attaché à la légation de France au Maroc.

On est généralement convaincu, dans le public médical, que les diathèses et les cachexies n'ont aucune influence sur les lésions traumatiques; j'avais toujours partagé, à cet égard, l'opinion générale lorsqu'un fait très-curieux s'offrit, il y a quelque temps, à mon observation, et vint porter le doute dans mon esprit. Je n'avais pas d'abord l'intention de le publier seul, et je le tenais en réserve, attendant que d'autres faits vinssent se joindre à lui et en accroître la valeur; mais une discussion pleine d'intérêt, publiée récemment par M. le docteur Verneuil dans la Gazette hebdomadaire (numéros du 20 et du 27 février 1863), est venue modifier ma première détermination. Dans son second article, M. Verneuil est conduit à soulever d'une manière incidente cette question de l'influence des diathèses sur les plaies accidentelles (1); je n'ai pas plus que lui la prétention de la résoudre, mais comme l'observation qu'on va lire peut servir à la solution du problème, je n'hésite plus à la livrer à la publicité.

Dans le cas qui a motivé la note de M. Verneuil, il s'agit de la diathèse rhumatismale; dans le mien, c'est la cachexie syphilitique qui est en cause : cette différence dans la nature des deux maladies ne s'oppose pas au rapprochement que j'établis, car il suffit que dans les deux cas la même question puisse être soulevée; je crois même que mon observation, par cela seul qu'elle diffère de celle à laquelle je fais allusion, n'en a que plus de valeur, attendu que, à la rigueur et jusqu'à preuve contraire, on a le droit de nier pour un état constitutionnel ce qu'on admettrait pour un autre, et, par conséquent, de nier pour la syphilis ce qu'on admettrait pour l'arthrite, la scrofule, etc., etc.

Les faits analogues à celui que je vais rapporter sont certainement exceptionnels; cependant il est possible que, l'attention étant attirée sur eux, on arrive à reconnaître qu'ils sont moins rares qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord, tellement est grande l'influence des idées préconçues sur notre manière de voir et d'interpréter les faits.

(1) Voy. la note de la page 134, 2e colonne, no du 27 février.

Obs. — M. J. P..., âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament un peu lymphatique, a eu en 1858 des chancres suivis d'accidents constitutionnels (taches cuivrées, plaques muqueuses dans la bouche, maux de gorge, etc.). Sous l'influence d'un traitement mercuriel régulièrement suivi et longtemps continué, ces accidents disparurent. M. J. P... n'avait rien éprouvé depuis longtemps, et se croyait complétement guéri lorsque, vers le milieu du mois d'août 1862, il lui survint deux petits tubercules cutanés à la paume de la main gauche, un troisième à la partie supérieure du dos, un quatrième dans la région des lombes; le malade ne s'inquiéta pas d'abord de ces lésions qui lui semblaient insignifiantes; mais, sur ces entrefaites, il se fit au talon gauche une petite ampoule, résultat de la pression d'un soulier mal fait; cette ampoule, au lieu de se guérir en un jour ou deux, comme cela arrive d'habitude, fut suivie d'un ulcère douloureux qui à plusieurs reprises s'enflamma, se recouvrit de fausses membranes, et s'entoura de larges vésicules. Pendant près d'un mois j'employai, suivant les indications apparentes, les cataplasmes, le cérat, le vin aromatique, le diachylon, divers onguents, etc. Ces moyens, quoique aidés d'un repos à peu près absolu, restèrent complétement inefficaces; l'ulcère allait un peu mieux pendant un jour ou deux, puis, sans cause connue, les accidents reparaissaient.

Le 4 octobre, M. J. P... me montra les tubercules cutanés qu'il avait à la paume de la main et dans la région dorsale, et dont il n'avait pas jugé nécessaire de me parler jusqu'alors; ces tubercules présentaient une teinte cuivrée très-évidente; comme je connaissais, du reste, les antécédents du malade, je n'hésitai pas à les considérer comme étant de nature syphilitique, et je prescrivis le traitement suivant :

Teinture d'iode........... 2 grammes.
Eau commune............ 200 —
Prendre deux cuillerées à bouche chaque jour (1).

Je prescrivais cette solution pour guérir les tubercules cutanés, et je ne me doutais pas le moins du monde que l'ulcère du talon allait en ressentir l'influence, attendu que, malgré la singularité de sa marche et de son aspect, j'étais bien loin de croire qu'il eût été influencé par la cachexie syphilitique, tellement j'avais confiance dans la doctrine généralement adoptée. Quel ne fut donc pas mon étonnement lorsque je vis la plaie marcher rapidement vers la cicatrisation, en même temps que disparaissaient la douleur et les accidents inflammatoires, de telle sorte que le 12 octobre, c'est-à-dire huit jours seulement après le début du traitement par l'iode, la cicatrisation était complète et définitive.

Cette rapide guérison me surprit d'autant plus que dans les premiers jours d'octobre la petite plaie s'était enflammée de nouveau, des vésicules s'étaient développées à sa circonférence, et tout devait faire présager qu'elle n'était pas encore sur le point de se guérir.

Les tubercules cutanés ne disparurent qu'un peu plus tard; la solution iodée fut renouvelée, et le traitement continué jusqu'au 3 novembre.

Le malade, bien que décidé, suivant mes conseils, à se remettre pendant quelque temps à l'usage de l'iode, se croyait cependant complétement débarrassé de ses accidents syphilitiques, lorsqu'un nouvel événement vint me démontrer qu'il n'était guéri qu'en apparence, c'est-à-dire que la maladie existait, bien qu'en ce moment elle ne se manifestât pas

(1) Depuis quelque temps, j'ai substitué dans ma pratique la solution d'iode à l'iodure de potassium pour le traitement des maladies syphilitiques. Je me propose de faire connaître prochainement les raisons qui m'ont conduit à cette substitution et les avantages que j'en retire.

Nous pourrions citer d'autres exemples et les emprunter à nos propres formules; mais nous ne voulons pas abuser de la patience de nos lecteurs, et il nous reste à dire un mot des excursions de l'ancienne médecine dans le domaine du *surnaturel*, on dirait aujourd'hui de *l'impossible*.

Il faut ranger dans cet ordre d'idées les paroles magiques prononcées sur certains médicaments, les vertus occultes attribuées à certaines substances, par exemple la spécificité de la corne de rhinocéros pour donner de la force et du courage. L'analyse chimique a fait table rase de ces rêveries, et, quand on les rencontre dans les vieux livres, on passe au feuillet suivant. Cette confiance irréfléchie de l'ancienne médecine dans les vertus occultes des médicaments n'allait pas jusqu'à partager la foi des adeptes dans la possibilité du rajeunissement. La plupart des grands médecins de cette époque considéraient la fontaine de Jouvence comme une illusion. Ranchin, par exemple, dans son Traité des maladies des vieillards, livre excellent, même pour notre génération, qui possède l'ouvrage beaucoup plus positif du savant M. Durand-Fardel, Ranchin, dis-je, a un chapitre *De retardatione senectutis;* mais il a supprimé celui *De recuperanda juventute*, qui se trouve dans tous les auteurs manuscrits ou imprimés plus ou moins affiliés aux sectes ou aux études hermétiques. Le secret de vie, le moyen de rajeunir paraît bien réellement avoir le but essentiel de ce que l'on appelait le grand œuvre. On trouve dans tous les écrits de cette école une conviction profonde de la possibilité d'arriver un jour à ce résultat, mais ils sont muets ou mystérieux sur les moyens pratiques d'y parvenir. Cependant quelques téméraires ont cru pouvoir publier le grand secret; parmi ces indiscrets, il faut noter le sieur Harcouët de Longeville, qui a publié un curieux Traité de la longévité et du rajeunissement, dont la dernière édition est de 1716. Cet auteur a révélé le moyen de rajeunir à ses contemporains, qui ne semblent pas en avoir fait grand cas. Il est vrai que l'on touchait aux enthousiasmes du système de Law, et les hommes de tout temps ont eu plus de souci de la richesse que de la santé.

par des lésions apparentes. Le 23 novembre, M. J. P... se fit à l'indicateur de la main droite une petite écorchure, l'épiderme fut soulevé dans une étendue de 2 à 3 millimètres; le malade mit sur cette excoriation un morceau de taffetas d'Angleterre, et ne s'en inquiéta pas; mais peu de temps après il ressentit quelques douleurs, et remarqua que la suppuration était survenue et qu'au voisinage de l'excoriation la peau était enflammée; c'est à ce moment qu'il me montra son doigt; je lui fis remplacer le taffetas par un petit cataplasme qui apaisa la douleur et calma l'inflammation; j'appliquai ensuite du cérat; la cicatrisation ne parut pas vouloir se faire, au contraire, l'épiderme se soulevait tout autour de la petite plaie, qui était d'un rouge vif, et ne se recouvrait pas d'un nouvel épiderme; le diachylon, le vin aromatique furent ensuite employés sans plus de succès.

Enfin l'idée me vint que la même cause qui s'était opposée si longtemps à la cicatrisation de la plaie du talon empêchait également celle-ci de se guérir, et le 2 décembre je fis reprendre l'usage de la solution d'iode. Voici quel était, à cette époque, l'état de la petite plaie: située à la face dorsale du doigt indicateur, au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange, elle était d'une forme à peu près circulaire, son diamètre était d'environ 1 centimètre, sa surface d'un rouge cuivré, recouverte d'une couche épithéliale très-mince; au centre existaient deux petites taches jaunes formées par des croûtes au-dessous desquelles se trouvait un peu de pus. Tout autour de ce petit ulcère l'épiderme était soulevé, et formait une espèce de bourrelet paraissant résulter de la réunion de larges vésicules confondues les unes avec les autres par leurs bords; les douleurs étaient assez vives, surtout pendant la nuit.

Je fis prendre par jour environ deux cuillerées à bouche de la solution suivante :

Teinture d'iode	4 grammes.
Eau commune............	480 —

Le 8 décembre (six jours après le début du traitement), l'amélioration était déjà considérable; il n'y avait plus de douleurs, plus de suppuration; un épiderme nouveau s'était formé, encore mince, rosé, mais paraissant devoir se maintenir. Le 12 décembre s'achève la solution commencée le 2. La guérison est depuis deux jours complète et définitive.

Il me semble difficile que cette observation ne paraisse pas concluante, l'expérience, par un effet du hasard, ayant été répétée deux fois, comme pour ne laisser subsister aucun doute; on ne peut nier, en effet, que les deux petits ulcères aient présenté une marche et une apparence insolites; on ne peut nier qu'ils aient été modifiés et guéris avec une rapidité surprenante par l'usage de l'iode; on ne peut nier enfin que l'organisme fût sous l'influence du virus syphilitique, puisqu'il y avait coïncidence de lésions manifestement syphilitiques, lesquelles, comme la plaie du talon, se sont guéries par l'usage de l'iode.

Un médecin bien convaincu, comme je l'étais moi-même, que les diathèses n'ont pas d'influence nuisible sur les plaies accidentelles, s'il est mis en présence d'un fait analogue à celui qu'on vient de lire, s'efforcera de triompher de la maladie par une foule de moyens empiriques plutôt que de soupçonner la diathèse et de la combattre par un traitement rationnel, à moins pourtant qu'une circonstance fortuite, une coïncidence, comme cela m'est arrivé, ne vienne le mettre sur la voie et lui faire modifier sa thérapeutique.

Étant admise, au contraire, la possibilité de l'apparition de faits de ce genre, le traitement, d'incertain et d'empirique qu'il était, devient immédiatement positif et rationnel.

Je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'insister sur les conséquences pratiques auxquelles doit conduire cette modification dans les idées généralement admises; qu'il me suffise de dire que, pour la syphilis surtout, maladie sur laquelle notre action est si prompte et si évidente, ces conséquences ont une grande importance; il n'en est pas tout à fait de même pour les autres diathèses, et en particulier pour l'arthritis, contre laquelle nous n'avons pas de moyens aussi positivement et aussi promptement efficaces que le mercure et l'iode dans la syphilis. Il est cependant permis de croire que dans le cas rapporté par M. Verneuil, si l'on eût reconnu la nature arthritique de la maladie, il eût été possible, par un traitement rationnel, d'épargner à la malade de cruelles souffrances, peut-être même d'enrayer la marche de ce mal impitoyable (1).

III

CORRESPONDANCE.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Sur une nouvelle observation d'aphémie.

Mon cher ami,

Ceux de vos lecteurs qui ont pris connaissance du travail publié par M. le docteur Auburtin dans les derniers numéros de la GAZETTE liront avec quelque intérêt, j'ose l'espérer, l'analyse d'une observation que j'ai présentée tout dernièrement à la Société de biologie.

Il s'agit d'une femme âgée de quarante-sept ans, frappée subitement d'apoplexie il y a huit mois environ, et devenue, par suite, à la fois hémiplégique et aphémique. L'hémiplégie complète et accompagnée de roideur des membres paralysés occupait le côté droit du corps; du même côté, il y avait paralysie faciale incomplète : la sensibilité s'était conservée à peu près intacte sur toutes les parties paralysées du mouvement. Chez cette femme, le langage articulé n'était plus représenté que par le monosyllabe *ta*, qu'elle répétait habituellement, très-rapidement, très-distinctement, et quatre ou cinq fois de suite (*ta ta ta ta*), toutes les fois qu'elle s'efforçait soit

(1) Voy., dans les numéros du 20 et du 27 février 1863, l'observation rapportée par M. Verneuil et les réflexions qui l'accompagnent.

Le procédé du sieur de Longeville est un véritable traitement, fort compliqué, avec bains, pilules, élixirs et électuaires, dont les formules ressemblent à celles de beaucoup d'autres médicaments composés; c'est tout ce que l'on en peut dire. Mais le mode d'alimentation est assez original pour mériter d'être reproduit ; le voici très-exactement abrégé :

Vous prenez trente poules; d'un autre côté, trente vipères; vous mettez les vipères dans un tonneau et les y fouettez vigoureusement; puis, quand elles sont bien irritées, leur coupez à chacune la tête et la queue. Enfin vous faites cuire ces vipères dans une grande chaudière avec une quantité de blé; les poules mangeront ce blé après qu'il se sera imprégné du suc des vipères, et le vieillard mangera les poules.

Cette manipulation semble un peu scabreuse, et le pharmacien qui l'entreprendrait pourrait réclamer un brevet d'héroïsme; mais le sieur de Longeville garantit son efficacité. Si l'on suit bien exactement le traitement, « *la caducité la plus* » *décrépite sera réparée* ». Il ajoute, il est vrai, ce correctif : « La » sagesse incréée n'en a découvert l'effet admirable aux » hommes que pour les sages qu'elle a créés. »

D'où il résulterait que, dans l'opinion du sieur de Longeville, le merveilleux secret n'aurait d'action que sur les adeptes, condition qui a dû en restreindre singulièrement l'application.

Ces erreurs de nos pères nous font sourire; mais Dieu seul connaît le jugement que porteront nos petits-neveux sur les savants et la science du XIX^e siècle! Réflexion qui devrait nous rendre modestes. Il ne faut pas oublier non plus que, si la science du passé a eu ses illusions, c'est à ses études laborieuses, à ses convictions profondes, que l'on doit les grandes découvertes qui ont servi de point de départ à ce que nous sommes convenus d'appeler le progrès moderne. Sans doute, ceux qui ont trouvé dans leurs cornues ou leurs creusets la poudre à canon, les caractères d'imprimerie, l'alcool, l'éther et le phosphore, sans doute ceux-là cherchaient autre chose; mais il y a une récompense au bout de tous les travaux con-

de répondre à une question qui lui avait été adressée, soit de communiquer ses propres idées. La langue, d'ailleurs, était libre; la malade pouvait la tirer hors de sa bouche et la mouvoir avec facilité à droite, à gauche, et en un mot dans toutes les directions qu'on lui indiquait. — Du côté non paralysé, les traits du visage, l'œil surtout, étaient très-expressifs. L'intelligence était certainement conservée, au moins pour une bonne partie. En effet, à l'aide de certains gestes qu'elle exécutait avec le bras et la main gauches, cette malheureuse infirme parvenait à faire connaître aux personnes du service ses moindres besoins, à spécifier, par exemple, le genre d'aliments qu'elle désirait obtenir. Le jour de son entrée à l'hospice, entre autres, elle put, grâce à une mimique très-animée, nous faire comprendre que déjà, à une autre époque, elle avait séjourné à la Salpêtrière dans une salle autre que celle qu'elle occupait actuellement, et indiquer enfin qu'elle reconnaissait pour les y avoir vues plusieurs des personnes qui l'entouraient, toutes choses qui furent reconnues parfaitement exactes. La malade, qui, pendant les deux derniers mois de sa vie, avait présenté tous les symptômes de la néphrite albumineuse, succomba tout à coup à la suite de convulsions urémiques.

L'examen de l'encéphale fut fait avec le plus grand soin en présence de M. le docteur Broca et de M. Cornil, interne du service. Il ne sera question que de l'hémisphère cérébral gauche, qui seul présentait des altérations. Sur cet hémisphère, une large plaque de ramollissement jaune occupait le fond de la scissure de Sylvius et son bord postérieur. Le ramollissement avait détruit : 1° sur le lobe temporal, la circonvolution dite marginale inférieure dans toute son étendue, et en partie seulement la seconde circonvolution temporale; 2° sur l'insula de Reil, l'extrémité inférieure, et dans toute leur étendue les deux circonvolutions postérieures de ce lobule. En profondeur, le ramollissement s'étendait dans la direction du corps strié; le noyau extra-ventriculaire du corps strié tout entier et le noyau intra-ventriculaire dans sa moitié postérieure seulement étaient envahis par le ramollissement. La couche optique était restée intacte. *Les circonvolutions pariétale transverse et frontale transverse, les trois circonvolutions frontales antéro-postérieures, désignées sous les noms de première, deuxième et troisième circonvolutions frontales, furent examinées dans toute leur étendue, une à une, et avec la plus grande attention. Ces diverses circonvolutions ne présentèrent à l'œil nu aucune altération appréciable, soit dans le volume, soit dans la couleur ou la consistance.* Elles étaient, d'ailleurs, séparées du foyer de ramollissement par des parties de substance nerveuse qui parurent être à l'état sain. La pièce anatomique a été mise sous les yeux des membres de la Société de biologie, qui ont constaté toutes les particularités qui viennent d'être indiquées.

En désespoir de cause, de minces fragments de substance nerveuse, pris sur divers points de la troisième circonvolution, furent portés sous le microscope : les éléments nerveux en général n'avaient pas subi d'altération; toutefois, çà et là on rencontrait quelques corps granuleux (deux ou trois seulement tout au plus pour chaque préparation). Plusieurs vaisseaux capillaires avaient subi à un faible degré la dégénération graisseuse. Ces altérations, d'ailleurs peu prononcées, existaient sur toutes les parties de l'hémisphère cérébral qui avoisinaient le foyer de ramollissement.

Dans le travail auquel je faisais allusion plus haut, M. le docteur Auburtin s'exprime quelque part comme il suit : « Pour mon compte, je suis prêt à considérer comme complétement erroné ce point de physiologie, *que le centre cérébral qui préside aux mouvements de coordination de la parole a son siége dans les lobes antérieurs du cerveau*, si l'on peut produire une seule observation relative à un malade qui, ayant été privé de l'usage de la parole, ait présenté les lobes antérieurs dans un état d'intégrité complet en les examinant par circonvolutions. »

J'ignore, mon cher ami, si les faits contenus dans mon observation pourront modifier l'opinion si nettement exprimée par M. le docteur Auburtin. Pour mon compte, je ne puis me résoudre à admettre que les quelques altérations révélées par le microscope dans la substance nerveuse de la troisième circonvolution suffisent pour expliquer un état d'aphémie très-prononcé, tel qu'il existait chez ma malade. On en rencontre très-souvent d'analogues dans le cerveau, qui ne se sont traduites par aucun symptôme appréciable, et je me vois conduit à conclure que le siége de l'organe central du langage articulé, — si toutefois il existe un tel organe, — reste encore à déterminer.

J. M. Charcot.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 JUIN 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

(Fin. — Voir le n° 28.)

M. *Pasteur* continue ainsi : « Considérons à présent la putréfaction des substances solides.

» J'ai prouvé récemment que le corps des animaux est fermé, dans les cas ordinaires, à l'introduction des germes des êtres inférieurs; par conséquent, la putréfaction s'établira d'abord à la surface, puis elle gagnera peu à peu l'intérieur de la masse solide.

» En ce qui concerne un animal entier abandonné après la mort, soit au contact, soit à l'abri de l'air, toute la surface de son corps est couverte des poussières que l'air charrie, c'est-à-dire de germes d'organismes inférieurs. Son canal intestinal, là surtout où se forment les matières fécales, est rempli, non

sciencieux et persévérants. Pour la mériter et l'obtenir, si c'est vers la science de la vie que l'on tourne ses efforts, il faut avoir la foi médicale; il faut aussi une autre condition recommandée par tous les adeptes, c'est l'amour ardent de ses semblables et le désir sincère de soulager les souffrances des pauvres malades. Tel est le but que se proposèrent, dans tous les temps, les médecins réellement dignes de ce nom; c'est pour eux aussi que la sagesse suprême a eu des paroles d'encouragement et d'espoir : « *Honora medicum propter necessitatem... A Deo est omnis medela... Disciplina medici exaltabit caput illius et in conspectu magnatorum collaudabitur.* » (*Eccles.*, c. XXXVIII.)

Vicomte de Lapasse.

Toulouse, octobre 1862.

On commence les aménagements du nouvel hospice des Ménages, récemment construit à l'entrée de la commune d'Issy, du côté de Paris. Ce vaste établissement doit être inauguré le 15 août. L'ancien hospice sera démoli pour faire place à un nouveau quartier.

— M. A. Husson, membre de l'Institut, directeur de l'administration de l'Assistance publique, auteur de l'*Étude sur les hôpitaux*, vient d'être élu membre honoraire de l'Académie impériale médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.

— Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central a été terminé par la nomination de MM. E. Simon et Tillaux.

— Au concours qui vient d'avoir lieu à Alger, il y a eu deux nominations de chirurgiens-adjoints à l'hôpital civil, et non pas une seule, comme nous l'avions répété d'après d'autres journaux. Les candidats élus sont MM. Maurice et Gros.

plus seulement de germes, mais de vibrions tout développés que Leewenhoeck avait déjà aperçus. Ces vibrions ont une grande avance sur les germes de la surface du corps. Ils sont à l'état d'individus adultes, privés d'air, baignés de liquides, en voie de multiplication et de fonctionnement. C'est par eux que commencera la putréfaction du corps, qui n'a été préservé jusque-là que par la vie et la nutrition des organes.

» Soit, pour fixer les idées, une masse volumineuse de chair musculaire : qu'arrivera-t-il si l'on empêche la putréfaction extérieure? La viande conservera-t-elle son état, sa structure et ses qualités des premières heures? On ne saurait espérer un pareil résultat. En effet, il est impossible aux températures ordinaires de soustraire l'intérieur de cette chair à la réaction des solides et des liquides les uns sur les autres. Il y aura toujours et forcément des actions dites de contact, des *actions de diastases* (que l'on me permette cette expression), qui développent dans l'intérieur du morceau de viande de petites quantités de substances nouvelles, lesquelles ajouteront à la saveur de la viande leur saveur propre. Bien des moyens peuvent s'opposer à la putréfaction des couches superficielles. Il suffit, par exemple, d'envelopper la viande d'un linge imbibé d'alcool, et de la placer ensuite dans un vase fermé (avec ou sans air, peu importe), pour que l'évaporation des vapeurs d'alcool ne puisse avoir lieu. Il n'y aura pas de putréfaction, soit à l'intérieur, parce que les germes des vibrions sont absents, soit à l'extérieur, parce que les vapeurs d'alcool s'opposent au développement des germes de la surface; mais j'ai constaté que la viande se faisande d'une manière prononcée si elle est en petite quantité, et qu'elle se gangrène si elle est en masses plus considérables.

» A mon avis, et c'est ici un des exemples où pèche par trop d'étendue la définition ordinaire de la putréfaction, il n'y a aucune similitude de nature ni d'origine entre la putréfaction et la gangrène.

» Loin d'être la putréfaction proprement dite, la gangrène me paraît être l'état d'un organe ou d'une partie d'organe conservé, malgré la mort, à l'abri de la putréfaction, et dont les liquides et les solides réagissent chimiquement et physiquement en dehors des actes normaux de la nutrition.

Paléontologie. — M. *Desnoyers* lit une note en réponse à des objections faites au sujet de stries et d'incisions constatées sur des ossements de mammifères fossiles des environs de Chartres.

Physiologie végétale. — *Sur la germination des corpuscules organisés qui existent en suspension dans l'atmosphère*, note de M. *Duclaux*, présentée par M. Pasteur. — L'auteur rapporte quelques expériences confirmatives de ce fait, déjà mis en évidence par M. Pasteur, à savoir que les corpuscules organisés que renferment en grand nombre les poussières de l'air sont des germes féconds des organismes inférieurs.

Chimie appliquée. — *Sur l'engrais dit* chaux animalisée, note de M. *A. Mosselman*, présentée par M. Payen. — L'hygiène publique et l'agriculture réclament depuis longtemps un mode d'enlèvement et d'utilisation des matières fécales solides et liquides, qui permette d'en opérer facilement le transport et l'épandage. Le procédé de M. Mosselman consiste : 1° à éteindre la chaux grasse vive à l'état d'hydrate pulvérulent avec des liquides de vidanges, ou mieux avec de l'urine pure dans la proportion de moitié de son poids; 2° à enrober et praliner les matières solides avec cette sorte de farine dans la proportion de 2 hectol.,5 de chaux pulvérulente pour deux hectolitres de matières fécales. Par ce moyen, les matières fécales sont mises rapidement sous la forme d'une substance solide immédiatement maniable et transportable.

Séance du 6 juillet 1862.

Thérapeutique. — *Action exercée sur la pupille par l'extrait de la fève du Calabar* (Physostigma venenosum), extrait d'une note de M. *Giraldès*. — « Le fruit de cette légumineuse possède des propriétés toxiques bien connues; mais la propriété de faire contracter la pupille n'est connue que depuis les recherches du docteur Fraser, recherches consignées dans sa thèse inaugurale, soutenue à Edimbourg en 1862. Cette propriété, d'ailleurs, a été depuis constatée par plusieurs médecins et physiologistes anglais.

» La fève du Calabar n'est pas connue chez nous, et c'est grâce à la bienveillance de M. le docteur Fraser qu'il m'a été donné de me procurer cette substance et de pouvoir faire, dans mon service à l'hôpital des Enfants malades, quelques expériences dont voici le résultat :

» Sur huit enfants de l'âge de trois, quatre, six, huit, douze et treize ans, et chez lesquels la pupille était largement dilatée, une goutte de solution d'extrait de la fève de Calabar dans de la glycérine a été introduite avec un petit pinceau entre les deux paupières; chez tous, quelques minutes après, la contraction de la pupille était manifeste; au bout de quinze à vingt minutes, cette contraction était portée aussi loin que possible, et les dimensions de la pupille étaient réduites au minimum et avaient à peine un demi-millimètre de diamètre. Chez l'un des enfants, chez lequel la pupille avait été préalablement dilatée au moyen du sulfate d'atropine, et dont la dilatation était portée à son maximum, au bout de vingt minutes l'ouverture pupillaire était revenue sur elle-même, s'était contractée de façon à n'offrir qu'un demi-millimètre de diamètre.

» Cette contraction, ainsi que cela a été remarqué par d'autres observateurs, cesse après quinze à vingt heures; chez les enfants en question, vingt-quatre heures après, la pupille était revenue à son état premier. Cette propriété de faire contracter rapidement la pupille peut offrir de précieuses ressources en ophthalmologie. » (*Comm.:* MM. Cl. Bernard, Cloquet, Fremy.)

Médecine. — M. *Delaunay* présente une note concernant des expériences qu'il a faites sur des *chiens enragés* et des *chevaux morveux*, expériences qui lui font concevoir l'espérance d'arriver par une sorte d'inoculation à préserver les animaux de l'une ou de l'autre maladie. (*Comm.:* MM. Rayer, Cl. Bernard, Longet.)

Paléontologie humaine. — M. *Garrigou* présente quelques remarques relatives aux notes récentes de MM. *Eug. Robert* et *Scipion Gras*, concernant la non-contemporanéité de l'homme et des espèces éteintes de grands pachydermes.

M. Garrigou s'efforce d'établir que les arguments invoqués par MM. Robert et Scipion Gras pour nier la coexistence de l'homme et des grandes espèces détruites ne reposent sur aucune donnée géologique. Or, l'importance de la découverte de M. Boucher de Perthes et la question de l'homme fossile qui s'y rattache directement résident d'une manière unique dans la détermination géologique des couches de Moulin-Quignon, où a été trouvée la mâchoire humaine.

M. Garrigou, s'appuyant sur le témoignage de plusieurs géologues éminents, nommément MM. d'Archiac, de Verneuil, de Passy, Buteux, Prestwich, Lyell, Lubloct, rappelle que l'époque quaternaire est généralement marquée dans le nord de la France par un dépôt de cailloux plus ou moins roulés, surmonté d'une assise argileuse variant quant à son épaisseur. Le dépôt inférieur de cailloux a été formé aux dépens des terrains crétacé et tertiaire (moyen et inférieur). Pour tous ces savants, le terrain de Moulin-Quignon, où gisait la fameuse mâchoire, est du diluvium en place non remanié et exactement dans les mêmes conditions que le reste du diluvium du nord de la France.

L'âge relatif des haches contenues dans les couches de Moulin-Quignon, et trouvées aussi dans les autres sablières exploitées, est possible à déterminer. On peut y arriver par l'examen comparatif de la coupe de la falaise de Mundesley (Norfolk), donnée par M. Prestwich, et par celui des coupes des carrières de Hoxne en Suffolk, des vallées de la Waverney, du Lark et de l'Ouse. C'est dans les couches correspondant à celles de graviers de silex subanguleux déposés dans les ravinements du Boulder-Clay qu'on a pour la première fois trouvé, avec le *Mammouth*, le *Rhinoceros tichorhinus*, etc., les premières haches travaillées de main d'homme. C'est donc après les premiers dépôts opérés sur les roches striées caractéristiques de la période glaciaire du nord et du nord-ouest de l'Europe et de l'Amérique, qu'auraient été déposés, dans les couches régulièrement stratifiées et vierges de remaniement, les premiers débris de l'industrie humaine, les haches de Moulin-Quignon aussi bien que celles du Boulder-Clay.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 JUILLET 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans le département du Nord. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Des rapports d'eaux minérales, par MM. les docteurs *Bordes-Pagès, Ladevèze, Pidoux, Génieys.* (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. *Diday*, à l'occasion du dernier discours de M. J. Guérin *sur la fièvre jaune*, lettre dans laquelle l'auteur rappelle qu'il a rangé lui-même cette maladie parmi les dyscrasies spéciales. — *b.* Un *mémoire sur l'incubation de la fièvre jaune, les signes et le traitement abortif de cette maladie*, par M. le docteur *Bertulus*. (*Renvoi à la commission de la fièvre jaune.*) — *c.* Une *note sur quelques vaccinations pratiquées à Constantine et dans les environs*, par M. le docteur *Leclère*. (*Commission de vaccine.*) — *d.* Une lettre de M. *Laborie*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'accouchements.

M. *le Secrétaire annuel* lit une lettre de M. *Prus*, consul de France à Santander, qui fait hommage à l'Académie de quelques livres et notices Sur la peste et les quarantaines, par le docteur *Prus*, son père, ancien membre titulaire de l'Académie.

M. *le Secrétaire* donne ensuite lecture d'une lettre de M. *Giraldès* sur les propriétés physiologiques de *l'extrait de la fève de Calabar*. (*Comm.*: MM. Gosselin, Chatin, Béclard, Gosselin.) — (Voy. le compte rendu de l'Académie des sciences, p. 475.)

M. *le Secrétaire perpétuel* fait remarquer que l'observation de MM. les docteurs *Moyne* et *Lépine père* a été introduite dans le dernier rapport de M. *Devilliers* sans avoir été présentée préalablement à l'Académie, et que ce rapport devra être modifié en conséquence.

M. *Depaul*, à l'occasion du procès-verbal, dit qu'il ne s'oppose pas à l'application des dilatateurs utérins pour provoquer l'accouchement prématuré, mais qu'il réprouve seulement ceux qui acquièrent un volume exagéré dans la cavité utérine et peuvent ainsi provoquer des accidents graves.

M. *Gosselin* offre en hommage, au nom de l'auteur, un Atlas ophthalmoscopique, par M. le docteur *Liebreicht*.

M. *Mélier* dépose sur le bureau les Rapports de la commission des logements insalubres de la ville de Paris, et mentionne d'une manière spéciale le dernier de ces rapports pour les années 1861 et 1862, rédigé par MM. *Trébuchet* et *Robinet*.

M. *Larrey* fait hommage d'une Notice sur le baron Larrey, par M. le général *Ambert*.

M. *le Président* annonce la mort de M. le docteur *Denys* (de Commercy), associé national.

Lectures.

Ophthalmologie. — M. le docteur *Josat* lit un Mémoire sur l'histoire de l'ophthalmie des armées.

L'auteur se propose principalement de rechercher l'origine de cette maladie, qui, depuis la campagne d'Égypte, a frappé un si grand nombre de victimes.

L'ophthalmie dite des armées a régné en Égypte de temps immémorial et sans interruption. Tous les documents que l'histoire nous a conservés, relativement aux armées qui ont traversé ce pays à toutes les époques, confirment cette manière de voir. D'un autre côté, l'histoire ne nous apprend pas qu'à aucune époque en France il y ait eu d'épidémie d'ophthalmie avant l'expédition du général Bonaparte. M. Josat s'applique à démontrer que la flotte française détruite à Aboukir n'a pu importer cette maladie en France. Rien n'est plus facile, au contraire, que de suivre pas à pas les soldats malades qui, d'Égypte, ont apporté l'ophthalmie en Europe.

Mais par quelle cause cette maladie, éminemment contagieuse, s'est-elle, pour ainsi dire, localisée en Belgique? Il n'y a pas, dit-il, de maladie qui soit absolument contagieuse. Il faut, pour que la contagion se produise, une réunion de circonstances particulières, et M. Josat croit que ces conditions existent en Belgique, où la plus grande partie de la population passe sa vie dans les mines et dans les ateliers.

Obstétrique. — *M. Mattei* lit un mémoire Sur la durée moyenne de la grossesse chez la femme, et les meilleures indications pour tacher de déterminer d'avance le moment de l'accouchement.

Voici les conclusions de ce travail :

1° La grossesse dans l'espèce humaine a une durée moyenne qui constitue la règle ou loi de la nature, et des extrêmes qui constituent les exceptions. Ces dernières donnent les naissances hâtives ou tardives.

2° Les chiffres de deux cent quatre-vingts jours, de dix mois lunaires ou de sept quarantaines donnés par Hippocrate, ces chiffres étaient considérés par lui non comme une moyenne, mais comme la limite extrême de la grossesse; ce qui n'est pas exact, car il est prouvé désormais que dans quelques cas, rares il est vrai, ce terme peut être dépassé.

3° Le chiffre de neuf mois solaires ou de deux cent soixante-dix jours, et qui ne se trouve pas dans les livres hippocratiques, ce chiffre, quoique plus rapproché de la moyenne, est encore un peu trop élevé.

4° Mon observation personnelle et surtout les faits consignés dans les deux premiers volumes de ma clinique obstétricale m'autorisent à dire que la moyenne de la grossesse est chez la femme environ de deux cent soixante-cinq jours.

5° Le jour de la fécondation étant ordinairement inconnu, on peut dater cette fécondation d'après la dernière apparition des règles, et la durée de la grossesse peut être calculée d'après le nombre des menstruations qui manquent; en effet, la congestion utérine continue tous les mois quand même il n'y ait pas de sang perdu, et c'est ordinairement à une époque cataméniale que le produit est expulsé.

6° Le moment le plus habituel de l'arrivée de l'accouchement et qu'on peut indiquer d'avance, est la neuvième époque cataméniale après la fécondation. On peut compter ces époques tous les trente jours ou par mois solaires, quand même les règles ne suivraient pas cette période pendant l'état de vacuité chez le sujet qu'on observe.

7° Des exceptions à cette règle existent. Elles peuvent dépendre de l'époque tardive de la fécondation, du défaut de développement fœtal ou du défaut de préparation du segment inférieur de l'utérus et du col; mais pour l'examen direct des parties on peut connaître d'avance ces exceptions.

8° Cette manière de compter est à la fois plus expéditive et plus exacte que les méthodes anglaise, allemande, polonaise et française. Rien n'empêche cependant d'employer simulta-

nément ces diverses méthodes et de les faire contrôler les unes par les autres.

THÉRAPEUTIQUE. — *M. Delioux de Savignac* lit un mémoire SUR L'EMPLOI DU MUSC ET DE L'ACÉTATE D'AMMONIAQUE DANS LES PNEUMONIES GRAVES, PNEUMONIES TYPHOÏDES, PNEUMONIES DU SOMMET, AVEC DÉLIRE.

L'esprit de Mindererus contenant l'acétate d'ammoniaque impur était autrefois administré dans les états typhiques. M. Delioux donne ce sel à l'état de pureté, à la dose de 20 grammes et même 60 grammes, dans une potion édulcorée avec du sirop de Tolu, du sirop diacode, etc.

L'acétate d'ammoniaque a été à tort placé parmi les médicaments contro-stimulants par Giacomini et son école. M. Delioux considère ce sel comme sédatif et antiataxique; il ralentit le cours du sang; c'est un tempérant. Par l'emploi de l'acétate d'ammoniaque seul, M. Delioux a pu guérir un bon nombre de pneumonies avec délire. (*Commis.*: MM. Michel Lévy, Grisolle et Barth.)

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en *comité secret* pour entendre la lecture du rapport de M. *Reynal* sur les titres des candidats pour la place vacante dans la *section de médecine vétérinaire*.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 17 JUILLET 1863.

M. le docteur Aug. Voisin. Des phénomènes oculo-pupillaires dans l'atrophie musculaire progressive.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 MAI (SUITE), ET SÉANCES DES 10 ET 24 JUIN 1863. — PRÉSIDENCE DE M. BÉHIER.

SYPHILIS CHEZ LES ENFANTS. — EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE. — CORPS ÉTRANGER DE L'APPENDICE VERMICULAIRE DU CÆCUM. — EAU DE VICHY CONCENTRÉE PAR LE FROID.

— M. *Henri Roger* a observé dernièrement un enfant de deux ans et demi, couvert de plaques muqueuses sur les aines, le scrotum et l'anus. Il est confié à la garde d'une femme qui n'est ni sa mère ni sa nourrice, et qui est atteinte de syphilides tuberculeuses au front, à la jambe, et de plus d'une exostose. D'autre part, la mère, et surtout le père, peuvent être soupçonnés d'antécédents syphilitiques, bien qu'on n'en ait pas la preuve. M. Rayer se demande quelle est ici l'origine de la syphilis de l'enfant. Est-elle héréditaire? On sait que la syphilis congénitale est rare après six mois. Est-elle communiquée par la garde qui le soigne, l'embrasse, ou bien par le père à la suite de manœuvres pédérastiques?

M. *Bourdon* pense que la maladie peut venir des parents. Il a vu un cas d'ulcération suspecte du voile du palais que M. Ricord n'a pas hésité à rapporter à la syphilis héréditaire. Ce syphilographe pense, d'ailleurs, que la maladie peut dégénérer en se transmettant et s'atténuer en inclinant vers la scrofule.

M. *Henri Roger* répond que la transmission héréditaire des accidents tertiaires n'est pas douteuse; mais pour les accidents secondaires, il n'en est pas de même. Quelque opinion que professe M. Ricord sur le retard des manifestations héréditaires jusqu'à l'âge de deux, trois, dix et même vingt ans, la majorité des médecins admet que ces accidents ne se voient ordinairement que dans les six premiers mois. La région où on les observait chez l'enfant en question ne rend que trop probable la supposition de sodomie.

Plusieurs membres de la Société citent, en effet, des exemples singuliers de dépravation semblable chez des parents.

M. *Béhier* a été quelquefois mis sur la trace de ces honteuses pratiques par la facilité avec laquelle certains enfants prennent des postures qui révèlent les habitudes qu'on leur a fait prendre.

M. *Guérard* croit à la possibilité de la transmission des syphilides de la garde à l'enfant qu'elle soignait.

M. *Archambault* croit très-difficile de retrouver sûrement la porte d'entrée de la syphilide. Un homme atteint de chancre avait quitté le lit de sa femme, de peur de l'infecter; mais il avait pris ses enfants avec lui; ceux-ci, atteints d'impétigo, avaient contracté la syphilis par le contact de leurs excoriations avec le linge de leur père, sans qu'il y eût eu sodomie.

M. *Chauffard* croit que les portes d'entrée de la syphilis sont très-nombreuses chez les enfants; que, sans remonter à la syphilis héréditaire ou supposer des pratiques contre nature, on en trouve souvent l'explication dans les simples lavages de l'anus, de la vulve, que les parents pratiquent avec les mêmes éponges, les mêmes linges dont ils se servent pour se laver eux-mêmes. — M. Guérard ajoute que la salive des parents sert quelquefois à ces lavages.

M. *Lailler*, pendant qu'il s'agit de syphilis, signale la fréquence plus grande qu'on ne croit des plaques muqueuses sur les conjonctives.

— M. *Bucquoy* rend compte verbalement d'un cas d'*empoisonnement par le phosphore*, qu'il vient d'observer à l'hôpital de Lariboisière.

Il s'agit d'une pauvre femme qui, se préparant une salade pour son repas, y laissa tomber accidentellement un gros paquet d'allumettes chimiques. Elle ne se hâta pas de retirer celles-ci, et, ignorant sans doute le danger et surtout la grande solubilité du phosphore dans l'huile, elle mangea la salade comme si rien n'était arrivé. La nuit même, les premiers symptômes d'empoisonnement se produisirent, et, après quelques soins insignifiants, elle vint se faire recevoir à l'hôpital de Lariboisière.

Les symptômes qu'elle présentait alors étaient de vives douleurs à l'épigastre, des vomissements contrastant avec une constipation opiniâtre, des douleurs contusives dans les membres. L'interne du service, qui la vit le soir, prescrivit de la glace, de l'eau de Seltz et du lait, qui calmèrent un peu les vomissements. Le lendemain matin, M. Bucquoy crut devoir combattre les douleurs par une application de sangsues à l'épigastre et un lavement laudanisé. Les symptômes ne traduisaient pas, du reste, un état aigu, et le pronostic ne semblait pas grave; cependant la malade s'éteignait au bout de vingt-quatre heures par un affaiblissement progressif. C'est la marche que l'on a observée, en effet, le plus souvent dans ces empoisonnements, et l'autopsie de la malade a montré, comme dans les faits déjà connus dans la science, des lésions qui n'ont rien de commun avec les phénomènes inflammatoires; en effet, à peine a-t-on trouvé dans l'estomac un peu d'hypérémie et d'ecchymose de la muqueuse, avec une légère traînée inflammatoire s'étendant vers la petite courbure et le duodénum. Le foie a présenté une dégénérescence graisseuse portée au plus haut degré. Les reins, les colonnes charnues du cœur montraient la même altération. Dans le cerveau, la substance grise décolorée se confondait avec la substance blanche, et cette fusion des deux substances était surtout manifeste au corps strié. L'analyse microscopique a parfaitement montré qu'il s'agissait bien d'une dégénérescence graisseuse des principaux viscères, et l'analyse chimique a fait reconnaître la présence du phosphore, non-seulement dans le foie, dans les reins, mais surtout dans le cerveau, qui en contenait une proportion considérable, déduction faite, bien entendu, du phos-

phore qui s'y trouve à l'état physiologique. Les muscles n'ont pas paru altéré. L'analyse des os n'a pas été faite. Les urines ont manqué et n'ont pu être examinées.

Ainsi le phosphore tue, non pas à titre d'irritant local, mais après absorption et par une action spéciale sur les phénomènes intimes de la nutrition, action qui amène rapidement la dégénérescence graisseuse des principaux tissus.

M. *Béhier* fait remarquer que l'accumulation du phosphore dans le cerveau, si elle était la règle dans tous les cas, constituerait pour ce poison une localisation différente de celle de l'alcool, qui, selon Ludger-Lallemand, s'accumule surtout dans le foie.

M. *Bucquoy* répond que la présence normale du phosphore dans la pulpe du cerveau explique peut-être la réceptivité plus grande de cet organe pour le poison. Il est assez remarquable, d'ailleurs, que la malade n'ait pas présenté de phénomènes nerveux.

M. *Lailler* rappelle que les médecins allemands ont insisté sur un état de *vénosité* du sang produit par l'action chronique du phosphore. Pour sa part, il a eu l'occasion de voir un grand nombre d'ouvriers travaillant le phosphore, et il a reconnu surtout chez eux quelques accidents bronchiques et pulmonaires causés par l'action irritante des vapeurs de sulfure de carbone qui sert à la dissolution du phosphore, mais il n'a rien vu d'analogue à la vénosité du sang; il est vrai qu'il n'a pas vu d'empoisonnement proprement dit.

M. *Bucquoy* a vu dans l'autopsie présente le sang noir et liquéfié.

M. *Millard* insiste sur l'impuissance du traitement usité en pareil cas; on n'a que des palliatifs sans valeur, tels que l'eau albumineuse et la magnésie proposées par M. Reveil, mais on n'a pas d'antidote véritable. Dans un cas qu'il a observé lui-même en 1859, l'empoisonnement a revêtu la même marche insidieuse que dans celui de M. Bucquoy. Rien n'annonçait une terminaison fatale, quand, vers le cinquième jour, survint de l'ictère, de la diarrhée et une adynamie profonde qui enleva le sujet. L'autopsie montra des ecchymoses partout, des congestions viscérales; mais l'examen ne put être poussé plus loin, à cause de la putréfaction avancée du cadavre.

M. *Lailler* s'étonne de la marche rapide de ces empoisonnements; les ouvriers qui travaillent le phosphore en absorbent des quantités assez considérables par la respiration, au point que leur haleine en devient lumineuse dans l'obscurité et que les matières vomies présentent aussi de la phosphorescence sans qu'il y ait pour cela d'accidents bien graves. Il faut qu'il y ait dans l'absorption par l'estomac une condition particulière.

M. *Chauffard* croit qu'il n'existe aucun rapprochement possible entre l'absorption par les voies respiratoires de vapeurs phosphorées très-ténues, absorption essentiellement lente et qui trouve sa contre-partie dans une exhalaison simultanée, et l'absorption rapide par l'estomac d'une dose de phosphore toujours plus considérable; le voisinage du foie est peut-être aussi pour quelque chose dans la facilité avec laquelle ce viscère est attaqué. M. Chauffard insiste aussi sur la marche rémittente que les accidents ont présentée dans les cas précédents, marche rémittente qui semble être la règle de ces phénomènes toxiques.

M. *Béhier* fait remarquer la grande analogie qui existe entre l'empoisonnement par le phosphore et la maladie connue sous le nom d'*ictère grave*, d'une part, sous le rapport de la lésion spéciale du foie, de l'altération du sang, et d'autre part, sous le rapport des symptômes, des hémorrhagies, pétéchies, vomissements, adynamie, se présentant d'une manière insidieuse. Dans les deux cas, il y aurait un même trouble des fonctions du foie, aboutissant à une lésion analogue, quoique avec des causes bien différentes. Cette analogie enlèverait beaucoup de valeur à la spécificité prétendue de l'ictère typhoïde.

M. *Bucquoy*, revenant sur la question du contre-poison, pense qu'il n'en existe pas, et que, si l'on n'arrive pas immédiatement assez à temps pour empêcher l'absorption, on sera désarmé contre un agent toxique qui, à peine absorbé, agit sur les fonctions les plus intimes de la nutrition. Le danger d'un pareil agent ne doit pas être perdu de vue au point de vue des applications thérapeutiques que l'on pourrait être tenté d'en faire.

— M. *Barthez* présente à la Société un pepin de raisin qui, par sa présence dans l'appendice vermiculaire du cæcum, a suffi pour déterminer la mort d'un jeune sujet de quatorze ans, mort en quatre jours avec les signes d'une péritonite suraiguë dont le foyer principal siégeait dans la fosse iliaque droite. L'autopsie montra, avec les signes ordinaires de la péritonite autour du cæcum (fausses membranes, pus, etc.), que le corps étranger, tout en déterminant l'ulcération, la gangrène de l'appendice vermiculaire et une forte inflammation de voisinage, n'avait cependant pas déterminé la perforation. Quant au corps étranger, c'est un pepin de raisin de volume ordinaire, revêtu extérieurement de deux couches superposées, la plus interne composée surtout de phosphate calcique, la plus externe de matières organiques azotées (probablement de matières fécales concrétées), et d'une petite parcelle de métal. Ce petit corps étranger devait être là au moins depuis l'automne dernier, à moins de supposer qu'il ne provînt d'un raisin sec; mais, malgré son petit volume, il n'aurait pu cependant repasser par l'orifice d'entrée de l'appendice, ce qui prouve qu'il était là depuis longtemps.

M. *Chauffard* demande si le petit malade n'avait pas eu quelque maladie préalable, comme une fièvre typhoïde, une diarrhée, qui pût expliquer l'introduction du corps étranger dans l'appendice. L'accident est survenu en pleine santé, répond M. Barthez.

M. *Roger* pense que le hasard seul détermine l'entrée de ces corps étrangers dans l'appendice. Il a vu lui-même un cas de mort déterminé par la présence d'un pepin de potiron.

M. *Béhier* a vu mourir avec des accidents de péritonite et les symptômes d'une perforation, survenant à la suite d'une fièvre typhoïde légère, un cuisinier qui présenta à l'autopsie six plombs de chasse dans l'appendice et deux dans le péritoine. Il les avait probablement avalés en mangeant du gibier avec avidité. La fièvre typhoïde avait pu, d'ailleurs, prédisposer à la perforation.

M. *Barthez* rappelle que, dans le cas qu'il vient de rapporter, il n'y avait pas eu perforation. Dans un autre cas, il a vu un obstacle considérable apporté au cours des matières fécales par l'amas dans le cæcum d'environ cent cinquante noyaux de cerises.

M. *Bourdon* a cité un cas semblable il y a quelques années : un rétrécissement formé par près d'une livre de noyaux de cerises produisait une tumeur gazeuse de la fosse iliaque que l'on pouvait réduire par une pression lente et méthodique; les gaz franchissaient l'obstacle avec un gargouillement intense; plus tard, il se produisit une perforation.

M. *Barthez* a vu périr une femme par deux noyaux de prunes qui s'étaient implantés dans la paroi pylorique à la suite d'une chute d'un deuxième étage. La chute ne semblait pas avoir eu de conséquences sérieuses pour la malade, et ce ne fut qu'au bout de quelques jours qu'elle fut enlevée par des vomissements incoercibles.

M. *Léger* rappelle le cas d'un externe de Bicêtre qui suc-

comba avec un phlegmon des parois de l'estomac. La pièce a été présentée à la Société anatomique.

— M. *Natalis Guillot* appelle l'attention de la Société sur de nouvelles eaux de Vichy concentrées par la congélation, et dont le bon marché permettrait de mettre entre les mains des médecins un produit, sinon identique avec l'eau de Vichy, au moins beaucoup plus recommandable que les eaux artificielles en usage. On sait, en effet, que la concentration des eaux minérales par la chaleur provoque entre les sels qui s'y trouvent en dissolution, des réactions qui changent complétement leur rapport. L'action du froid au contraire ralentit, diminue, les affinités chimiques; la glace qui se forme est constituée par de l'eau presque chimiquement pure, tandis que les sels restent dans l'eau mère à un état de concentration plus grand, mais sans altération probable de leur composition.

Dr E. Isambert.

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 10 ET DU 17 JUIN 1863.

TUMEUR DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, CONSTITUÉE PAR UNE HYPERGÉNÈSE DES ÉLÉMENTS DENTAIRES. — URÉTHROTOMIE.

M. *Broca* a présenté une pièce anatomique provenant d'un jeune enfant de deux ans et neuf mois, qui, depuis neuf mois environ, était atteint d'une tuméfaction croissante du maxillaire inférieur. Cette tumeur avait été prise pour une tumeur à myéloplaxes; son âge relatif peu avancé a permis de saisir certains détails intéressants d'évolution de ces tumeurs. M. Robin vient de publier dans la Gazette médicale un mémoire où il a décrit deux formes de ces productions pathologiques : l'une consiste dans l'hypertrophie des éléments fibreux du bulbe et du périoste dentaire; l'autre est caractérisée par la formation de petits noyaux calcaires siégeant dans l'épaisseur même du bulbe et indépendante du chapeau de texture qui doit plus tard le recouvrir; enfin, dans certains cas, on trouve des productions anormales d'ivoire et d'émail. Ces diverses dispositions se trouvent réunies sur la pièce que M. Broca a présentée. On y observe une véritable hypergénèse de bulbes dentaires qui auraient pu, avec le temps, produire autant de véritables dents qu'il y a de bulbes. Sur plusieurs points de la coupe, on remarque une substance grenue, rugueuse, d'aspect madréporique, qu'on prendrait aisément pour du tissu osseux, mais que l'examen au microscope démontre être de l'ivoire. En aucun point de la pièce, M. Broca n'a trouvé d'émail définitivement constitué.

Cette pièce montre l'origine, les premières phases des tumeurs alvéolo-dentaires, si souvent prises pour des tumeurs fibreuses ou pour des ostéosarcomes des mâchoires. Sur une autre pièce qui a été vue par M. Verneuil, le développement plus avancé des éléments de la tumeur permettait d'y observer une série de petits kystes offrant tous les caractères des sacs alvéolo-dentaires. Ces kystes étaient infiniment plus nombreux que la somme des dents de la première et de la seconde dentition. Le plus souvent donc ces tumeurs ne sont pas formées par une simple hypertrophie, mais par une véritable hypergénèse de bulbes dentaires. La tumeur de M. Broca, par exemple, n'était pas composée par un seul bulbe dentaire hypertrophié, mais par la réunion d'un grand nombre de bulbes distincts les uns des autres. Quelquefois, ainsi que l'a fait remarquer M. Trélat, on observe des masses auxquelles on a donné le nom de *masses dentaires*, et qui paraissent être le produit de bulbes réunis ou accolés. Ces masses dentaires offrent des tubercules et des racines qui représentent la fusion de quatre ou cinq molaires.

— M. *Morel-Lavallée* est le partisan de la dilatation; mais il ne se contente pas de dilater un peu le canal, et il ne considère pas les malades comme guéris quand ils urinent à peu près bien. Il pousse au contraire la dilatation aussi loin que possible, et ce n'est que quand il n'obtient plus rien qu'il s'arrête, quand bien même le canal n'aurait pas recouvré tout son calibre. Il est vrai qu'il a des récidives, mais M. Dolbeau, comme M. Reybard, confessent que l'uréthrotomie ne prévient pas sûrement le retour des rétrécissements. Où sont alors les avantages de cette méthode qui ne marche d'ailleurs que précédée et suivie de la dilatation? Quand on a pu dilater l'urèthre assez pour y faire manœuvrer l'uréthrotome, pourquoi ne pas continuer simplement la dilatation? Si c'est pour guérir plus vite, cette rapidité du succès est souvent payée trop cher, pour qu'on ne préfère pas une méthode plus lente et plus sûre. M. Morel-Lavallée n'a jamais constaté un certain symptôme qui, suivant M. Trélat, faciliterait l'uréthrotomie, puisqu'il consisterait dans une certaine douleur existant au niveau du point encore un peu rétréci, et pouvant indiquer le siége du rétrécissement et servir de guide et d'indication pour l'opération. De l'avis de M. Morel, M. Trélat pratique avec trop d'empressement l'uréthrotomie, car il n'a pas même craint d'opérer un malade de l'hôpital Saint-Louis en voie de guérison par la dilatation.

M. Morel ne soutient nullement que la dilatation soit inoffensive, mais il la croit bien moins dangereuse que l'uréthrotomie. La fièvre pernicieuse n'a été observée qu'après cette dernière opération. Enfin, M. Morel reproche à M. Trélat d'avoir fait de la statistique approximative pour établir la mortalité de 6 à 7 pour 100, que donneraient les uréthrotomies. Ces chiffres, basés sur les souvenirs vagues de plusieurs chirurgiens, n'ont rien de sérieux.

M. *Reybard* fait remarquer que la condamnation de l'uréthrotomie ne peut sortir, comme le voudraient MM. Morel-Lavallée et Voillemier, de la discussion engagée; car c'est contre un procédé mixte qu'on instruit un procès. L'uréthrotomie pure et simple n'est pas mise en cause. Les dilatations répétées et progressives, faites dans un canal incisé, offrent des dangers sur lesquels M. Reybard lui-même a insisté il y a longtemps. Il faut distinguer ce qui est imputable à l'uréthrotomie, de ce qui est imputable à la dilatation. Au lieu de laisser à chaque procédé ce qui lui appartient, on a tout confondu.

Certains rétrécissements, qui comprennent le tissu spongieux et toute l'épaisseur des parois uréthrales, sont tout à fait au-dessus des ressources de la dilatation, et ne peuvent être divisés que par des incisions comprenant toute l'épaisseur du canal. Quoiqu'on n'ait pas trouvé d'autres méthodes pour remplacer ces grandes incisions, on les a condamnées. Ma méthode a même été abandonnée avant d'avoir été expérimentée. On l'a accusée d'avoir donné la mort à des malades qu'elle avait guéris et qui se portent bien; on a dit qu'elle exposait presque constamment à des hémorrhagies, parce qu'on a appelé hémorrhagie tout écoulement de sang si petit qu'il fût; les accès de fièvre ont été mis sur le compte de l'uréthrotomie, quand il fallait les attribuer à la dilatation. Tout semble, dit M. Reybard, avoir conspiré contre cette méthode, jusqu'aux instruments d'uréthrotomie qui, la plupart du temps, ont été mal confectionnés, et faits de manière qu'il devient impossible, malgré la longueur de leur lame, de sectionner régulièrement et complétement le rétrécissement et les parois uréthrales.

M. Reybard a proposé dans ces derniers temps contre les rétrécissements qui n'affectent que le tissu muqueux et sous-muqueux, un nouveau procédé d'uréthrotomie superficielle qui peut se passer du traitement consécutif par la dilatation, phase du traitement à laquelle, suivant M. Reybard, il faut rapporter la plupart des dangers qu'on met sur le compte de l'uréthrotomie.

Dr P. Chatillon.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Espèce particulière de délire sénile qui survient quelquefois après l'extraction de la cataracte, par M. le docteur SICHEL.

Même sujet, par M. MAGNE.

M. Sichel a parlé (*Union médicale* du 1er janvier 1863) de plusieurs malades chez lesquels le désordre intellectuel lui a paru dépendre uniquement de l'occlusion des paupières. Incertains et troublés, sans conscience de l'opération qu'ils ont subie, les sujets ne savent où ils se trouvent, et veulent se lever pour retourner chez eux; leurs paroles sont incohérentes; ils se plaignent qu'on les maltraite, ils se promènent anxieux, arrachent leur bandage, poussent des cris, insultent et menacent ceux qui les entourent. Cette agitation, qui débute dans la soirée et dure toute la nuit, ne s'accompagne ni de fièvre, ni d'aucun symptôme de congestion cérébrale.

M. Semelaigne, analysant ce travail dans le JOURNAL DE MÉDECINE MENTALE (mars et avril 1863), y joint quelques remarques critiques qui nous engagent à reproduire une partie de sa note.

« Si l'occlusion des paupières, dit-il, occasionne cette folie passagère, ne serait-il pas possible, en outre, de lui assigner des causes prédisposantes? Quelques-uns des opérés étaient des gens adonnés aux liqueurs alcooliques; d'autres, modèles de sobriété, n'avaient jamais bu que de l'eau rougie. — Chez une dame, âgée de soixante-dix-huit ans, sujette à des congestions vers la tête et dont, vu cet antécédent, l'état inspirait des craintes sérieuses, le délire disparut aussitôt que le bandeau fut levé. (Il n'est pas dit au bout de combien de jours.)

» Une autre femme, âgée de soixante et dix ans, aimant le vin et commettant des excès, fut prise la seconde soirée qui suivit l'opération. Trois nuits de suite, elle se leva en désordre, marchant, gesticulant, arrachant les pièces du pansement et se répandant en propos menaçants et grossiers. Des remontrances énergiques finirent par la calmer. La guérison eut lieu, et elle quitta la clinique, en voyant clair, après une quinzaine.

» Une particularité remarquable, c'est que M. Sichel, jusqu'ici, n'aurait point encore observé cette variété délirante sur des individus âgés de moins de soixante ans, ni après l'emploi d'une autre méthode opératoire que celle de l'extraction à lambeau. Les cas déjà réunis s'élèveraient à *sept* ou *huit*. L'auteur ne donne quelques détails que sur les deux plus haut mentionnés.

» Comment expliquer ces phénomènes? Ne serait-il pas permis de les assimiler aux hallucinations hypnagogiques qui se produisent chez quelques personnes nerveuses, excitables et sujettes à des congestions, au moment où leurs yeux s'appesantissent et se ferment sous les premières atteintes du sommeil?

» Les conditions ne sont pas sans analogie. C'est aussi le soir ou la nuit que cette aberration mentale se déclare; comme les hallucinations hypnagogiques, elle coïncide avec l'occlusion oculaire et cesse également avec la lumière.

» Les faits, on le conçoit, sont trop peu nombreux et trop nouveaux pour motiver, à ce sujet, une opinion formelle; il était du moins bon de les signaler. Le problème, d'ailleurs, est compliqué d'éléments qui le rendent embarrassant. A en juger par la nature craintive de l'égarement, peut-être le délire tiendrait-il à des pseudo-perceptions nées soit de la réaction nerveuse, soit de la distension vasculaire. Mais il ne se montre qu'après soixante ans, et à la suite d'un mode spécial d'opération. Pourquoi la vieillesse, pourquoi l'extraction à lambeau en ont-elles le privilége? Ces points d'interrogation nous arrêtent court dans le champ des hypothèses. »

Enfin, M. Magne, dans une note adressée au BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (30 mai), refuse d'admettre la qualification de nostalgique donnée par M. Sichel à ce genre de délire, parce qu'on l'observe chez des vieillards opérés à Paris où ils sont nés et qu'ils n'ont jamais quitté. « Tout récemment, dit-il, assisté de notre honorable confrère M. le docteur Hutan, j'ai opéré de la cataracte un vieillard âgé de quatre-vingt-deux ans, qui a toujours habité Paris et qui, à la suite de l'opération, nous priait chaque jour de le laisser retourner à son domicile... Il n'en était pas sorti. »

Ce phénomène est-il le résultat d'une disposition particulière à l'hypochondrie, ou de l'occlusion des paupières, ou d'une diète rigoureuse? M. Magne rejette les deux premières suppositions, en faisant remarquer que la cécité complète qui précède l'opération chez plusieurs cataractés équivaut à l'occlusion palpébrale. Il regarde le délire qui suit les opérations de cataracte comme une des formes du *delirium à stomacho læso*, qu'il observait quelquefois dans les premières années de sa pratique, mais beaucoup plus rarement depuis qu'il nourrit ses opérés, c'est-à-dire depuis quinze ans.

Ventilation des vaisseaux cuirassés.

Le *Royal Oak* paraît devoir jouer un rôle important dans l'histoire de l'hygiène navale. Tandis que dans la construction des vaisseaux cuirassés on accordait tant d'attention aux moyens d'attaque et de défense, on oubliait un peu trop l'équipage beaucoup moins nombreux que sur les autres navires, et auquel devaient largement suffire l'espace laissé entre les ponts; mais on n'avait pas tenu compte de l'influence des parois métalliques sur l'absorption et la conservation de la chaleur, aussi bien que les effets de l'air confiné, entrant et sortant par des ouvertures rares et étroites. On vit bientôt (et nous pouvons ajouter qu'on le vit surtout lorsqu'une frégate cuirassée française fut envoyée au Mexique) que l'équipage était, pendant les chaleurs, dans la situation des anciens chevaliers, étouffant dans leur armure, sans compter d'autres inconvénients plus ou moins sérieux dérivant de l'atmosphère viciée des entre-ponts.

Le capitaine Fanshawe, inspecteur de l'arsenal de Chatham, a imaginé un système de ventilation appliqué au *Royal Oak*. Le résultat paraît excellent, et il a paru tel, que l'amirauté anglaise a décidé que le même mode de ventilation serait appliqué à tous les navires cuirassés. (*The Lancet*, mai 1863.)

VI

VARIÉTÉS.

— PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS. — En 1866, la Société médico-pratique décernera un prix de 300 francs au meilleur mémoire de médecine pratique sur une question de pathologie, ayant trait à la grossesse ou à l'obstétrique proprement dite, dont le choix est laissé à la volonté des concurrents (ictère, vomissements incoercibles, saignée dans la grossesse, dystocie, accouchement prématuré artificiel, hémorrhagies, mort subite, opération césarienne, accouchement forcé *post mortem*, etc., etc.).

La Société demande des travaux originaux, encore inédits, appuyés sur de bonnes et solides observations, et précédés d'un exposé succinct de l'état de la science sur le sujet traité.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être adressés *franco*, suivant les formes académiques usitées, à M. le secrétaire général, le docteur Perrin, 9, rue Charlot, ou à l'agent de la Société, M. Martin, à l'Hôtel-de-Ville, avant le 31 décembre 1865.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 24 JUILLET 1863. N° 30.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Décret impérial. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Académie de médecine de Belgique : Nouvelle discussion sur l'ophthalmie dite militaire ; extinction graduelle de cette maladie dans l'armée belge. — De la fausse mélanose des ouvriers mineurs. — De la miliaire dans ses rapports avec la roséole et avec la scarlatine. — Académie de médecine de Paris : Origine de la rage canine. — II. **Travaux originaux.** Thérapeutique hydrothermale : Examen critique des divers modes de préparation qu'on fait subir aux eaux minérales dans le but d'en concentrer les éléments de minéralisation. — III. **Correspondance.** Quelques réflexions au sujet d'un article intitulé : *De la roséole miliaire*. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** Nécroscopie d'une femme morte à la suite de maladie bronzée d'Addison. — Valeur des purgatifs dans le traitement de la dysentérie. — Les cantharides, altérées ou non, peuvent-elles déterminer le charbon? — Préparation du citrate de magnésie. — VI. **Bibliographie.** Histoire naturelle de la syphilis. — VII. **Variétés.** — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret du 15 juillet, M. le docteur Combal a été nommé professeur titulaire de la chaire de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 23 juillet 1863.

Académie de médecine de Belgique : NOUVELLE DISCUSSION SUR L'OPHTHALMIE DITE MILITAIRE : EXTINCTION GRADUELLE DE CETTE MALADIE DANS L'ARMÉE BELGE. — DE LA *fausse mélanose* DES OUVRIERS MINEURS. — DE LA MILIAIRE DANS SES RAPPORTS AVEC LA ROSÉOLE ET AVEC LA SCARLATINE. — *Académie de médecine de Paris :* ORIGINE DE LA RAGE CANINE.

Deux questions d'un grand intérêt sont maintenant portées devant l'Académie de médecine de Belgique : l'une, relative à l'ophthalmie dite *militaire*, qui a déjà donné lieu au sein de la compagnie à d'importantes discussions résumées à cette place même, et qui, ramenée à la tribune par M. Vleminckx, ne peut pas ne pas revenir également dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE ; l'autre, concernant la pseudo-mélanose des ouvriers mineurs, sur laquelle M. le docteur Kuborn a lu un mémoire important.

Dans les précédentes communications de M. Vleminckx sur l'ophthalmie dite *militaire*, l'honorable inspecteur du service de santé de l'armée avait fait connaître les mesures prises sous sa direction pour arriver à l'extinction graduelle de cette maladie, qui grève chaque année d'un gros chiffre le chapitre des pensions ; car, dans le budget militaire de Belgique, il y a un titre spécial de pensions, les unes provisoires, les autres définitives, pour *affections oculaires* (voy. *Gaz. hebd.*, t. V, p. 378, et t. VI, *passim*). Et, pour le dire en passant, ce sera un grand honneur pour M. Vleminckx, ce sera le mérite particulier de sa carrière d'inspecteur général de ne s'être pas borné à pourvoir méthodiquement aux besoins du service sanitaire, à veiller au bon entretien et à la marche régulière de la machine confiée à sa direction, mais de s'être constamment appliqué à l'améliorer, à la simplifier, et, où d'autres n'auraient eu souci que du traitement des malades, d'avoir supprimé, ou peu s'en faut, les maladies elles-mêmes. Ainsi a-t-il fait pour la syphilis et pour la gale ; ainsi fait-il en ce moment pour l'ophthalmie des armées.

Dans les trente années comprises de 1830 à 1860, le chiffre des pensions définitives conférées pour affections oculaires s'est successivement abaissé dans les proportions suivantes : De 952 qu'il était dans la période de 1830 à 1840, il est tombé à 445 de 1840 à 1850, à 208 de 1850 à 1860. Le nombre des pensions accordées a donc diminué de moitié par période décennale. C'est, pour le budget d'un petit royaume, une économie notable, puisque les 1605 pensions de la période indiquée représentent une somme de près de 700000 francs ; mais c'est surtout une belle conquête sur la maladie. Pour mettre en état d'en apprécier avec justesse les conséquences futures, il importe d'ajouter que, de 1830 à 1860, il y avait eu 430 extinctions de pensions du même chef, savoir : 85 dans la première période décennale, 154 dans la deuxième, et 191 dans la troisième. Il est clair que si ce double mouvement ne s'arrête pas, si les inscriptions nouvelles vont diminuant dans la même proportion, les extinctions continuant nécessairement selon les lois de la mortalité, le livre des pensions pourra être un jour fermé. M. Vleminckx estime que, de 1860 à 1870, les pensions nouvelles ne dépasseront pas le chiffre de 100, pendant que les extinctions s'élèveront à 250 environ ; et, en continuant la supputation sur ces bases, il arrive à prédire que la fin du siècle verra le dernier des ophthalmiques pensionnés. Dès à présent, on peut dire que l'ophthalmie granuleuse a presque disparu de

l'armée belge; car, en 1861, on n'en comptait pas plus de 2 par régiment. Si le chiffre des pensions nouvelles n'est pas près lui-même de tomber à 0, c'est que beaucoup de pensions sont accordées pour des affections oculaires qui n'ont rien de commun avec la maladie connue sous le nom d'*ophthalmie militaire*.

La discussion ne s'est pas attaquée à ces résultats de fait; elle s'en est tenue au point de vue exclusivement scientifique; nous aurons à voir ce qu'elle nous permet d'ajouter ou de modifier à nos précédentes appréciations.

— Dans le mémoire de M. le docteur Kuborn, et dans le débat dont il a été l'occasion, nous ne considérerons qu'un point; mais ce point supporte le sujet tout entier. La coloration noire des poumons des ouvriers mineurs est-elle due à la présence de la matière charbonneuse du dehors, ou n'est-elle que l'effet d'un dépôt de *pigmentum*, sous l'influence de l'irritation ou de tout autre phénomène pathologique amené par l'inspiration d'une certaine quantité de corps pulvérulents? Ces corps mêmes peuvent-ils pénétrer jusque dans les ramifications bronchiques? A ces deux questions, l'auteur répond par l'affirmative. Rappelons en peu de mots les termes de la difficulté.

Sans arguer, quant à présent, des expériences anciennes ou récentes qui tendent, les unes à établir, les autres à mettre en doute la possibilité d'attirer, par l'inspiration, des substances pulvérulentes dans les bronches, et ne considérant que le sujet spécial du litige, c'est-à-dire la nature de la matière noire des poumons chez les houilleurs, on est préoccupé tout d'abord de certaines circonstances favorables à la doctrine qui attribue la coloration noire à un dépôt pigmentaire. On se demande pourquoi, s'il y a pénétration de poussière de charbon, tous les houilleurs n'ont pas les poumons noirs; pourquoi ceux qui, à l'autopsie, ont présenté la lésion caractéristique à un haut degré n'en ont souvent offert les premiers symptômes qu'après dix, quinze, vingt ans passés dans les mines. On est surtout frappé de ce fait, que chez les individus soumis aux aspirations de poussières non charbonneuses, par exemple de la poussière de silex, le poumon est aussi parfois atteint de pseudo-mélanose. Enfin, chez ceux mêmes qui, ayant respiré de la poussière de charbon, meurent avec des poumons pénétrés de matière noirâtre, il n'est pas douteux que cette matière n'ait, dans certains cas, toutes les apparences physiques, tous les caractères microscopiques du pigmentum.

En réalité, pourtant, ne rencontre-t-on pas du charbon en nature, du charbon *fossile*, dans les poumons des houilleurs? Si l'on en rencontre, toutes les présomptions contraires tombent d'elles-mêmes, et c'est à elles à s'accommoder du fait, non au fait à s'accorder avec elles. L'étendue et l'intensité de la coloration, comme dans le cas dont M. Bouillaud entretenait il y a deux ans l'Académie (*Gaz. hebd.*, 1861, p. 91), et où tout le parenchyme pulmonaire était envahi; la couleur noire du liquide trouvé parfois dans les cavernes, ou tiré par expression du tissu du poumon, liquide fort analogue à celui qu'on obtiendrait en suspendant des molécules de charbon dans de l'eau épaisse (observations de Kuborn, Gregory, Crocq, etc.); la propriété qu'a le tissu noirci de déteindre sur les doigts ou sur le linge (Monneret, cité par Tardieu et Riembault); les particules noires suspendues dans les mucosités expectorées : voilà autant de circonstances assez favorables à l'hypothèse d'une saturation charbonneuse, mais qui ne suffisent pas à la confirmer, car un dépôt abondant de pigment pourrait amener les mêmes résultats. Comment donc sortir d'embarras? En étudiant avec attention les caractères physico-chimiques du dépôt, et en voyant s'ils sont ceux du pigment ou ceux du charbon fossile; car les uns et les autres présentent entre eux des différences notables. Or, c'est ce qu'ont fait plusieurs expérimentateurs; c'est ce qu'a fait à son tour l'auteur du mémoire.

Chez un individu exerçant le métier de mineur depuis vingt-six ans, M. Kuborn a expérimenté successivement sur la matière de l'expectoration, sur la boue noire et la matière infiltrante du poumon; enfin, sur le dépôt noirâtre des ganglions bronchiques.

Une poudre noire tenue en suspension dans un demi-litre de liquide a été recueillie sur un filtre. Lavée et desséchée, elle présente au microscope des arêtes, des lamelles sans reflets brillants; elle n'est attaquable ni par les acides sulfurique ou chlorhydrique, ni par le chlore. Chauffée au rouge sur une lame de platine, elle brûle avec *flamme*. Il est impossible de l'incinérer entièrement. Elle laisse pour résidu une cendre gris rougeâtre et rude au toucher.

L'absence des réactions, la flamme qui se montre au début de la combustion, l'incinération, la nature de la cendre qui reste, démontrent que la matière noire soumise aux procédés par la voie sèche et par la voie humide est constituée par de la poussière de houille...

La boue noire et la matière infiltrante séparée du parenchyme pulmonaire par des lavages successifs ont fourni un dépôt de même nature que celui des matières expectorées.

Les ganglions ont été divisés préalablement en tranches très-minces qui ont été lavées, malaxées, puis lavées de nouveau à l'eau distillée aussi longtemps que celle-ci entraînait des particules noires. Le dépôt, recueilli sur un filtre, soumis ensuite à l'alcool et à l'éther, puis lavé une dernière fois à l'eau distillée, est séché à la vapeur : il fournit $2^{gr},5$ de matière. L'acide sulfurique, le chloridhydrique, le chlore, n'altèrent pas une petite portion du dépôt soumis à leur action. La substance, chauffée au rouge sur une lame de platine, dégage beaucoup de fumée dans le principe, avec une légère odeur de corne brûlée due à une petite proportion de matière animale, puis elle *s'enflamme* vivement. Après une incinération parfaite, il reste un poids de $0^{gr},5$, soit 25 pour 100. Un résidu de 9 grammes provenant du poumon a donné la même proportion. L'essai au chalumeau a démontré l'absence de phosphates. Les cendres analysées par voie humide ont été trouvées composées de silice, d'alumine et d'une trace de fer.

Dans une observation de M. Crocq, rappelée par M. Kuborn, le résultat de l'examen physico-chimique est ainsi décrit :

Au microscope, le liquide des cavernes et des crachats offre une foule de particules noires, irrégulières, arrondies, anguleuses. Même aspect dans le liquide exprimé des tissus pulmonaires et des ganglions bronchiques. La poussière résiste à l'action des acides nitrique, sulfurique, chlorhydrique bouillants, à la soude caustique. Sur la lame de platine, chauffée au chalumeau, elle brûle avec une *flamme* claire, caractère spécial de la houille. Enfin, deux ou trois ulcérations près de la valvule iléo-cæcale et le voisinage laissaient voir une infiltration identique avec celle du tissu pulmonaire dans le tissu connectif de la muqueuse.

Déjà Traube avait fait des observations analogues. Dans un cas, les particules noires trouvées dans le poumon étaient irrégulières, anguleuses : plusieurs étaient de grande dimension et reconnaissables, à ses yeux, pour des molécules de

charbon. Gregory avait également signalé des différences physico-chimiques entre la fausse mélanose et l'infarctus charbonneux. Dans un cas rapporté par M. Rilliet, M. Lecanu ayant rapproché la matière noire recueillie dans les poumons d'un grand nombre d'autres matières colorantes, ne l'a trouvée comparable qu'au charbon minéral. M. Riembault, M. Spring et d'autres sont arrivés à des résultats semblables.

Il faut reconnaître que, parmi les caractères différentiels signalés par les auteurs, il en est qui sont loin d'être décisifs. Ainsi, la matière de la pseudo-mélanose, qui est après tout du charbon, est inattaquable, aussi bien que la poussière de houille, par l'acide sulfurique, l'acide chlorhydrique, le chlore. La combustion *sans flamme* du produit obtenu par la destruction des matières organiques (procédés de MM. Natalis Guillot et Melsens) ne différencierait pas le charbon mélanique du charbon extérieur, si le cas était relatif à un charbonnier ne maniant que le charbon de bois. On aurait encore bien de la peine, n'importe par quel procédé physique ou chimique, à discerner le pigment du noir de fumée; mais la combustion *avec flamme*, mais certains caractères microscopiques, permettent bien de distinguer la houille de la matière mélanique.

Voilà donc où en est la question. Encore une fois, nous négligeons pour aujourd'hui le point de vue physiologique, et nous attendons la fin de la discussion.

— On lira plus loin (p. 487) une rectification de M. le docteur L. Guérard, au sujet du mémoire de M. Martel sur la *roséole miliaire* (*Gaz. hebd.*, 26 juin). Nous n'avons pas à nous mêler de la question d'interprétation soulevée par la lettre de M. Guérard ; mais, puisque l'occasion s'en présente, nous rappellerons que nous avons également, il y a plus de cinq ans (*Gaz. hebd.*, 1858, p. 306), revendiqué pour la miliaire une place plus large et plus importante dans la famille des exanthèmes fébriles. Seulement, au lieu de la rattacher, comme M. Gubler et son élève, à la rougeole, nous la rattachons très-étroitement à la scarlatine. Nous ne croyons pas utile de répéter ici les raisons de fait que nous avons déjà exposées. Mais nous ne craignons pas de dire que les trois observations relatées par M. Martel plaident en faveur de notre thèse.

Dans la première, l'éruption est formée en partie de taches confluentes d'un *rose vif*, en partie de plaques d'une *rougeur uniforme* (*cramoisie*, est-il dit ailleurs), le tout compliqué de vésicules miliaires. La teinte rouge disparaît rapidement; il survient des frissons, de la fièvre, une conjonctivite; les urines sont sensiblement albumineuses; puis la desquamation a lieu et « se fait aux mains par *larges plaques* ». Il n'y a pas eu d'angine au début, remarque l'auteur; l'éruption vésiculeuse a été bien généralisée pour une complication scarlatineuse; un peu d'albuminurie est une suite fréquente de « toute lésion étendue de la peau », qui entrave les fonctions du tégument !... Mais, dans les faits qui nous sont personnels, la gorge était à peine rouge; dans un des cas, l'exanthème vésiculeux était *général*, et pourtant il s'agissait bien d'une scarlatine : car l'enfant « se mit à uriner le sang ; l'urine se chargea de fibrine, plus tard d'albumine, et il survint une bouffissure de la face, qui dura plusieurs mois. » (*Gaz. hebd.*, 1858, p. 307.)

Dans le second cas, le mal de gorge n'a pas fait défaut; il a existé dès le début; absence de toux, de larmoiement. Les taches, « analogues (par la forme) à celles de la rougeole », sont d'un *rose vif*, qui « semble intermédiaire par la nuance entre la rougeole et la scarlatine ». La desquamation se fait, en certains endroits, par plaques « très-larges ». En voilà assez, à nos yeux, pour caractériser la scarlatine. Nous n'attachons qu'une très-faible importance à cette analogie de forme entre les taches observées et celles de la rougeole. Dans la scarlatine miliaire, les taches surmontées de vésicules perdent presque toujours l'aspect pointillé ou granitique de la scarlatine ordinaire. On remarquera d'ailleurs que M. Martel, ayant tout à l'heure excipé de l'absence d'angine pour écarter la scarlatine, devrait exciper maintenant de l'absence de catarrhe oculaire et laryngo-bronchique pour exclure la rougeole.

Quant à la dernière observation, elle nous paraît plus significative encore. L'éruption, négligée ou ignorée, commençait à s'effacer; elle était pourtant « d'un rouge *assez vif* ». Il y avait angine couenneuse. Le malade eut un délire passager. L'éruption marcha rapidement vers la résolution, et se termina « par une desquamation générale abondante ».

Tout en présentant ces remarques, nous sommes heureux de dire que nous tombons d'accord avec MM. Gubler et Martel sur un point capital. Nous croyons avec eux que, par plus d'un côté, les exanthèmes fébriles si méthodiquement classés échappent, pour parler comme l'auteur du mémoire, à la « législation » établie.

A. Dechambre.

M. Félix Boudet a fait à l'Académie de médecine un rapport qui a, entre autres mérites, celui de l'à-propos. Il est relatif à la rage, dont l'étude est, comme on le sait, à l'ordre du jour, et il fera désormais partie indispensable des documents dont se composera l'histoire de cette redoutable maladie ; — ce qui ne veut pas dire qu'il faille admettre sans réserve les faits curieux que M. Boudet a été chargé de faire connaître à l'Académie.

Un consul de France à Los Angeles, M. de Morenhaut, appelé par ses fonctions à résider successivement dans diverses parties du monde, dit s'être convaincu par l'expérience que l'hydrophobie provient toujours primitivement de la morsure d'un animal auquel le virus rabique appartient en propre. Cet animal est le *putois*, désigné dans différents pays sous les noms de *Mustela*, de *Viverra*, de *Mephitis*, etc.

Deux fois, en 1815 et en 1819, M. de Morenhaut a vu en Europe des chiens mordus par des putois devenir enragés. Au Chili, où existe une espèce de putois (zorilla de Buffon), il a constaté, de 1826 à 1828, des cas de rage, tandis que, dans d'autres pays où le putois n'existe pas, comme en Polynésie, la terre de Van-Diemen, l'Australie, il s'est assuré, de 1829 à 1846, que la rage est inconnue. Arrivé à Monterey en 1846, il constata que, dans la haute et basse Californie, dans la Senora, l'opinion générale attribue la rage à la morsure du putois, mais surtout d'une espèce particulière de moufette, et l'auteur confirme cette opinion par une foule d'observations entourées de toutes les garanties d'authenticité. Ce serait une matière jaune sécrétée dans la bouche du putois qui constituerait le virus rabique, dont l'animal ne ferait ordinairement usage que pour sa défense personnelle. M. de Morenhaut a vu mordre sous ses yeux un chat qui est devenu enragé au bout de quelques jours; il a connu des enfants morts également enragés des suites de la morsure de la zorilla.

Les Indiens croient avoir trouvé un spécifique de la rage dans une plante qu'ils désignent sous le nom de *confituria*, et qui se trouve dans la Senora. A. D.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique hydrothermale.

EXAMEN CRITIQUE DES DIVERS MODES DE PRÉPARATION QU'ON FAIT SUBIR AUX EAUX MINÉRALES DANS LE BUT D'EN CONCENTRER LES ÉLÉMENTS DE MINÉRALISATION, par M. J. E. PÉTREQUIN, professeur à l'École de médecine de Lyon, ex-président de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts, et de la Société de médecine de la même ville, chevalier de la Légion d'honneur, etc.

Parmi les questions difficiles que présentent les eaux minérales, et elles en renferment un grand nombre, figure celle des manipulations qu'on peut leur faire subir pour les réduire à un petit volume en concentrant leurs éléments minéralisateurs.

L'histoire médicale des eaux minérales a offert de grandes vicissitudes; elles jouissent aujourd'hui d'une faveur croissante; il y a trente ans à peine, les hommes les plus considérables de la science professaient à leur endroit une extrême incrédulité, comme le prouveront les citations suivantes, que je tire d'un livre classique, le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES : « Rien n'est plus bizarre que le résumé des opinions hasardées ou fausses qu'on a répandues sur les eaux minérales, et qui sont adoptées généralement comme les choses les mieux démontrées, sans qu'on veuille se donner la peine de les vérifier : tant il est vrai que les hommes, en général, aiment mieux *croire aveuglément* que d'examiner et de juger par eux-mêmes. » (T. VI, art. *Eaux minérales*, p 508.) Nous lisons plus loin : « Mais les résultats obtenus, en les admettant même comme bien établis, appartiennent-ils plus aux qualités intrinsèques des eaux minérales qu'au mode d'administration plus ou moins heureux employé par tel ou tel médecin, et qu'aux circonstances accessoires dont la part n'a pas été faite d'une manière équitable par les *partisans crédules* des eaux minérales et de leur *divinum quid?* » (P. 510.) L'incrédulité systématique des auteurs se donne libre carrière dans le paragraphe que voici : « On ne sait qui l'on doit le plus accuser de l'ignorance ou de la prévention (1). Quelles sont, en effet, les maladies contre lesquelles les eaux sont recommandées? Ne sont-ce pas ces affections chroniques et rebelles qui sont le désespoir du médecin ordinaire, lequel, suivant l'expression qui lui échappe quelquefois dans un moment de franchise indiscrète, se débarrasse du malade en l'envoyant aux eaux? Ce qui veut dire, en traduisant son idée mot à mot, qu'il l'y envoie sans croire le moins du monde qu'il puisse y trouver la guérison : c'est, en effet, ce qui arrive le plus souvent; car les malades reviennent dans un état aussi fâcheux ou même plus grave que celui où ils étaient au départ, etc. » (P. 512.) Or, si je ne me trompe, il y a là une erreur de diagnostic et de thérapeutique, comme il y a une erreur de chimie dans l'assertion suivante : « Le nombre des sources minérales est immense...; mais combien cette richesse apparente est trompeuse! Quand on examine toutes ces eaux, on y retrouve les mêmes principes à peu près, avec quelque différence seulement dans les proportions, etc. » (P. 507.) On sera sans doute étonné d'apprendre que ce travail, publié en 1831, est signé de deux autorités imposantes, M. le docteur F. Ratier, et M. Andral, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Selon nous, autant le doute méthodique est favorable aux progrès des sciences, autant aussi le scepticisme leur est nuisible. Il y a eu, et il devait y avoir, une réaction profonde contre une pareille doctrine; une révolution complète s'est opérée dans les idées; et aujourd'hui les mécréants, s'il en existe encore, seraient assez mal venus à faire une semblable profession de foi ou mieux d'incrédulité. La faveur publique à cette heure est acquise à ce genre d'études; on a cherché des sources nouvelles; on a mieux étudié les anciennes; et médecins et malades sont venus demander à cet agent thérapeutique un secours qui, nous devons le reconnaître, ne leur a pas fait défaut quand les indications sont bien posées. Des Sociétés d'hydrologie se sont formées; de nombreuses publications spéciales ont vu le jour; et cette branche nouvelle de la science a réalisé de précieuses conquêtes pour l'humanité souffrante; il n'y a peut-être pas maintenant de fait mieux avéré en médecine.

Mais ces stations thermales, dont la bienfaisante efficacité est de nos jours hors de litige, sont toutes plus ou moins éloignées des villes; elles ne s'ouvrent généralement qu'un temps assez court dans la belle saison; le malade est obligé de tout négliger pour s'y rendre; il faut abandonner ses affaires, sa famille et ses habitudes sociales; c'est là un sacrifice de temps et d'argent, souvent incompatible avec les ressources dont on dispose. On ne peut, au reste, avoir toujours les eaux sous la main quand il en serait besoin. Aussi a-t-on cherché à suppléer les eaux minérales. On s'est efforcé, à l'aide des analyses quantitatives, d'imiter leur composition chimique; l'art a créé des eaux minérales de toutes pièces. Les premiers essais dans ce genre, tentés par Hoffmann, ont été continués par Venel, Monnet, Priestley, Bergmann, Cavendish, Duchanoy, en 1780, etc.; mais il faut reconnaître avec M. Guibourt que « l'analyse des eaux était alors trop peu avancée pour que leur imitation pût offrir rien de satisfaisant ». Bien que cet art ait reçu des perfectionnements successifs depuis Paul (de Genève) jusqu'à M. Henry, il n'est point encore arrivé à un degré de précision vraiment capable de satisfaire (1); aujourd'hui encore les eaux minérales *artificielles* ne sont point les sœurs légitimes des eaux minérales naturelles; les premières ne sauraient usurper l'héritage des secondes; elles sont inhabiles à leur succéder; c'est une parenté de nom plutôt que d'effet; et, à la rigueur, la dénomination d'*eaux minérales factices* ne peut guère, à quelques exceptions près, être prise qu'en mauvaise part au point de vue thérapeutique; tout le monde paraît aujourd'hui l'avoir senti : aussi a-t-on à peu peu près abandonné cette voie pour en tenter une autre.

C'est là une des questions qui préoccupent les chercheurs de notre époque : *comment serait-il possible de déplacer, de suppléer, de concentrer les eaux minérales?* La solution de ce problème aurait un grand intérêt pour les médecins et pour les malades; nous avons souvent été consulté à cet égard par nos confrères depuis la publication de notre TRAITÉ DES EAUX MINÉRALES DE LA FRANCE ET DE L'ÉTRANGER, qui a eu l'honneur d'être couronné deux fois par l'Académie de médecine de Paris (2) au concours sur les eaux minérales alcalines en 1855, et au concours sur les eaux minérales salines en 1857. Tout récemment encore, l'auteur du GUIDE DU MÉDECIN ET DU MALADE AUX EAUX MINÉRALES, m'écrivait (décembre 1862) : « Honoré con-

(1) « Les eaux minérales ont été assez longtemps considérées à travers le prisme de la prévention et entourées d'un merveilleux qui a toujours réussi dans les temps d'ignorance. » (*Ib.*, p. 506.) — « Ceux qui sont véritablement malades guérissent bien rarement aux eaux lorsque leurs affections ont un certain degré de gravité ou d'ancienneté. Pour la plupart, ils quittent les eaux dans un état semblable à celui où ils étaient en y arrivant; souvent même leur position y devient plus fâcheuse, etc.. » (*Ib.*, p 516.)

(1) On ne se ferait pas une idée juste, en disant avec MM. Andral et Ratier : « Pour faire des eaux minérales un monopole, il fallait bien empêcher de croire qu'on pouvait les imiter facilement. » (*Dictionnaire cité*, p. 509.) La difficulté n'est pas là, elle est dans l'état actuel de nos connaissances, qui reste insuffisant, comme le témoigne cet aveu de M. Guibourt : « On fera mieux, sans aucun doute, à mesure que la chimie nous enrichira de nouveaux moyens d'analyse et de synthèse. » (*Ib.*, p. 523.)

(2) *Traité général pratique des eaux minérales de la France et de l'étranger*, contenant la topographie et la climatologie des stations thermales, une classification nouvelle des sources avec leur analyse chimique, et des études spéciales sur l'action physiologique des eaux minérales, et sur les propriétés thérapeutiques de chaque classe d'eaux, etc., par J. E. Pétrequin et A. Socquet, professeurs à l'École de médecine de Lyon, etc. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine de Paris aux concours de 1855 et de 1859, 1 fort vol. in-8, avec une *carte des eaux minérales*. Paris et Lyon, 1859.

frère, je m'occupe de quelques recherches sur les eaux minérales transportées et sur les produits qu'on en obtient dans le but de concentrer leur minéralisation. J'ai fait venir, à cet égard, des échantillons de tous les principaux établissements thermaux, tant français qu'étrangers. Or, les seuls produits que j'aie reçus jusqu'à présent ont tous pour base des sels obtenus à l'aide de l'*évaporation par la chaleur*. Est-ce qu'il n'existe pas quelque autre méthode en usage aux eaux minérales pour arriver au même résultat? Votre compétence si parfaite en hydrologie me fait attacher infiniment de prix à votre réponse. »

J'ai cité ces lignes comme un témoignage de la préoccupation actuelle des esprits qui s'intéressent aux progrès de l'hydrologie médicale; il en ressort aussi que l'examen critique de la méthode de l'évaporation par la chaleur est un travail neuf qui ne paraît pas avoir été accompli jusqu'ici, et c'est ce que je vais entreprendre.

§ I. — *De l'évaporation à l'air libre, à la température de l'eau bouillante.*

Tout à l'heure il s'agissait de fabriquer l'eau de toutes pièces avec des produits étrangers, plus ou moins semblables; ici c'est sur l'eau minérale naturelle qu'on opère; ce n'est plus une création qui est à faire, c'est une simple extraction; qualité et quantité des substances, tout a été déterminé par la nature; l'art semble n'avoir qu'à suivre, on a pensé n'avoir pour cela qu'à concentrer l'eau minérale; et pour être plus sûr du résultat, c'est sur l'eau prise à son émergence même que l'expérience a été faite. On ne devait perdre aucun des sels qu'elle renferme, et l'on se flattait de conserver en substance la composition chimique de l'eau; on se flattait d'obtenir ainsi tous les éléments qui caractérisent chaque source; on en avait un extrait fidèle; on possédait la quintessence de l'eau, ou plutôt c'était l'eau minérale elle-même tout entière, moins la partie aqueuse, qu'il était, croyait-on, très-facile d'ajouter ensuite.

Telle est la méthode la plus générale, disons mieux, l'unique méthode en usage dans les établissements thermaux; il est douteux qu'on ait rien fait en dehors de l'évaporation à l'air libre et à la température de l'eau bouillante. On paraît généralement satisfait des résultats, et il ne me semble pas qu'on doive ambitionner rien de plus. Or, cette méthode donne-t-elle réellement ce qu'elle promet? Ses prétentions peuvent-elles être justifiées? Et ses produits sont-ils effectivement une reproduction fidèle du composé complexe que représente chaque source minérale? C'est ce que nous allons discuter, en examinant une à une les diverses parties constituantes de chaque classe.

La partie principale, dans toute eau minérale, c'est l'eau, qui reste toujours en proportion prédominante, même dans les sources qui sont les plus riches en éléments. Si nous parcourons les *eaux alcalines*, nous voyons que les plus minéralisées ne renferment, sur 1000 grammes de liquide, que 4 à 5 grammes de principes fixes, comme Ems, Pougues, Châteauneuf; ou 5 à 6 grammes, comme Royat, Saint-Nectaire, Vic-le-Comte; ou au plus 6 à 7 grammes, comme Vals et Vichy, etc.; la plus riche connue, celle de Bilin, en Bohême, s'élève à 12 grammes, c'est-à-dire 12 millièmes (voy. le *tableau* de notre *Traité des eaux minérales*, p. 72). Dans les *eaux salines*, qui renferment les groupes les mieux dotés en minéralisation, on constate que sur 1000 grammes Lamotte et Bourbonne offrent 7 grammes de principes fixes; Wiesbaden et Kissingen, 8; Balaruc, 9; Ischia, en Italie, et Leamington, en Angleterre, 10; Soden, 12; Salins, 15; Nauheim, 17; Hombourg, 18, etc. L'Océan et la Méditerranée, qui ont une constitution à part, présentent le premier 39 grammes, et la seconde 40, c'est-à-dire, en définitive, 40 millièmes (voy. le *tableau*, p. 260 de notre *Traité des eaux minérales*). Quant aux *eaux sulfureuses*, il est remarquable que les plus renommées n'offrent en minéralisation qu'un demi-millième, comme Aix, les Eaux-Bonnes, Bagnols, Labassère, ou même un tiers de millième, comme Baréges, Luchon, Cauterets, Amélie-les-Bains; les plus riches ne vont qu'à 1 ou 2 millièmes, comme Weilbach, Acqui, Cauvalat, ou au plus à 2 ou 3 millièmes, comme Allevard, Schinznach, Auzon; celles qui sont plus chargées le doivent à leurs éléments salins, comme Castellamare en Italie, Harrowgate en Angleterre, ou Uriage en France, qui d'ailleurs ne dépassent pas 7, 11 et 14 grammes (voy. le *tableau*, p. 440 de notre *Traité*). Des observations analogues s'appliquent aux *eaux bromo-iodurées*, comme Challes, Bondoneau, Marlioz, Krankenheil, etc. (voy. le *tableau*, p. 572 de notre *Traité*). Il en est absolument de même des *eaux ferrugineuses*, dont les sources les plus estimées oscillent autour de 1 millième, comme Bussang, Provins, Spa, Forges, Schwalbach, Orezza, etc. (voy. le *tableau*, p. 522 de notre *Traité*).

Mais cette eau minérale qu'on a ainsi dépouillée de sa portion aqueuse, qui, on vient de le voir, la forme presque tout entière, conserve-t-elle au moins intactes ses autres parties constituantes? C'est ce qui reste à étudier. Les eaux minérales contiennent à peu près toutes, et certaines d'entre elles à haute dose, une substance particulière qui a reçu les dénominations diverses de *matière organique*, *barégine*, *glairine*, *matière extractive de l'humus*, etc. Cette substance contribue sensiblement aux propriétés thérapeutiques des eaux, et suffit souvent pour constituer une différence d'action entre deux sources analogues : c'est ce que nous avons fait voir pour les sources de Vichy (voy. notre *Traité*, p. 19), comme pour les eaux salines, sulfureuses, etc. Or, cette matière organique s'altère à partir de 70 degrés, de telle sorte que la chaleur de l'ébullition, nécessaire pour évaporer l'eau, la désorganisera; elle ne pourra plus se redissoudre avec ses caractères chimiques propres (1).

Passons maintenant aux gaz : « L'acide carbonique libre des *eaux alcalines* les rend pétillantes et mousseuses, et leur donne un goût agréable....; c'est un auxiliaire très-utile; il leur enlève la saveur salée ou alcaline peu agréable qu'elles auraient sans lui; il leur transmet un goût acidule qui plaît, et les fait rechercher même pour l'usage de la table; en outre, introduit avec elles dans l'estomac, il en facilite la digestion, et en fait, comme on dit, des *eaux hygiéniques* légères qui sont bien supportées, *tandis que sans lui elles deviendraient lourdes et engendreraient le dégoût.* » (Voy. notre *Traité des eaux minérales*, p. 183.) Des considérations semblables s'appliquent à quelques *eaux salines*, et surtout aux *eaux ferrugineuses* (voy. notre *Traité des eaux*, p. 492), etc. Or, le premier effet de l'évaporation est d'expulser l'acide carbonique libre jusqu'à la dernière bulle; dès lors, l'eau minérale ne se trouve pas seulement privée d'un de ses coefficients; nous verrons qu'en outre plusieurs de ses sels en sont aussi décomposés.

Il en est de l'hydrogène sulfuré libre comme de l'acide carbonique; il se volatilise, comme lui, par le fait de l'évaporation, et fait ainsi perdre à l'eau minérale un principe important; il y a plus, les eaux sulfureuses de la catégorie de celles que nous avons, dans notre TRAITÉ DES EAUX MINÉRALES, appelées *hydrosulfurées*, comme étant spécialement minéralisées par l'hydrogène sulfuré, sont dépouillées en perdant ce gaz de leur caractère constitutif; et ainsi décomposées, elles peuvent même cesser d'appartenir à la classe des eaux sulfureuses.

Il est presque superflu d'ajouter que l'oxygène et l'azote des eaux minérales subissent le même sort que les acides carbonique et sulfhydrique.

Mais enfin, si *tous les gaz sont perdus*, aurons-nous au moins les sels de l'eau minérale? C'est là surtout la prétention de la méthode qui nous occupe; on se glorifie du résultat; l'industrie privée s'en est emparée pour le proclamer bien haut; on

(1) Il est présumable que souvent la matière organique est encore altérée par la causticité croissante des solutions alcalines et des solutions salines, à mesure que celles-ci se concentrent par le fait de leur exposition à l'air et au degré de chaleur qu'on emploie pour l'évaporation.

a préconisé une foule de remèdes préparés, dit-on, avec les sels naturels extraits des eaux, comme étant la seule expression fidèle de leur composition chimique. Il est, hélas! fort à craindre (pour nous servir d'une expression adoucie) que ce ne soit là qu'une illusion.

Pour les *eaux alcalines*, nous avons établi (voy. notre *Traité*, p. 6 et 15) qu'elles sont minéralisées spécialement par des carbonates et bicarbonates de soude, de potasse, de chaux, de magnésie, etc., et par des silicates des mêmes bases. On sait que les carbonates de magnésie, de chaux et de baryte ne sont solubles dans l'eau qu'à la faveur d'un excès d'acide carbonique, et ils se précipitent tous à mesure que le calorique chasse le gaz de la solution; en cet état, ils sont plus facilement attaquables par les acides forts qui se trouvent dans le liquide, comme les acides sulfurique, hydrochlorique et même sulfhydrique (1). D'autre part, d'après la loi découverte et formulée par Dulong, il faut ajouter que « les carbonates alcalins, qui sont solubles, décomposent par la voie humide comme par la voie sèche tous les sels devenus insolubles, dont l'oxyde peut former avec l'acide carbonique un autre sel insoluble » (Pelouze et Fremy, *Chimie*, t. II, p. 49). Voilà pour les carbonates; voici maintenant pour les silicates: on démontre en chimie que « les silicates alcalins avec excès de base sont les seuls silicates solubles dans l'eau » (Pelouze et Fremy, *ib.*, p. 84). Nous avons fait voir dans notre TRAITÉ (p. 65) que les silicates alcalins tenus en dissolution dans les eaux minérales naturelles, comme, par exemple, à Plombières et à Évaux, se décomposent avec une grande facilité au contact de l'air pour se transformer en carbonates. M. O. Henry a constaté, dans ses analyses, que pour beaucoup d'eaux minérales alcalines la majeure partie du carbonate de soude obtenu dans le produit de l'évaporation provient d'un silicate primitif à base de soude, altéré plus tard par l'acide carbonique de l'air extérieur, et peut-être de l'eau elle-même. Ajoutons que la silice, ainsi précipitée par l'évaporation, ne se redissout plus aussi aisément, soit qu'elle n'ait plus la même constitution moléculaire, soit qu'elle ait contracté des combinaisons nouvelles. Ainsi les silicates alcalins se comportent chimiquement comme les carbonates alcalins; j'ai prouvé par des expériences qui me sont propres que physiologiquement ils déterminent des phénomènes analogues (voy. p. 94 de notre *Traité des eaux minérales*), ce qui justifie de tous points notre classification des eaux alcalines.

A l'égard des *eaux salines*, quand elles contiennent soit des gaz, soit des carbonates ou silicates alcalins, elles subissent d'abord les déperditions et les mutations que nous venons de décrire; mais ce n'est pas tout: nous avons établi (en collaboration avec M. Socquet), dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine de Paris (concours de 1837), que les eaux salines ont pour caractère spécial d'être minéralisées par des sulfates ou des chlorhydrates de soude, de potasse, de chaux et de magnésie, etc. On peut aussi y trouver parfois, mais toujours à dose insuffisante pour leur imprimer des qualités dominantes, des nitrates (Nauheim, Kissingen, Louëche, Baden-Baden); des phosphates (Wiesbaden, Egra, Weissembourg, Ischia, Soultzbad); des fluates des mêmes bases (Carlsbad), etc. Dans ce composé souvent très-complexe que représente une eau saline, les diverses parties constituantes réagissent les unes sur les autres pendant l'ébullition: plusieurs des combinaisons premières sont détruites, et il se forme plusieurs combinaisons nouvelles dont la science va nous donner la clef. D'après la loi de Berthollet, nous savons que « lorsqu'on mélange deux sels qui peuvent donner par l'échange de leurs bases et de leurs acides un sel insoluble ou peu soluble, *ces sels se décomposent*, et le composé le moins soluble se précipite. » Les conséquences de ce principe sont on ne peut plus larges; mais je veux ici, pour le démontrer, invoquer surtout des voix qui me couvrent de leur autorité; je laisse parler MM. Pelouze et Fremy. *Premier exemple:* « Lorsqu'on mêle une dissolution de sulfate de magnésie avec une dissolution de sel marin, et que l'on concentre le mélange par l'ébullition, on voit se déposer bientôt dans la liqueur bouillante des cristaux de chlorure de sodium; le sulfate de magnésie reste dans les eaux mères, et cristallise ensuite par le refroidissement. — Le résultat est différent si, au lieu de porter à l'ébullition une dissolution de sel marin et de sulfate de magnésie, on l'abandonne à elle-même à froid: le sulfate de soude cristallise le premier, et l'eau mère retient du chlorure de magnésium. » (T. II, p. 47.) *Deuxième exemple:* « Lorsqu'on dissout dans une grande quantité d'eau, de l'azotate de chaux et du sulfate de soude, tant que l'eau est en quantité suffisante pour qu'aucun sel ne puisse s'en séparer, on ignore quels sont les sels que contient la dissolution. Mais lorsqu'on élimine par évaporation une certaine quantité d'eau, le premier sel qui se dépose est le sulfate de chaux, parce qu'il est le moins soluble des sels qui peuvent se former dans la dissolution. » (*Ib.*, p. 48.) — On pourrait ajouter un *troisième cas*, les mêmes auteurs citant « un exemple qui semble démontrer que, dans le mélange de deux sels ne produisant pas de sels insolubles, il peut se faire cependant une double décomposition »; et ils rapportent à l'appui une curieuse expérience de Gay-Lussac. (P. 49.) — De tout ceci on est donc autorisé à conclure que l'évaporation par la chaleur provoque une foule de décompositions et de recompositions des sels qui transforment toujours plus ou moins la composition chimique primitive de l'eau saline.

Venons maintenant aux *eaux sulfureuses*. Nous les avons divisées en trois groupes: 1° hydrosulfurées, 2° sulfurées, et 3° hyposulfitées (voy. notre *Traité des eaux minérales*, p. 397). Nous avons déjà vu plus haut que les *premières*, qui sont minéralisées par l'acide sulfhydrique, sans sulfure, se décomposent par l'évaporation, en perdant leur gaz, et cessent même d'appartenir aux eaux sulfureuses. — Quant aux *secondes*, qui doivent leur caractère distinctif à un sulfure alcalin, elles ne peuvent pas non plus supporter l'ébullition à l'air libre (1), et cela que leur élément principal soit à l'état de monosulfure ou de polysulfure, ou enfin de sulfhydrate. Je tire mes preuves des mêmes autorités que j'ai déjà invoquées, et je cite textuellement: « Les dissolutions des *monosulfures* se décomposent lentement au contact de l'air (2) et se changent en un mélange de carbonate et d'hyposulfite. » (P. 62.) — « Les *polysulfures* alcalins en dissolution dans l'eau se décolorent peu à peu au contact de l'air et se changent en hyposulfites. » (*Ib.*, p. 63.) — Enfin, les « *sulfhydrates de sulfures* (alcalins) sont décomposés par la concentration en monosulfures et en acide sulfhydrique qui se dégage. » (*Ib.*, p. 63.) Voilà des faits qui ne sauraient laisser aucun doute. — Il nous reste à examiner le *troisième groupe*, les eaux sulfureuses *hyposulfitées*. Les altérations qu'elles subissent ont été expliquées par nous dans notre TRAITÉ DES EAUX MINÉRALES, p. 399 et 438; mais j'aime mieux m'appuyer ici sur l'expérience incontestable des chimistes de profession; ils écrivent que « les *hyposulfites* alcalins laissent pour résidu un mélange de sulfate et de polysulfure. Une dissolution d'hyposulfite de chaux se décompose par la chaleur en soufre et en sulfate de chaux. » (*Ib.*, p. 73.) Les sulfites ne résistent pas mieux: « Les *sulfites* solubles et particulièrement les sulfites alcalins absorbent l'oxygène de l'air et se changent en sulfate. » (*Ib.*,

(1) On lit dans le *Traité de chimie générale* de MM. Pelouze et Fremy, t. II, p. 82, 1854: « La chaleur décompose tous les carbonates, à l'exception de ceux de potasse, de soude et de lithine. » (*Loc. cit.*) « On peut déplacer l'acide carbonique en faisant passer un courant d'acide sulfhydrique dans la dissolution d'un carbonate. » (*Ib.*, p. 44.)

(1) « L'oxygène agit sur les sulfures à l'aide de la chaleur et même à la température ordinaire; le soufre se dégage en partie à l'état d'acide sulfureux, et les métaux restent à l'état d'oxydes, d'oxysulfures, de sulfates, d'hyposulfites. » (Pelouze et Fremy, t. II, p. 61.)

(2) « Les monosulfures alcalins sont décomposés par les acides même les plus faibles, qui en dégagent l'acide sulfhydrique sans former un dépôt de soufre. » (*Ib.*, p. 61.)

p. 73.) — En résumé, la méthode de l'évaporation à l'air libre n'est donc pas applicable aux eaux sulfureuses.

L'est-elle mieux aux *eaux ferrugineuses?* Nous avons divisé ces eaux en deux groupes : 1° sources ferrugineuses carbonatées, crénatées ou silicatées; 2° sources ferrugineuses sulfatées, phosphatées ou chlorhydratées (voy. notre *Traité des eaux minérales*, p. 489). Nous avons montré que les premières étaient mieux supportées que les secondes (p. 524); et nous avons conclu de nos observations que « les sources ferrugineuses les plus actives seront celles dans lesquelles le fer aura été rendu le plus facilement absorbable, et sous ce rapport les eaux ferrugineuses, acidules, gazeuses (carbonatées ou crénatées), l'emporteront sur celles qui sont dépourvues d'acide carbonique. Or, telles sont les conditions présentées par les sources les plus renommées (Spa, Schwalbach, Pyrmont, Saint-Alban, etc.). Nous déduirons encore cette seconde conclusion, c'est qu'il n'est point indifférent de faire prendre les eaux minérales telles que la nature nous les fournit, ou d'en extraire par évaporation les sels pour en faire des dragées, des pastilles, etc. Dans le premier cas, l'absorption des principes minéralisateurs est facile, parce que la division moléculaire en est poussée assez loin; dans le second, au contraire, en rapprochant les molécules salines, on les place dans les conditions les moins favorables à leur absorption et surtout au développement de leurs vertus thérapeutiques. » (Voy. notre *Traité des eaux minérales*, p. 526.) Ajoutons que la chimie fait voir que les sels de fer que renferment ces sources se décomposent facilement. C'est un fait vulgaire que « le carbonate de protoxyde de fer est insoluble dans l'eau...; il devient soluble dans une eau qui contient de l'acide carbonique...; quand on évapore la solution, ce sel se dépose immédiatement; il se transforme à l'air en hydrate de sesquioxyde de fer. » (Pelouze et Fremy, *ib.*, p. 492.) — Le sulfate de fer ne résiste pas davantage : « une dissolution de sulfate de protoxyde de fer exposée à l'air absorbe de l'oxygène..., et laisse bientôt déposer un sulfate de peroxyde de fer basique...; lorsque l'action de l'air se prolonge, le sulfate de fer peut se transformer complétement en un mélange de deux sulfates de sesquioxyde, l'un neutre et l'autre basique. » (*Ib.*, p. 487.) — « La dissolution de sulfate neutre de sesquioxyde de fer se décompose par une longue ébullition et laisse déposer un sous-sel hydraté » (Scheerer) ; c'est de la sorte qu'on fait précipiter le sulfate de peroxyde (voy. Pelouze et Fremy, p. 490).

Mais je m'arrête : je laisserai à une plume plus savante le soin de creuser plus avant le problème que j'ai soulevé. Je présume en avoir écrit assez pour la thèse que j'ai entreprise. Chaptal a dit : « En analysant une eau minérale, on n'en a que le cadavre. » Eh bien ! avec la méthode qui nous occupe, avons-nous au moins ce cadavre, sans mutilations, et avec toutes ses parties? J'ose croire avoir mis le lecteur en état de répondre lui-même; et je passe à l'étude d'une autre méthode.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

CORRESPONDANCE.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Quelques réflexions au sujet d'un article intitulé : De la roséole miliaire.

C'est avec un vif intérêt que nous avons lu, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE du 26 juin dernier, l'article publié par M. Edm. Martel sur la roséole miliaire. Ce travail est empreint d'un excellent esprit médical, et nous savons gré à son auteur d'avoir appelé l'attention sur une affection cutanée encore assez mal connue de nos jours. Il nous pardonnera facilement, sans doute, les quelques mots de critique que nous croyons devoir lui adresser.

Il eût été difficile, dans une semblable question, de passer complétement sous silence le nom et les opinions de M. Bazin. M. Martel s'est bien gardé d'une aussi grave omission ; mais, peu familiarisé peut-être avec des doctrines qui lui ont paru suspectes par je ne sais quel parfum ontologique, notre collègue a commis de singulières erreurs en voulant les interpréter.

Nous lui demanderons d'abord s'il est bien réellement convaincu que les faits relatés par lui dans son travail eussent été considérés par M. Bazin lui-même comme des cas d'*herpétides pseudo-exanthématiques érythémateuses*. Il est vrai que, sous ce titre, M. Bazin a signalé et décrit des éruptions tout à fait semblables à celles observées par M. Martel; mais il n'a jamais prétendu, que je sache, comme le suppose notre collègue, que ces éruptions fussent toujours et fatalement sous la dépendance d'une maladie constitutionnelle. On peut lire, en effet, dans le même chapitre, page 219, à l'article *Pathogénie* : « La roséole est » une affection pseudo-exanthématique qui est *idiopathique dans quelques* » *cas;* elle est, le plus souvent, symptomatique de deux maladies, la » dartre et la syphilis. » — Et plus loin : « En présence d'une roséole, » il faut se demander si cette affection est *idiopathique*, syphilitique ou » dartreuse. »

Ce n'est pas tout. Dans son cours de l'année dernière, M. Bazin a tracé tout au long l'histoire de la roséole, considérée comme affection générique et spéciale. Les notes prises à ce cours sont en ce moment sous nos yeux, et nous pouvons citer ici les paroles mêmes du professeur :

« Il y a pour nous, dit-il, deux classes de roséoles : des roséoles de » cause externe et des roséoles de cause interne.

» Parmi les roséoles de cause externe, nous plaçons la roséole estivale » et celle produite par l'ingestion des résineux (copahu, cubèbe), ou » roséole pathogénétique.

» La roséole de cause interne peut être idiopathique ou symptomatique.

» La roséole idiopathique constitue *une véritable maladie*, dans le sens » absolu que nous attachons à ce mot, c'est-à-dire un état morbide géné- » ral ayant ses lois particulières et son autonomie propre. Aussi la rap- » prochons-nous des véritables pyrexies exanthématiques.

» La roséole symptomatique n'est que le reflet à la peau d'une maladie » constitutionnelle, la dartre ou la syphilis.

» Or, à chacune de ces trois espèces se rattachent un certain nombre » de variétés, suivant la forme et la disposition des éléments éruptifs. »

Vient ensuite la description séparée de ces espèces en variétés, parmi lesquelles M. Bazin n'oublie pas la roséole miliaire, qu'il sépare expressément de la miliaire proprement dite et des fièvres éruptives.

Ces diverses citations nous dispensent de tout commentaire. Elles démontrent surabondamment que M. Bazin n'a jamais professé au sujet de la roséole miliaire les idées exclusives que lui attribue M. Martel.

Toutefois un point mérite encore de nous arrêter. M. Martel n'accepte pas le mot *pseudo-exanthème*, qui cadre mal, dit-il, avec ses idées générales. Ici encore nous sommes forcé de constater que la pensée de notre maître n'a pas été comprise. Pour discuter un auteur, au moins faudrait-il connaître le terrain sur lequel il se place, et la signification des mots qu'il emploie. Aussi la critique adressée par M. Martel au mot *pseudo-exanthème* tombe-t-elle complétement à faux. Pour lui, en effet, le mot *exanthème* est un terme générique qui peut servir à désigner toute efflorescence survenue à la peau, tandis que M. Bazin réserve spécialement cette dénomination pour les véritables pyrexies exanthématiques. Or, dans cette manière de voir, le mot *pseudo-exanthème* nous paraît s'adapter merveilleusement à ces affections, qui prennent le masque et toutes les apparences extérieures des fièvres éruptives ou véritables exanthèmes, sans en avoir ni la nature, ni la marche, ni les symptômes, ni les propriétés contagieuses et la redoutable gravité.

Dr L. GUÉRARD.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 JUILLET 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

M. *le Secrétaire perpétuel* annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. *Denis* (de Commercy), l'un de ses correspondants pour la section de médecine et de chirurgie. Le savant médecin, ainsi qu'on l'apprend par une lettre de son fils adressée à M. le président, est décédé à Toul le 3 de ce mois.

PHYSIQUE DU GLOBE. — *Micrographie atmosphérique*, par M. *J. Samuelson*. — Voici les conclusions de ce travail :

1° L'atmosphère, dans toutes les parties du monde, est plus ou moins chargée de corpuscules appartenant aux trois règnes de la nature, animal, végétal et minéral : de particules de silex, de craie, etc.; de substances végétales fraîches et en état de décomposition ; de fibrilles animales et végétales, de kystes et de germes d'infusoires, et probablement, dans des cas plus rares, de vers nématoïdes.

2° Les infusoires consistent, pour la plupart, en germes des types obscurs connus aujourd'hui sous les noms de Monades, Vibrions, Kolpodes, etc., mais aussi en Cyclides, Trachélies, Kolpodes, Kérones, Vorticelles, etc.

3° Ces corps organisés se trouvent dans des quantités variables, selon la condition de l'atmosphère, plus abondants quand l'atmosphère est sèche, et moins quand il y a eu beaucoup de pluie; ils flottent dans toute l'atmosphère, et ordinairement ils pénètrent partout avec elle.

4° La ténacité de vie dont sont doués ces germes est beaucoup plus forte que ne l'admettent quelques observateurs, et surtout les partisans de la génération spontanée, principalement dans les formes obscures, *Vibrio*, *Monas* et *Bacterium*, qui retiennent la vitalité dans des circonstances physiques très-peu favorables, et qui par l'addition de l'eau, aidée des rayons du soleil, se raniment après une suspension de vie très-prolongée.

Il est impossible de limiter le temps qu'il faut pour éteindre cet attribut de la révivification ; mais j'ai trouvé que quand ils ont repris la vie, les conditions physiques les affectent sensiblement.

Le froid les tue. Les rayons lumineux et les rayons chimiques du soleil facilitent leur développement plus que les rayons calorifiques.

Je crois que ces rayons, quand ils accélèrent la décomposition des substances organiques, produisent des infusoires par génération spontanée ; mais qu'en facilitant la décomposition des substances organiques, les rayons fournissent, pour ainsi dire, à ces germes qui viennent d'être doués de l'existence, le moyen de croître plus rapidement.

Il me semble impossible que les particules microscopiques entraînées par l'atmosphère dans de l'eau distillée puissent donner naissance par génération spontanée à la foule d'infusoires qui y apparaissent dans une seule nuit, et la condition immobile dans laquelle j'ai trouvé ces germes avant qu'ils eussent pris la vie, est pour moi une évidence très-forte en faveur de leur préexistence.

HYGIÈNE. — *Du climat et en particulier* des lieux *de Venise*, par M. *Grimaud* (de Caux). — L'auteur entre dans des détails relatifs à l'orientation de Venise, à sa topographie et à ses lagunes. La lagune du milieu n'admettant point d'eaux douces, la salubrité y est parfaite. Mais les autres lagunes, où l'eau douce vient se mêler à l'eau salée, sont insalubres comme tous les marécages.

Pour les mêmes causes, la fièvre est endémique aux bords de la lagune, mais pas bien loin dans les terres. (*Comm. :* MM. Chevreul, Morin, Rayer, Combes.)

— M. *Velpeau* présente au nom de l'auteur, M. *Courty*, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, un mémoire ayant pour titre : NOUVEAU PERFECTIONNEMENT APPORTÉ A LA *lithotritie* PAR LE BROIEMENT DE LA PIERRE EN UNE SEULE SÉANCE. (*Comm. :* MM. Velpeau, Jobert, Longet.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 JUILLET 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

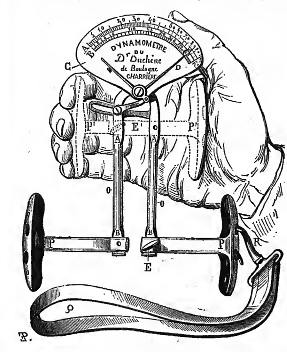
Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : Un travail de M. le docteur *Cazaintre*, intitulé : *Considérations sur l'indication des eaux thermo-minérales dans le traitement des maladies chroniques.* (*Commission des eaux minérales.*)

2° M. *Bouvier* dépose sur le bureau un *dynamomètre médical* imaginé par M. le docteur *Duchenne* (de Boulogne), dans le but de mesurer la force de chacun des mouvements partiels.

Voici la description de ce dynamomètre, construit par M. *Charrière*, et comment on en fait l'application :

Le dynamomètre est composé : 1° d'un puissant ressort roulé en spirale et terminé par deux branches droites OO, placées parallèlement à côté l'une de l'autre; ce ressort est mis en tension par l'écartement de ces branches; 2° de deux poignées PP, qui



sont fixées à volonté, ou à l'extrémité des branches, en B, ou près du point du centre, en A, à l'aide desquelles on écarte ces branches; 3° d'une plaque C, placée sur la face antérieure du ressort et sur laquelle sont gravées, sur deux lignes A, B, des divisions depuis 1 jusqu'à 100 kilogrammes pour la première ligne, et jusqu'à 40 kilogrammes pour la seconde ligne; 4° d'une aiguille D, mise en mouvement par l'écartement des branches AA, et qui marque le degré de force qui produit cet écartement, en s'arrêtant sur telle ou telle division de la plaque C.

Lorsque le dynamomètre est placé dans son étui, ses poignées s'entrecroisent (voy. les poignées ponctuées P'P'), de manière à présenter moins de volume. Dans cet état, il peut servir à mesurer la force des fléchisseurs des doigts, comme le dynamomètre de M. Burck. On le place alors dans la paume de la main, de telle sorte que les poignées P'P' soient saisies entre le pouce, l'éminence thénar et les doigts infléchis; alors, en fermant fortement la main, les branches OO s'écartent, et l'aiguille marque, sur la première ligne A du cadran, le degré de force dépensée pendant ce mouvement.

Pour rechercher la puissance des mouvements partiels, les vis E' sont desserrées; les poignées P', abaissées jusqu'à la partie cylindrique des branches OO, où elles sont tournées en dehors comme les poignées B'B', puis elles sont ramenées dans les parties carrées des branches, soit aux extrémités en B, si la force ne doit pas dépasser 40 kilogrammes, soit près du point du centre en A, si la force à mesurer est grande ou doit aller de 40 à 100 kilogrammes; puis elles sont fixées par les vis E ou E'; ensuite une courroie Q étant fixée d'une part à l'une des poignées, à l'aide du crochet R, et d'autre part à l'extrémité de la partie des membres dont on veut mesurer la force (cette courroie peut être remplacée par une serviette ou un mouchoir plié en cravate), on saisit l'autre poignée libre, et l'on tire en sens contraire du mouvement partiel que l'on fait exécuter par le sujet, jusqu'à ce que l'on ait surmonté la résistance. Alors l'aiguille D, mise en mouvement par l'écartement des branches OO, marque, sur la ligne B, si les poignées ont été fixées en bas, et sur la ligne A si les poignées ont été fixées près du point de centre, la puissance du mouvement partiel exécuté.

M. *Roger* offre en hommage, au nom de M. le docteur *Seux* (de Marseille), un MÉMOIRE SUR LE CÉPHALÉMATOME. (*Renvoi à la commission des correspondants nationaux.*)

M. *Larrey* présente : 1° un mémoire de M. le docteur *Mariny* sur l'HYGIÈNE DES GRANDES VILLES ET LA TOPOGRAPHIE MÉDICALE DE LYON. (*Comm.:* MM. Michel Lévy, Tardieu et Vernois);

2° Un travail de M. le docteur *Willems* sur l'INOCULATION DE LA PÉRIPNEUMONIE DE L'ESPÈCE BOVINE.

Lectures.

M. *Boudet*, au nom de la commission des remèdes secrets

et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

Un de ces rapports, relatif à un travail de M. le docteur de Morenhaut (voy. plus haut, p. 483) conclut au renvoi de ce travail à la *commission de la rage*. (Adopté.)

Élections.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire, en remplacement de feu M. *Delafond*.

La liste de présentation, adoptée en *comité secret*, porte : en première ligne, M. *Magne;* en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. *Colin* et *Goubaud;* en troisième ligne, M. *Camille Leblanc*.

Le nombre des votants étant 62 et la majorité 32, M. *Magne* obtient 31 suffrages; M. *Leblanc*, 19; M. *Colin*, 11; 1 bulletin blanc.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des voix, l'Académie procède à un second tour de scrutin.

Au second tour, le nombre des votants étant 58 et la majorité 30, M. *Magne* obtient 41 suffrages; M. *Colin*, 11; M. *Leblanc fils*, 6.

En conséquence, M. *Magne* est proclamé membre titulaire de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

MM. *Grisolle*, *Guérard*, *Montagne*, *Ségalas* et *Tardieu*, sont nommés, au scrutin, membres d'une commission chargée de présenter une liste de candidats pour une place d'associé libre.

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en *comité secret* pour entendre la lecture d'un rapport de M. *Danyau* sur les titres des candidats à une place de correspondant national.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BÉHIER.

DE L'APOPLEXIE PULMONAIRE DES NOUVEAU-NÉS ET DU SCLÉRÈME. — QUELQUES ACCIDENTS PRODUITS PAR L'IMMERSION DANS L'EAU FROIDE.

M. *Hervieux* lit un travail intitulé : DE L'APOPLEXIE PULMONAIRE DES NOUVEAU-NÉS. Cette maladie diffère entièrement chez le nouveau-né de ce qu'elle est aux autres âges, soit sous le rapport de son évolution anatomique et symptomatologique, soit surtout sous le rapport de sa pathogénie. Les auteurs fournissent très-peu de matériaux sur la question : M. Barrier, MM. Barthez et Rilliet ont cité quelques cas d'apoplexie pulmonaire chez des enfants âgés de plus de cinq ans, et atteints de tubercules pulmonaires ou de fièvres graves. Mais ils n'ont point parlé des nouveau-nés. On ne trouve pour ceux-ci que des travaux très-sommaires de Denis (de Commercy), de Billard et de M. Mignot. Le mémoire de M. Hervieux repose sur douze observations qu'il a pu recueillir pendant un long séjour, tant à l'hospice des Enfants assistés qu'à la Maternité, nombre relativement considérable, car cette affection est rare, et ne se rencontre guère que sous l'influence nosocomiale.

Sous le rapport des lésions anatomiques, M. Hervieux établit d'abord que l'apoplexie pulmonaire des nouveau-nés frappe généralement les deux poumons à la fois, et qu'il n'y a pas de prédilection pour un poumon plutôt que pour l'autre. Les foyers hémorrhagiques occupent plutôt la surface du poumon que ses parties profondes. Leur nombre est variable ainsi que leur volume : tantôt ils consistent en de petites ecchymoses sous-pleurales, tantôt en de véritables noyaux sanguins avec ou sans altération du tissu pulmonaire. L'infiltration sanguine avec intégrité du tissu pulmonaire, est de beaucoup la plus commune. Une fois seulement sur douze, M. Hervieux a trouvé le parenchyme ramolli et friable, mais jamais il n'a vu de véritable caverne produite par la destruction des cellules pulmonaires. La raison paraît en être que les nouveau-nés meurent au premier degré de la maladie. Cependant Billard a vu chez un enfant de dix jours deux larges foyers. Quand il y a des noyaux apoplectiques, ils reposent ordinairement sur un tissu splénisé ou hépatisé, et cette splénisation s'observe habituellement aussi dans d'autres portions de l'organe qu'aux points apoplexiés. Dans le tiers des cas on observe dans la plèvre un épanchement séreux ou séro-sanguinolent. Le cœur ne présente pas de lésions particulières, mais il n'en est pas de même de l'encéphale et de ses enveloppes, où l'on note dans la moitié des cas une infiltration sanguine et même une apoplexie méningée, constituée par de petits caillots allongés et disséminés sur la face convexe du cerveau, mais surtout vers les fosses sphénoïdale et occipitale. L'infiltration sanguine s'étend souvent aux couches sous-jacentes, à la cavité de l'arachnoïde et jusqu'aux ventricules cérébraux. Enfin, les organes abdominaux, le péritoine, le foie, la rate, les reins, la muqueuse intestinale, présentent, dans un tiers des cas environ, de fortes congestions ou des hémorrhagies interstitielles.

Les symptômes par lesquels cette maladie se traduit au dehors sont de deux ordres : les uns se rapportent à l'appareil respiratoire, les autres à l'état général.

Parmi les premiers, il faut d'abord mentionner l'altération du cri, phénomène à peu près constant, déjà mentionné par Billard. Le cri, *faible et voilé*, paraît du reste résulter moins de la lésion pulmonaire que d'un état général sur lequel nous allons revenir, le sclérème.

La gêne de la respiration se place à côté du signe précédent; elle est caractérisée par la fréquence des inspirations, et quelquefois, dans la période ultime, par la contraction convulsive du diaphragme et des muscles abdominaux, phénomène connu vulgairement sous le nom de *tirage*, et marquant le plus haut degré de la dyspnée chez les enfants.

L'expulsion par la bouche de mucosités spumeuses et sanguinolentes est un symptôme d'une grande valeur, mais il manque le plus souvent et n'apparaît qu'*in extremis*.

La matité thoracique à la percussion manque dans un certain nombre de cas, et indique, quand elle existe, une des lésions concomitantes mentionnées ci-dessus, une hépatisation du parenchyme pulmonaire ou un épanchement pleural.

L'auscultation ne fait entendre le plus souvent qu'un murmure vésiculaire affaibli ; d'autres fois une respiration rude et un peu soufflante, ou mélangée de râles, tantôt soufflants, tantôt sous-crépitants.

Les phénomènes généraux sont peut-être encore plus remarquables, ce sont ceux de l'algidité progressive avec ou sans sclérème. La peau et les muqueuses se refroidissent, d'autant plus qu'on approche du terme fatal, en même temps le tissu cellulaire sous-cutané est le siége, tantôt d'une infiltration générale de sérosité, tantôt d'une induration comme ligneuse. Le pouls se ralentit progressivement, depuis 120 jusqu'à 80, 60 et quelquefois moins de 50 pulsations; il devient en même temps misérable et imperceptible, et dans les deux ou trois derniers jours, le petit malade ne représente plus qu'une masse froide et inerte, en état de mort apparente, prélude de la mort réelle. La peau, pâle et moite, se couvre de vergetures et de taches violacées comme chez les cadavres, et 5 fois sur 12 on a noté de l'ictère.

En même temps, on observe des désordres graves de la digestion ; l'enfant ne tette plus, on a beau lui introduire le mamelon entre les lèvres, il n'exécute plus les mouvements de succion ; parfois il y a du muguet, soit en pointillé léger, soit en couche épaisse, sur toute la bouche, la voûte palatine, le voile du palais et les piliers ; enfin, 8 fois sur 12, il y a eu de la diarrhée, jaune, verte ou noirâtre, avec érythème de l'anus, des fesses, des parties génitales, et même des parties internes des cuisses et des jambes.

Cet ensemble de symptômes, ajoute l'auteur, montre que l'apoplexie pulmonaire des nouveau-nés n'est point une maladie primitive survenant d'emblée chez un enfant en bonne

santé, mais une affection deutéropathique, placée sous la dépendance d'une affection plus générale, d'une diathèse.

L'anatomie pathologique a déjà montré que le poumon n'était pas le seul siége des hémorrhagies interstitielles, mais qu'on en observait aussi dans l'encéphale et les viscères abdominaux. Il s'agit donc d'une diathèse hémorrhagique dont il faut rechercher la cause, et cette cause, l'étude des symptômes nous montre que c'est l'algidité progressive, l'abaissement de la température, à laquelle 10 fois sur 12 s'est ajouté le sclérème.

On voit qu'il n'y a aucune parité entre la pathogénie de cette affection chez le nouveau-né et celle que l'on observe aux autres périodes de la vie. Chez l'adulte, l'apoplexie pulmonaire reconnaît pour causes habituelles les altérations organiques du cœur ou la tuberculisation pulmonaire. Cette dernière cause est celle que l'on rencontre le plus fréquemment chez les jeunes enfants, ainsi que certaines fièvres éruptives, comme la scarlatine et la variole hémorrhagique. Chez les nouveau-nés, on ne peut invoquer aucune de ces circonstances étiologiques, le refroidissement est la seule que l'on puisse constater.

L'âge est une cause prédisposante au premier chef : sur 12 enfants, 8 ont été pris du 3e au 9e jour, et les 4 derniers du 10e au 20e ; c'est en effet à cette première époque de la vie extra-utérine, et à cette époque seulement, que les nouveau-nés sont sujets à l'algidité progressive.

La durée de la maladie est ordinairement très-courte ; la moitié des enfants a succombé du 2e au 3e jour, l'autre moitié du 4e au 12e. La mort a été la terminaison constante. Faut-il croire que le pronostic est irrévocablement fatal ?

L'auteur espère que non ; les enfants qu'il a observés étaient dans des conditions déplorables, et si la même maladie se produisait en ville chez des enfants entourés de soins hygiéniques et allaités par une bonne nourrice, la guérison serait possible. Déjà, notre regretté collègue Legroux a pu, par le massage et un allaitement convenable, guérir les enfants sclérémateux. Pourquoi désespérerait-on de modifier l'apoplexie pulmonaire, qui n'est ordinairement que la conséquence du sclérème ? En dehors des signes de l'algidité progressive et de l'œdème dur, la lésion pulmonaire pourra être soupçonnée d'après l'altération du cri, la dyspnée croissante, la submatité du thorax à la percussion ; l'affaiblissement du murmure vésiculaire, ou son mélange avec des râles ronflants ou sous-crépitants. L'expulsion de mucosités spumeuses et sanguinolentes donnerait une certitude presque complète au diagnostic.

Quelles sont maintenant les indications thérapeutiques de cet état complexe? La première répond à l'étiologie même de la maladie : il faudrait d'abord combattre l'algidité et rétablir la caloricité.

De nombreuses expériences, faites avec Baron père, ont montré à l'auteur que les moyens artificiels, tels que la chaleur d'un foyer ou les bains de vapeur, sont sans effet, ou ne peuvent produire que des congestions actives du côté du cerveau ou du poumon, qui accélèrent la mort des petits malades.

L'enveloppement dans une carde de ouate, ou dans de la flanelle recouverte de taffetas gommé, est de beaucoup préférable. En s'opposant à l'action de l'air et à la déperdition de calorique, il entretient une douce moiteur, qui rétablit les fonctions de la peau et l'activité circulatoire. Toutefois on doit encore préférer le réchauffement au sein maternel. Le sclérème des nouveau-nés est dû au passage brusque de la cavité utérine à l'air libre, c'est-à-dire d'une température constante de 37 degrés à un milieu de température variable, et toujours beaucoup plus froid sous notre climat. L'application au sein communique à l'enfant une chaleur douce et constante, analogue à celle qu'il a quittée.

Le sclérème, s'il existe, comme c'est le cas 5 fois sur 6, devra être combattu par le massage, suivant la m de Legroux.

Ces remèdes ont une valeur réelle, mais le remède souverain c'est l'allaitement naturel par une nourrice saine ; l'alimentation est une des premières sources de la chaleur naturelle, et la nourrice réalise par ses soins empressés tous les préceptes de l'hygiène des nouveau-nés : nourriture, réchauffement, apaisement des cris, nettoyage, bercement pour combattre les inconvénients de la position horizontale prolongée.

Ces moyens réussiront si les limites de la réaction vitale n'ont pas été dépassées, si l'enfant n'est pas descendu au-dessous d'une certaine température.

Cette thérapeutique n'est, on le voit, que celle de l'algidité, et non celle de l'apoplexie : c'est en effet la première et la plus importante, d'après ce qui a été dit de l'étiologie et des difficultés qu'il y a à préciser la lésion pulmonaire; on pourra cependant tenter d'agir sur celle-ci par les révulsifs, les ventouses sèches ou scarifiées, les sinapismes, etc.; mais M. Hervieux repousse l'usage des sangsues proposées par Billard, parce qu'elles auraient l'inconvénient d'exposer le corps au refroidissement, et que la perte de sang peut dépasser les limites voulues. Enfin, il faut éviter les langes trop serrés, et tout ce qui peut entraver les mouvements respiratoires.

M. *Guérard* croit, comme M. Hervieux, que le réchauffement artificiel au moyen d'un foyer ou d'un bain de vapeur est sans utilité, et peut offrir le danger de congestions actives. Mais il croit qu'on peut employer avec avantage le bain tiède, prolongé pendant une heure à une heure et demie. Dans un cas où il a pu employer ce moyen lui-même, il a eu un succès ; dans un autre cas, où, après deux heures d'attente, il fut obligé de quitter l'enfant, tout en donnant des instructions pour que le bain fût continué avec les soins nécessaires, on ne fut pas aussi heureux. M. Guérard admet facilement l'utilité de l'alimentation, mais, pour que l'enfant puisse teter, il faut que la respiration soit libre, et ordinairement l'enfant est hors d'état de pratiquer la succion du mamelon. C'est donc à la cuiller qu'il faut essayer d'introduire la nourriture. Quant au réchauffement par la mère, M. Guérard se demande s'il est suffisant. Les soins maternels ont certainement une grande valeur, mais il n'y a pas d'assimilation à faire entre ces soins et le réchauffement, tel que peuvent le pratiquer certaines femelles d'animaux.

M. *Hervieux* croit que le bain tiède est utile, mais ce n'est qu'un moyen temporaire; or ici il faut un réchauffement constant et permanent. C'est pourquoi il faut envelopper entièrement l'enfant pris d'algidité avec des cardes de coton. L'allaitement doit marcher de front ; sans ce moyen, tout le reste est inutile. La chaleur de la nourrice, l'espèce d'incubation qu'elle exerce, sans être aussi complète que celle que peuvent pratiquer les animaux, n'en a pas moins une importance majeure, et le mouvement instinctif avec lequel l'enfant se presse contre le sein maternel prouve à quel point il s'y trouve bien.

M. *Guérard* admet cette influence salutaire, mais l'enveloppement lui semble insuffisant. Il rappelle que les vêtements n'ont par eux-mêmes aucune chaleur, qu'ils n'agissent que comme corps mauvais conducteurs, et qu'on ne réchauffe pas un glaçon en l'enveloppant. Il donne donc la préférence au bain, au moins dans la pratique civile, où ce moyen peut être employé plus facilement que dans les hôpitaux.

M. *Béhier* a employé avec avantage les bains chauds vineux.

M. *Hervieux* a employé également divers bains excitants, entre autres le bain sinapisé. Quant à la comparaison de M. Guérard entre un enfant algide et un glaçon, l'assimilation n'est pas exacte. Un enfant, même à l'état d'algidité le plus prononcé, a toujours au moins 24 ou 25 degrés de température ; ordinairement il en a 28 à 30. Il est encore au-dessus de la température moyenne de notre climat; il a donc

encore quelque chose à perdre qu'il est important de lui conserver.

M. *Guérard* n'a pas entendu donner à sa comparaison un sens absolu, il a seulement voulu rappeler que les vêtements ou le coton cardé ne donnaient pas de chaleur, et que dans le cas présent il était utile d'en donner par un moyen plus énergique.

M. *Béhier* ajoute qu'évidemment tout médecin, après avoir réchauffé un enfant algide, pratiquera l'enveloppement pour conserver la chaleur acquise.

M. *Simonot* insiste sur l'alimentation. On a oublié, dit-il, que, pendant les dix premiers jours de l'existence, l'enfant n'augmente pas de poids, et que les aliments qu'il prend sont uniquement employés à la calorification. N'y aurait-il pas lieu de donner des aliments combustibles, comme des corps gras?

M. *Guérard* croit cette opinion trop théorique et trop chimique. Il rappelle qu'après la naissance tous les enfants restent quelques jours sans prendre de nourriture, que le colostrum fourni d'abord par le sein de la mère est fort peu nutritif, et agit surtout pour évacuer le méconium. Les aliments gras seraient d'ailleurs très-difficiles à administrer à un nouveau-né.

M. *Béhier* croit que les nouveau-nés déclinent très-rapidement par la privation d'aliments ; ils deviennent jaunes, somnolents, se refroidissent et meurent par asphyxie en deux ou trois jours. C'est un moyen de tuer un enfant que certaines mères dénaturées ne connaissent que trop.

M. *Hervieux* conteste le fait que l'enfant n'augmente pas de poids pendant les premiers jours de la naissance. Il a fait depuis quelque temps un grand nombre d'expériences, le thermomètre et la balance à la main; il a réuni beaucoup de chiffres qui paraîtront bientôt dans la thèse de son interne : dès à présent, il peut certifier que, dès que l'enfant tette, il gagne d'heure en heure, à moins qu'il ne soit malade, et il augmente de 500 à 600 grammes en quinze jours. Il est vrai qu'il reperd aussi rapidement de son poids s'il est mal nourri.

— Incidemment, M. *Guérard* insiste sur l'influence qu'exerce le refroidissement brusque, et notamment le bain froid, pour produire des congestions, soit viscérales, soit périphériques. Les premières sont connues depuis l'antiquité ; pourtant il est bon de signaler un accident fatal arrivé tout récemment dans une école de natation de Paris, et un autre fait arrivé dans un établissement hydrothérapique. Il serait bon que la Société portât son attention sur cette question. Quant aux phénomènes locaux produits par l'eau froide, M. Guérard peut citer son exemple personnel. Très-habitué autrefois aux affusions froides et aux bains froids, il a dû y renoncer depuis plusieurs années, parce que l'immersion dans l'eau froide produisait subitement dans ses bras une tension extrême, avec douleur vive, algidité, rougeur sensible du tégument, en un mot, une espèce de sclérème local. L'anxiété précordiale qu'on éprouve généralement en entrant dans l'eau froide, n'est-elle pas elle-même due à une congestion subite de l'organe central de la circulation?

M. *Chauffard* a été témoin de l'accident auquel M. Guérard a fait allusion. Le jeune homme, qui n'avait pas mangé, mais s'était échauffé dans une partie d'équitation, présenta tous les signes d'une hémorrhagie cérébrale foudroyante; on a pratiqué deux saignées peu copieuses qui avaient relevé le pouls, mais ont été insuffisantes. Y a-t-il bien lieu, dans un cas pareil, de proscrire la saignée, comme on le fait maintenant, par une réaction exagérée contre les idées anciennes? M. Chauffard ne le pense pas, et croit que ce cas exigeait une saignée copieuse et immédiate.

M. *Béhier* a éprouvé des accidents analogues à celui de M. Guérard, par l'immersion dans une eau trop fraîche ; savoir, de l'urticaire, un état syncopal prolongé, une autre fois un gonflement énorme de la main. Dans une circonstance semblable, il avait vu à l'hôpital un malade mourir du tétanos, après un refroidissement notable de la main.

D^r E. Isambert.

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 24 JUIN ET DU 1^er JUILLET 1863. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

URÉTHROTOMIE. — ATRÉSIE BUCCALE CONSÉCUTIVE A LA GANGRÈNE DES PARTIES MOLLES ; GUÉRISON PAR L'AUTOPLASTIE.

M. *Perrin* a lu à la Société la relation de douze cas d'uréthrotomie observés à l'hôpital du Val-de-Grâce. De ces faits il résulte pour lui que l'uréthrotomie interne n'est nullement une méthode accessoire de la dilatation progressive, et qu'on peut, au contraire, se passer de toute dilatation antérieure ou postérieure à l'incision. Le fait même de la section restitue au canal des dimensions suffisantes pour assurer le libre exercice de la miction. Si M. Sédillot, qui suit aussi ce principe pour guide, recommande l'usage des sondes à demeure pendant les deux jours qui suivent l'opération, ce n'est point dans le but de conserver la perméabilité du canal, mais bien dans l'espoir d'obvier à l'hémorrhagie et d'empêcher la résorption urineuse. En admettant, ce que croit M. Perrin, qu'il soit opportun de passer de temps à autre un cathéter dans le canal pour assurer le résultat acquis, cette mesure préventive n'aurait encore rien de commun avec la méthode de la dilatation. Pour son compte, M. Perrin s'est abstenu de ces périodes préparatoire et complémentaire, et n'a pas moins bien réussi.

La dilatation, il est vrai, a été faite tout d'abord dans la plupart des cas, mais c'est parce qu'elle ne pouvait être supportée qu'on en est venu au débridement : ce qui permet d'apprécier la valeur de la dilatation préalable faite dans le but de rendre l'urèthre plus tolérant. En faisant usage d'une lame de 3 millimètres de hauteur, M. Perrin a pu obtenir un élargissement immédiat, capable de livrer passage à des dilatateurs de 6 à 8 millimètres. L'élargissement est donc hors de proportion avec la profondeur de l'incision. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce que l'on observe après la section ou la rupture du sphincter dans les cas de fissure anale. On ne peut comprendre autrement la persistance, au moins temporaire, des résultats fournis par l'incision sans dilatation consécutive.

Les rétrécissements dans lesquels l'élément spasmodique est très-actif, sont ceux qui se trouvent le mieux de l'uréthrotomie ; c'est le contraire pour les rétrécissements cicatriciels.

Jusqu'à présent M. Perrin n'a revu que trois de ses opérés. Chez l'un, les accidents s'étaient reproduits au bout d'une année ; chez les deux autres, observés, l'un après quatorze mois, et l'autre après six mois, la guérison s'était à peu près maintenue.

L'uréthrotomie n'est pas plus exempte de récidive que tout autre moyen de traitement, mais elle est beaucoup plus prompte dans ses résultats immédiats. M. Perrin est loin toutefois de repousser la dilatation, et croit qu'il faut traiter par les bougies exclusivement les rétrécissements pour lesquels le cathétérisme est facilement supporté et peut être continué sans entraves. Il y a au contraire des cas dans lesquels la dilatation ne remédie pas aux effets de la rétention, aggrave l'état des voies urinaires, provoque du ténesme, des abcès uréthraux, des néphrites, des accès de fièvre grave, des accidents nerveux, etc.; dans ces cas, et ils sont nombreux, la dilatation doit-elle être continuée quand même, ou bien doit-on recourir à l'incision? M. Perrin n'ose pas résoudre cette question, bien que dans sa pratique il n'ait pas hésité à se décider pour l'uréthrotomie.

Il est nécessaire, pour juger des dangers de l'uréthrotomie, de tenir compte du procédé employé. Avec les incisions très-

profondes, les accidents, soit locaux, soit généraux, ont été manifestement graves, fréquents, malgré un nombre restreint d'applications. Par l'incision rétrograde, le débridement est moins profond et les accidents sont moins redoutables ; cependant on observe encore très-souvent des accidents sérieux de résorption urineuse. Par l'incision antéro-postérieure, au contraire, avec des lames de 3 à 4 millimètres, les accidents graves ne sont plus que de très-rares exceptions, et les signes de résorption se réduisent à quelques accès de fièvre sans importance qui pourraient bien être la conséquence du traumatisme.

M. *Trélat* s'est défendu d'avoir pratiqué l'uréthrotomie, alors qu'elle n'était pas indiquée, chez un malade en voie de guérison par la dilatation. L'urèthre, il est vrai, admettait des bougies de 6 millimètres; mais il était devenu d'une irritabilité extrême. Une prostatite suraiguë s'était déclarée. L'orage une fois calmé, M. Trélat trouva une valvule qu'il incisa par deux fois, et dès lors la sensibilité et la douleur disparurent pendant le cathétérisme comme pendant la miction. C'est donc ici la méthode inoffensive, la dilatation, qui a causé les accidents, et la méthode dangereuse qui les a fait cesser.

A part l'hémorrhagie, qui devient de plus en plus rare, et qui depuis bien longtemps n'a fait périr aucun malade, M. Trélat ne voit guère de complication accidentelle que l'uréthrotomie ne puisse renvoyer à la dilatation. La statistique présentée par M. Trélat n'est pas fondée, comme l'a dit M. Morel-Lavallée. Sur des renseignements oraux sans précision et sans contrôle, elle s'appuie sur 109 faits empruntés à M. Sédillot, à M. Gosselin et à M. Dolbeau. Sur ces 109 uréthrotomies, il y a eu 7 morts, c'est-à-dire 6,4 pour 100. Mais si à ces faits on ajoute les 13 cas de M. Perrin, et les 12 opérations de M. Demarquay, les unes et les autres sans un seul mort, le chiffre de la mortalité calculé alors sur un total de 134 cas descend à 5,1 pour 100, résultat que M. Morel ne peut contester, et qui pourtant est destiné, comme l'espère M. Trélat, à être remplacé dans l'avenir par un résultat encore plus favorable. S'il est vrai que l'uréthrotomie ait été peu heureuse à ses débuts, aujourd'hui la pratique de cette opération se régularise, s'améliore, et ce n'est pas le moment de reculer devant cette utile méthode par une peur exagérée et systématique.

M. *Boinet* a fait cinq uréthrotomies avec un instrument fabriqué sur ses indications, n'a pas eu à regretter d'accidents, et n'a observé même aucune récidive.

M. *Désormeaux* n'a pris note que de ses dix dernières opérations. Dans ces dix cas, il n'a eu aucun accident. Aussi se déclare-t-il assez partisan de l'uréthrotomie, qu'il considère, du reste, comme la seule méthode applicable à ces rétrécissements en quelque sorte élastiques, qui se reproduisent très-facilement après avoir été dilatés, et à ceux qui, étant durs, fibreux, étroits, ne cèdent que très-lentement à la dilatation, et souvent à la condition d'inflammations qui obligent à suspendre le traitement.

M. *Marjolin* croit que la dilatation bien faite, continuée avec prudence et avec ménagement, doit rester la méthode générale; pour lui, il n'a fait qu'une seule uréthrotomie depuis 1832, et il borne les indications de l'uréthrotomie aux rétrécissements traumatiques et aux valvules de l'urèthre.

M. *Chassaignac* regrette qu'on ne tienne pas assez compte, dans cette discussion, du procédé d'uréthrotomie employé. Il voudrait qu'on parlât de malades suivis pendant longtemps, et qu'on dît si c'est aux grandes ou aux petites incisions qu'on les a soumis. M. Chassaignac paraît, du reste, partisan exclusif de la dilatation. Pour lui, la dilatation est toujours possible, car il n'admet pas de rétrécissements infranchissables, et croit qu'on peut toujours faire passer une bougie dans un urèthre où passe l'urine. Enfin les accidents de la dilatation ne sont que temporaires, et, à son avis, un chirurgien prudent sait les éviter.

Sur la demande de M. *Forget*, M. Reybard dit qu'il a pratiqué 14 fois son procédé d'uréthrotomie superficielle, et qu'il a obtenu 14 guérisons sans accidents. Ce procédé consiste, comme on sait, à inciser superficiellement les rétrécissements qui sont eux-mêmes peu étendus et peu profonds, et à dilater ensuite largement l'urèthre *une seule fois*. Ce procédé a été décrit par l'auteur dans la GAZETTE MÉDICALE (1862). Dans l'uréthrotomie profonde, procédé que M. Reybard réserve aujourd'hui aux rétrécissements profonds, qui occupent toute l'épaisseur des parois de l'urèthre, ce chirurgien a eu assez souvent des accidents, mais il déclare n'avoir perdu qu'un malade sur 70 opérés.

M. *Michel* (de Strasbourg) a adressé à la Société l'observation d'une double opération d'autoplastie faite dans les conditions suivantes :

La petite malade, âgée de dix ans, avait été atteinte, à l'âge de quatre ans, d'une gangrène spontanée de la bouche qui avait détruit les deux lèvres, une partie des joues et une portion de la surface mentonnière de l'os maxillaire inférieur. Dans cet état, l'enfant pouvait à peine écarter les mâchoires pour y introduire l'extrémité de son petit doigt; elle ne s'alimentait qu'avec de la bouillie ou de la panade, qu'elle poussait entre ses dents avec le bout du doigt, et dont la plus grande partie s'écoulait au dehors.

Dans une première opération, faite le 15 octobre 1858, M. Michel tailla de chaque côté de l'orifice buccal deux lambeaux verticaux qu'il releva du côté de la ligne médiane, de telle façon que leur bord inférieur horizontal devint interne et vertical, et ces deux bords furent réunis par trois points de suture entrecoupée.

La partie du tissu cicatriciel de la région mentonnière qui touchait le bord inférieur des lambeaux fut avivée, afin d'établir un moyen d'union entre elle et la face disséquée des lambeaux. Cette première autoplastie ayant réussi, la bouche s'ouvrait un peu plus aisément, mais la malade mâchait toujours très-difficilement, et la salive coulait encore au dehors.

Un an plus tard, le 10 septembre 1859, M. Michel fit une seconde opération ayant pour but d'agrandir l'orifice buccal, de constituer, par la dissection et le glissement de la muqueuse, les commissures et le bord libre de la lèvre inférieure, et d'établir une rigole entre cette lèvre et l'arcade dentaire pour mettre un obstacle à l'écoulement de la salive. L'autoplastie, faite avec la muqueuse, ne fut pas le seul moyen qu'il employa pour maintenir la lèvre inférieure isolée du maxillaire. Entre les deux lambeaux qu'il détacha de nouveau, il conserva un pont de leur propre substance sur la ligne médiane, les fit passer par-dessus cette partie médiane conservée, les éleva au niveau du bord libre des dents, et les réunit entre eux avec trois points de suture métallique. Cette interposition d'une portion de peau intacte entre l'os et la surface saignante des lambeaux eut bien pour résultat d'empêcher de nouvelles adhérences, mais la muqueuse buccale n'ayant pu être amenée jusque sur la ligne médiane, la nouvelle lèvre présente en ce point une échancrure qui laisse les deux incisives moyennes découvertes. Les autres dents, qui étaient visibles avant les opérations, sont recouvertes aujourd'hui, et leur déviation s'est corrigée. M. Michel n'a pas encore touché à la lèvre supérieure, mais le résultat acquis aujourd'hui depuis cinq ans est déjà très-satisfaisant, puisque l'enfant peut, comme elle le dit, manger comme tout le monde.

Dr P. CHATILLON.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Nécroscopie d'une femme morte à la suite de maladie bronzée d'Addison, par M. le docteur Van den Corput.

Obs. — Cette femme, âgée de trente-sept ans, ménagère, qui s'était présentée vers la fin du mois d'août dernier à la consultation gratuite de l'hôpital Saint-Pierre, accusant des douleurs épigastriques avec amaigrissement et coloration brune de la peau, fut admise à l'hôpital et traitée pour une maladie bronzée d'Addison.

Sa mort, qui arriva brusquement le 30 novembre suivant, vint confirmer le pronostic funeste qui, dès l'abord, avait été formulé.

L'autopsie fut pratiquée trente-deux heures après la mort.

Aspect général du corps amaigri. La coloration brune caractéristique de la peau, qui semble un peu moins tranchée que pendant la vie, est plus prononcée à la face, au dos des mains, au pourtour des mamelons, aux aisselles, dans le sillon des fesses et vers l'ombilic. Il n'existe pas de traces de décoloration ou d'achromie partielle sur aucune partie du corps. La muqueuse buccale présente au niveau des dents et le long du raphé palatin une succession de taches irrégulières, arrondies, d'un brun légèrement bleuâtre, de l'étendue d'un grain de millet à celle d'une lentille. Quelques taches semblables se remarquent à la partie interne des grandes lèvres.

La cavité abdominale, ouverte la première, laisse voir l'épiploon chargé de graisse; pas de traces d'hyperchromie sur le péritoine; intestins pâles, exempts, ainsi que les ganglions mésentériques, de tubercules.

Les capsules surrénales, examinées tout d'abord, présentent un volume au moins triple de l'état normal. Leur forme est plutôt arrondie que triangulaire. Elles sont de consistance plus dure et bosselées à leur surface, qui est d'un rouge foncé. Le tissu cellulaire qui les entoure est très-injecté de sang et comme infiltré. Les veines qui en émergent sont volumineuses et gorgées de sang noir.

Incisés suivant leur plus grand diamètre, ces organes montrent leur cavité farcie de masses tuberculeuses jaunâtres, irrégulièrement juxtaposées, et de la grosseur d'un pois à celui d'une fève. Quelques-unes sont en voie de ramollissement à leur centre. La substance corticale des capsules est épaissie et hypérémiée, d'un rouge brun; la substance médullaire paraît entièrement remplacée par les infarctus tuberculeux. La capsule droite est plus volumineuse que la gauche. Son poids est de 30 grammes, celui de la gauche de 26 grammes.

Le poumon gauche présente à son sommet un tubercule crétacé unique, formé de matière calcaire très-dure, irrégulier, du volume d'un petit pois. La plèvre viscérale droite adhère vers le sommet, en quelques points, à la plèvre costale, mais sans traces de tubercules. Il n'existe pas non plus d'épanchement ni de l'un ni de l'autre côté.

Les deux poumons présentent à leur surface une couleur vineuse ardoisée, parsemée de points et d'arborisations noirâtres. A la coupe, ils offrent vers la base les caractères de l'hypostase. Dans toute leur étendue se rencontrent des infarctus nombreux de matière mélanique irrégulièrement déposée sous forme de petites masses, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois. Quelques-uns de ces dépôts offrent une certaine dureté au toucher et au scalpel.

La même matière presque pure infiltre les ganglions bronchiques, dans lesquels elle semble s'être condensée.

L'analyse microscopique fait reconnaître, dans les masses jaunâtres qui remplissent les capsules surrénales, les éléments attribués à la matière tuberculeuse : des corpuscules polyédriques à angles mousses, accompagnés d'une matière amorphe finement granulée et de quelques globules de graisse.

Le sang, et particulièrement celui de la rate, offre quelques corpuscules pigmentaires libres nageant entre les globules, ainsi que quelques leucocytes.

La muqueuse buccale laisse voir la couche profonde de l'épithélium infiltrée de matière pigmentaire d'un brun roussâtre, légèrement granulée.

La peau présente des granulations pigmentaires d'un brun roux, analogues à celles de la muqueuse; mais elles offrent ceci de particulier, qu'elles se trouvent déposées dans les cellules qui recouvrent les papilles du derme, de telle sorte que, par une coupe transversale, elles apparaissent disposées sous forme d'anneaux plus ou moins allongés ou d'arcs de cercle d'une parfaite régularité, tandis que, sur une coupe perpendiculaire, elles se montrent disposées en cônes plus ou moins parfaits.

Les ganglions bronchiques sont infiltrés de matière pigmentaire anthracoïde, répandue en masses autour des cellules. Cette matière, irrégulièrement granuleuse, d'un noir foncé, n'est pas sensiblement attaquée sous le verre du microscope par les acides sulfurique, azotique ou acétique concentrés, non plus que par l'ammoniaque caustique. L'acide acétique produit lentement la dissociation des corpuscules mélaniques. L'acide azotique, au contraire, semble les agglomérer en masses d'un noir opaque à bords jaunâtres.

Dans les poumons, la matière pigmentaire se présente en corpuscules charbonneux libres, répandus dans le tissu cellulaire intervésiculaire, ou irrégulièrement réunis par petits amas analogues à ceux des ganglions bronchiques, mais généralement moins denses. Au voisinage de ces dépôts, les vésicules pulmonaires disparaissent et semblent atrophiées.

Des corpuscules pigmentaires libres se rencontrent dans la substance du foie, disséminés entre les cellules hépatiques, mais nulle part réunis en glomérules.

La substance grise du cerveau présente également un assez grand nombre de ces mêmes corpuscules. (*Annales de la Société anatomo-pathologique de Bruxelles*, vol. II, 1er fascicule, 1863.)

Valeur des purgatifs dans le traitement de la dysentérie, par M. Delioux de Savignac.

Dans ce travail, où l'auteur examine la valeur de diverses médications purgatives, nous ne relèverons que ce qui concerne l'emploi, généralement assez mal entendu, du calomel.

Ce médicament s'emploie dans le traitement de la dysentérie de deux manières principales : soit à dose plus ou moins considérable, consommée en une seule prise ou par prises rapprochées, soit à dose minime et divisée, selon la méthode de Law.

Dans le premier cas on prescrit, terme moyen, 1 gramme de calomel, qui s'administre en bloc, mais qu'il est mieux de partager en trois ou quatre prises, lesquelles se prennent par quart d'heure ou demi-heure d'intervalle. Dans une épidémie de dysentérie qui sévissait à Gibraltar en 1812, M. Amiel, médecin de l'armée anglaise, porta la dose de calomel à 2 grammes par jour, en une seule prise, matin et soir, et obtint en peu de jours de remarquables guérisons.

Dans le second cas, on prescrit 5 centigrammes de calomel, que l'on divise en dix paquets, lesquels sont pris d'heure en heure; c'est là ce que l'on connaît en thérapeutique sous le nom de *méthode de Law;* l'auteur lui préfère un autre procédé, qui consiste à fractionner 20 à 30 centigrammes de ce médicament en paquets de 25 milligrammes, que l'on administre comme précédemment, d'heure en heure. Cette préparation lui a paru (avec raison, croyons-nous) moins exposée à la salivation.

Lorsque, après l'ipéca d'abord, et ensuite après les purgatifs doux, sels neutres, manne ou huile de ricin, on ne sera pas parvenu à modifier dans leur quantité, et surtout dans leur nature, les évacuations intestinales, alors, mais alors seulement, dit l'auteur, on pourra songer au calomel. Son indication se trouve particulièrement dans la dysentérie à forme inflammatoire, où les évacuations conservent avec opiniâtreté le caractère mucoso-sanguinolent. L'usage du médicament, en tout cas, ne doit pas être prolongé au delà de deux, trois ou quatre jours, et, lorsque l'on emploie les grandes doses, une ou deux suffisent d'ordinaire pour amener la modification désirée dans les évacuations.

Le calomel est donc indiqué lorsqu'il y a lieu de faire un appel énergique à la sécrétion biliaire opiniâtrément suspendue; tel est le cas des selles persistantes composées de mucus et de sang, sans fécalisation apparente, sans trace de bile, avec épreintes et ténesme. Il convient beaucoup moins quand la sérosité prédomine dans les évacuations; il est contre-indiqué quand celles-ci sont franchement bilieuses, dans la forme bilieuse par conséquent.

Dans les mêmes circonstances où nous venons de voir le calomel pur indiqué, M. Délioux fait souvent usage d'un mélange de calomel et de rhubarbe, en y adjoignant un peu d'opium ; il n'en a jamais vu résulter une salivation sérieuse. Il emploie ordinairement les proportions suivantes : calomel, 50 centigrammes; rhubarbe, 2 grammes; opium 3 à 5 centigrammes; — pour 15 pilules, qu'il donne à doses rappro-

chées ou filées, selon les cas. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 mai 1863.)

Les cantharides, altérées ou non, peuvent-elles déterminer le charbon ?

Ce titre n'exprime pas très-exactement la question en litige; car voici de quoi il s'agit. Dans le département de l'Allier, un individu fut atteint d'un charbon malin, développé immédiatement après l'application d'un emplâtre cantharidé et sur le lieu même occupé par le vésicatoire. Avertie du fait, l'autorité chargea M. le docteur Mignot (de Chantelle), de lui en faire un rapport. M. Mignot conclut, non que la cantharide par elle-même, qu'elle eût ou non subi une altération, pût faire naître, par son action sur la peau, un charbon malin, mais que l'insecte pouvait s'être arrêté sur un animal charbonneux, y avoir puisé le virus et en être resté en quelque sorte dépositaire jusqu'au moment où il a été employé comme topique.

Les objections que soulève cette manière de voir n'ont pas échappé aux membres de la Société de Gannat. Étant accordé qu'il s'agissait d'une tumeur vraiment charbonneuse et non d'un anthrax gangréneux, qui peut avoir pour point de départ l'application de n'importe quel topique irritant, il reste encore contre l'explication de M. Mignot des présomptions assez graves. On a fait remarquer que la cantharide n'a pas le goût des sucs putrides, comme les mouches qu'on accuse de transporter d'individu à individu le virus charbonneux ; on sait en effet qu'elle se nourrit du suc de fleurs odoriférantes, comme les fleurs de camomille et de millefeuille. On a plus vivement appuyé encore, et avec moins de raison, suivant nous, sur la préparation que doivent subir les cantharides avant d'être employées comme poudre vésicante, et qui auraient pour effet de détruire le virus. Les cantharides sont desséchées presque toujours au soleil, et, quand elles le sont à l'étuve, ce n'est jamais à la température de 80 ou 100 degrés, qui serait nécessaire pour détruire la substance virulente. On ne serait même pas bien fondé à arguer de la putréfaction probable du virus mêlé à la poudre, puisqu'on ne dit pas si cette poudre était ancienne, et qu'on a vu des peaux d'animaux charbonneux transportées à de grandes distances, conservées en magasin, garder la propriété de transmettre le charbon.

Ces remarques n'ont d'autre but que de sauvegarder les principes en une matière qui intéresse très-sérieusement la santé publique et parfois, comme on vient de le voir, la médecine légale. Nous n'en regardons pas moins comme dénuée de preuves suffisantes l'opinion du médecin de Chantelle. Quant à savoir comment, en définitive, le charbon a pu se former sur le malade dont il s'agit, on a émis la supposition qu'une mouche chargée de virus avait pu s'arrêter sur la peau du sujet pendant le pansement. Une interprétation plus simple serait d'admettre que le développement du charbon a été spontané ; car s'il paraît avéré que la pustule maligne est toujours communiquée, il ne l'est pas moins que le charbon proprement dit peut naître spontanément. (*Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat*, travaux de l'année 1860-1861.)

Préparation du citrate de magnésie, par M. de Letter, pharmacien à Bruxelles.

Le procédé suivant a donné à M. de Letter du citrate de magnésie complétement soluble dans l'eau froide, et qui conserve cette propriété indéfiniment. On sait que, par les procédés ordinaires, la solution du sel purgatif n'est pas stable, ce qui est, dans la pratique, un inconvénient réel.

Acide citrique.................	20
Magnésie blanche.............	12

On pulvérise d'abord l'acide et l'on y mélange intimement la magnésie. On abandonne le tout à la température ordinaire pendant quatre à cinq jours ou jusqu'à ce qu'il ne se manifeste plus de réaction, ce dont on peut s'assurer en projetant une petite portion du mélange dans l'eau ; on voit alors s'il n'y a presque plus dégagement d'acide carbonique. Pendant la réaction, la poudre se boursoufle, et prend peu à peu l'aspect d'une masse spongieuse. On dessèche celle-ci à une température d'environ 30 degrés, on pulvérise et l'on conserve la poudre dans des bocaux fermant exactement.

D'après M. de Letter, ce qui contribue, dans ce procédé, à conserver la solubilité du citrate, c'est l'absence de l'eau dans la préparation, dont une trop grande quantité favorise le passage du sel à la variété insoluble. La lenteur avec laquelle s'opère la réaction due à ce défaut d'intervention directe de tout véhicule empêche l'élévation de la température, et c'est ce qu'on doit, avant tout, chercher à éviter dans la préparation du citrate de magnésie solide. (*Journal d'Anvers.*)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire naturelle de la syphilis; leçons professées à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris en mars 1863, par M. le docteur P. Diday. 1 vol. in-8°, 276 pages. Paris, Asselin, 1863.

En venant à Paris professer un cours d'histoire naturelle de la syphilis, M. Diday a fait un acte qui mérite d'être appelé courageux. Surmonter les objections de ses amis, affronter la concurrence de la Faculté de Paris, affronter des juges déguisés en étudiants, des rivaux embusqués dans la foule, un auditoire inconnu, curieux, complexe, voilà certainement ce qui exigeait un esprit fortement trempé, voilà ce que peu de gens oseraient imiter. J'ajoute que M. Diday a eu l'honneur d'ouvrir une voie. Il a inauguré l'enseignement libre des professeurs de province à l'École pratique. Partir de Lyon chaque semaine pour aller à Paris faire sa leçon, c'est assez piquant comme bienfait nouveau des chemins de fer. Avez-vous, par vos recherches ou vos expériences, éclairé quelque large horizon de la science ? Espérez-vous devenir l'initiateur d'un progrès ? espérez-vous dégager une série d'idées lentement fécondées, péniblement nées, et maintenant à demi-asphyxiées par la polémique ? arrivez de tous les points de la France, approchez, la chaire est déblayée, la parole vous est cédée par M. Diday. Le persévérant défenseur du concours, du concours qui est le suffrage compétent appliqué à l'élection des professeurs, s'est présenté, s'est dévoué comme volontaire de la parole et de la liberté de l'enseignement. Grâces lui soient rendues ! Sa fière aventure n'a peut-être été jugée à Paris qu'en raison du succès immédiat; à nous, médecins de province, il appartient d'en apprécier la portée réelle. C'est lui qui, le premier, nous a ouvert la lice, et désormais qui voudra (c'est-à-dire qui *pourra* et voudra), n'aura qu'à suivre son exemple pour s'affirmer collègue des professeurs les plus écoutés.

Je n'ai pu assister aux leçons ; j'en ai bien lu quelques comptes rendus que le professeur s'est hâté de désavouer, et quelques critiques qu'il a déclarées précipitées ou mal informées; mais aujourd'hui j'ai le livre. Eh bien ! je dirai que, depuis le célèbre enseignement de M. Ricord, jamais une pareille abondance de faits, jamais d'aussi lumineuses théories ne s'étaient produites dans le champ laborieusement exploité de la syphilographie. Etiologie, symptomatologie, thérapeutique, tout est examiné à un point de vue nouveau, tout reçoit d'abondants rayons de lumière. Est-ce à dire que M. Diday se place au premier rang des syphilographes? Mon Dieu! je me trompe peut-être, mais c'est mon opinion.

L'ouvrage commence par un hymne à M. Ricord... «Il n'a » fallu rien moins que les efforts, que les persévérants travaux, » que le génie de Ricord. Ricord! un vrai chef d'école, un nom » qu'on ne saurait laisser passer sans lui payer l'hommage de » vingt générations de disciples reconnaissants! Partout où

» s'élève une chaire de syphilographie, absent ou présent, » Ricord a sa place marquée entre le maître et les auditeurs, » car nous lui devons tout... »

Je constate avec plaisir ce chaleureux panégyrique, car j'avais entendu accuser M. Diday d'ingratitude. Eh oui! il est ingrat, comme M. Ricord lui-même l'a été pour Hunter; il est ingrat, comme l'observation, l'expérience, le mieux, le progrès. Un inventeur est toujours ingrat pour quelqu'un.

Les proportions d'un article de journal ne me permettent guère de discuter les propositions émises par M. Diday, auxquelles, d'ailleurs, je n'aurais à opposer que quelques objections de détail; je préfère me renfermer dans les limites modestes d'un compte rendu. Voici donc résumées en vingt-huit propositions les doctrines que l'auteur prétend vulgariser.

I. Il y a deux sortes de lésions vénériennes ulcéreuses :

1° Le *chancre* (*syphilitique*) proprement dit, appelé aussi chancre infectant, induré, syphilitique;

2° La *chancrelle* (*non syphilitique*), appelée aussi chancre simple, non infectant, mou, local.

II. La lésion syphilitique, apparaissant au point par où le virus a pénétré, offre, selon les cas, une grande diversité dans sa marche et dans ses caractères objectifs.

III. L'évolution et surtout l'intensité, ainsi que la durée de la syphilis, sont extrêmement variables.

L'emploi des spécifiques, du mercure, n'est pas nécessaire chez tous les syphilitiques.

IV. Le traitement spécifique le plus hâtif, le plus régulier, le plus complet, le mieux toléré, ne peut répondre d'opérer, en quelque espace de temps que ce soit, la cure *radicale*.

V. Les récidives sont, non pas un accident, un contre-temps, qui suppose un tort du médecin ou du malade, mais bien un effet *ordinaire*, *prévu*, de la marche régulière de la maladie.

VI. Non traitée par les spécifiques, la syphilis, dans la majorité des cas, guérit, et elle ne passe à l'état tertiaire que dans des circonstances déterminées.

VII. On observe des *véroles fortes* et des *véroles faibles*. Les véroles faibles, dont le nombre est supérieur, peuvent guérir sans le secours des spécifiques.

VIII. Les influences d'où dépend le degré d'intensité de la vérole sont de deux ordres : 1° l'influence du virus ou de la *graine*; 2° l'influence de l'organisation du sujet ou du *terrain*.

IX. Le virus s'atténue : 1° par le nombre des transmissions; 2° par son mode de pénétration dans l'organisme. La circonstance de l'hérédité n'est pas seulement une cause qui aggrave le mal pour le fœtus qui en est atteint; elle constitue un agent de renforcement de la syphilis envisagée à travers les âges et les individus. Elle joue le rôle d'un cow-pox. 3° Par sa diffusion dans l'organisme (c'est-à-dire que les lésions secondaires transmettent une syphilis moins forte que ne l'eût transmise la lésion primitive).

X. Le virus *agit diversement* : 1° selon les antécédents syphilitiques personnels ou héréditaires du sujet; 2° selon sa constitution et sa santé antérieure à l'infection; 3° selon son tempérament, son âge, son sexe.

XI. Le pronostic de la syphilis peut être établi pour le praticien d'après des considérations tirées : 1° de la cause contaminante (lorsqu'il est possible de la reconnaître et de l'examiner); 2° de la durée de la première incubation; courte (douze jours en moyenne), la première incubation autorise un pronostic plus grave que lorsqu'elle est longue (vingt-six jours en moyenne); 3° de la lésion primitive elle-même : l'*érosion chancriforme*, chancre parcheminé de Ricord, est une atténuation du *vrai chancre syphilitique*, et autorise un pronostic moins grave; 4° de la durée de la deuxième incubation, c'est-à-dire de la période qui s'écoule entre le début de la lésion primitive et l'invasion des symptômes généraux; 5° de l'alopécie, dont l'intensité est en rapport avec l'état chloro-anémique qui caractérise les prodromes de la syphilis secondaire; 6° de la première syphilide : la roséole simple, dont la durée se borne à douze ou quinze jours, permet d'espérer la cure spontanée; les syphilides papuleuses, squameuses, vésiculeuses ou pustuleuses et les macules, rendent nécessaire l'usage des mercuriaux et des autres spécifiques; 7° de l'*adénopathie* : l'adénopathie, inséparablement liée à l'infection, en est la conséquence et le meilleur indice (elle peut persister comme dernier vestige d'une syphilis définitivement guérie); 8° enfin, des *poussées successives*, qu'on a appelées à tort des *récidives*. Les poussées sont moins nombreuses, et séparées les unes des autres par de plus longs intervalles, dans les cas de véroles faibles que dans les cas de véroles fortes; ainsi, la moyenne du temps écoulé entre la première et la deuxième poussée a été de cent trois jours pour les véroles faibles, et de quarante jours pour les véroles fortes.

XII. La syphilis est une intoxication, et non pas une diathèse; donc la syphilis est essentiellement curable, et curable spontanément; car toute intoxication guérit d'elle-même, à condition que l'organisme ait assez de force et assez de temps pour éliminer le poison. Dix-huit observations de syphilitiques, dont la guérison remonte (à partir de la disparition du dernier accident syphilitique observé) à trois ans et demi au moins, la plus ancienne guérison remontant à seize ans, démontrent la réalité des cures sans spécifiques.

XIII. L'emploi du mercure a des inconvénients sérieux : 1° le ptyalisme, 2° la dyspepsie, 3° le tremblement, 4° peut-être la folie mercurielle. D'ailleurs, le mercure est débilitant, et la syphilis s'accompagne de chloro-anémie.

XIV. Le mercure est quelquefois dangereux et souvent impuissant : 1° impuissant comme préventif des accidents généraux (57 observations); 2° impuissant comme préservatif des récidives (41 observations); 3° impuissant comme curatif de certaines lésions syphilitiques.

XV. Il est possible de discerner à temps les syphilis *susceptibles de guérir sans mercure.*

XVI. L'innocuité de l'ajournement du mercure a été souvent constatée, lorsque l'incertitude du diagnostic avait engagé à s'abstenir de tout traitement spécifique.

XVII. Le traitement sans mercure est plus expéditif et plus sûr.

XVIII. Contre le *chancre induré*, donnez le mercure (une ou deux pilules de protoiodure à 0,5 par jour); contre l'érosion chancriforme, pas de traitement interne. Dans les cas douteux, expectation jusqu'à ce que les caractères se dessinent.

XIX. Le vrai spécifique des accidents prodromiques (céphalées, douleurs rhumatoïdes, chloro-anémie) est l'iodure de potassium ou de sodium, à la dose de 1 à 2 grammes pendant une quinzaine de jours. Les ferrugineux sont toujours nécessaires; le quinquina, souvent utile.

XX. *Première poussée* : A roséole, expectation; — à syphilide vésiculeuse, squameuse, pustuleuse, mercure; — à syphilide papuleuse, expectation, mais surveillance. La présence des plaques muqueuses et leur aspect variable ajoutent peu à ces éléments de l'indication thérapeutique.

XXI. *Deuxième poussée* : Une deuxième poussée, constituée par une éruption de même caractère ou de caractère plus bénin que la première, doit faire ajourner le mercure ou même le contre-indiquer définitivement.

Les éruptions précédemment spécifiées, la dysphonie syphilitique, l'iritis syphilitique, l'onyxis, exigent le protoiodure.

L'albuginite indique les iodures en même temps que les mercuriaux.

L'onyxis et les squames plantaires et palmaires indiquent les topiques mercuriaux, en même temps que le protoiodure à l'intérieur.

XXII. Quant à la durée du traitement mercuriel, elle doit être suffisante pour guérir la lésion actuelle, et en général se prolonger ensuite autant de temps que cette lésion en a mis à disparaître. (C'était la pratique de Dupuytren.)

XXIII. Point de traitements dits *de précaution*, dirigés contre des lésions qui n'existent pas et n'existeront peut-être jamais.

XXIV. Dans le traitement de la syphilis, l'hygiène doit remplir un rôle capital.

XXV. Il faut ramener ou maintenir les forces organiques au niveau nécessaire pour réaliser l'élimination du virus : voilà l'indication essentielle. On la remplit par la médication dite *tonique reconstituante*, savoir : 1° par une alimentation substantielle essentiellement réparatrice, régulière, accompagnée de bon vin et de quelques stimulants; 2° par la respiration d'un air pur, les promenades journalières à la campagne, un exercice musculaire convenable et une exquise propreté; 3° par un sommeil régulier, complet, réparateur; 4° par l'habitation d'un appartement sec, exposé au soleil, ou le changement de résidence; 5° par une vie calme, régulière, une continence modérée; 6° par la prohibition du tabac, car le tabac entretient et propage la vérole : il l'entretient, car les plaques muqueuses ne guérissent pas tant que le malade fume; il la propage, car un tuyau de pipe peut transmettre le virus.

XXVI. La syphilis tertiaire n'est pas une période de la syphilis; c'est la syphilis qui, d'intoxication, est devenue diathèse, qui, de l'état essentiellement transitoire, a passé à l'état essentiellement permanent. Elle n'est pas contagieuse; elle est due à la force du virus ou au défaut de résistance de l'organisme, le plus souvent à l'influence des excès ou des privations.

XXVII. La syphilis tertiaire est réfractaire à la thérapeutique comme les diathèses herpétique, rhumatismale...

XXVIII. Ici le mercure échoue à peu près invariablement; l'iode est un palliatif admirable, c'est le traitement hygiénique qui offre les meilleures ressources contre la syphilis tertiaire.

— On voit, d'après cette analyse, que l'œuvre de M. Diday apporte une foule d'aperçus nettement précisés, ingénieux et neufs, une théorie complète avec sa justification expérimentale.

Les contradictions, les mécomptes de la pratique, vont devenir plus rares; les faits seront mieux observés, mieux interprétés; l'intervention médicale deviendra plus sûre, plus utile, plus honorable. Tels sont les services que les praticiens recevront de ce livre, substantiel résumé de recherches sagaces et de profondes réflexions.

Si j'osais donner un conseil à l'éminent écrivain qui rédige avec un succès incontesté la GAZETTE MÉDICALE de Lyon, je lui dirais : Ne croyez pas que la syphilographie exige le style du feuilleton; gardez-vous de suivre l'exemple de quelques-uns de vos prédécesseurs, qui ont gâté le goût de la jeunesse par une pathologie spéciale assaisonnée de lazzi et de gaudrioles. Pour le médecin, tout est grave dans les maladies vénériennes, dans la prostitution, dans la débauche comme dans les autres misères de l'humanité; s'il fait rire en les décrivant, que ce soit malgré lui. C'est une erreur de penser qu'on fait son chemin dans la science par autre chose que par les découvertes sérieuses. Croyez-en un sincère admirateur de votre talent; secouez les vieilles traditions de ce théâtre-là. Rire, à propos du concubinage, à propos du chancre, du pus, de la plaque muqueuse, dans l'estaminet, c'est de la vie privée, je n'ai rien à y voir; mais dans la chaire du professeur, jamais! mais dans le livre scientifique, jamais! Tout l'atticisme du monde ne saurait sauver l'inconvenance d'une sarabande où Priape tâcherait d'entraîner et de faire danser Hippocrate. Les bons mots, la chronique scandaleuse, le néologisme goguenard, n'ont pas empêché Ricord d'enfoncer les portes de l'Académie de médecine, c'est vrai, et j'en suis content; mais d'où vient qu'il n'est pas ailleurs?

J. JEANNEL,

Professeur de thérapeutique et de matière médicale à l'École de médecine de Bordeaux.

VII

VARIÉTÉS.

SYPHILISATION. — On lit ce qui suit dans le journal politique de Christiana, le MORGENBLAD, du 9 juillet 1863 :

« A l'invitation du professeur W. Boëck, les docteurs Steffens, Egebert et Voss ont formé une commission pour suivre les expériences sur le traitement de la syphilis par la syphilisation, et constater les résultats obtenus par cette méthode. »

Ces messieurs ont rempli leur mission depuis le mois de février de l'année 1846 jusqu'au commencement de l'année 1859, en visitant régulièrement les services de l'hôpital où ces expériences ont été faites. Le dernier numéro du NORSK MAGAZIN FOR LAGEVIDENSKABEN (juin 1863) publie le rapport présenté par cette commission à la Société médicale. Nous reproduisons les conclusions de ce rapport :

« D'après tout ce que nous venons de dire, nous regardons la syphilisation comme une méthode curative meilleure que la dérivation, et, quoique nous ne puissions pas affirmer que la syphilis soit toujours complétement guérie par cette méthode, nous déclarons unanimement que nous ne connaissons aucun traitement qui produise plus ou même autant d'effet que la syphilisation contre les cas secondaires de syphilis chez les personnes qui n'ont pas été préalablement traitées par le mercure. »

— Le concours pour la place de chef de clinique d'accouchements a lieu en ce moment. Les juges sont : MM. Depaul, Jobert (de Lamballe), Laugier, Nélaton et Velpeau; M. Malgaigne, *juge suppléant*. Les candidats sont MM. Bailly et Gueniot.

— Deux emplois de médecin de colonisation sont vacants dans la province de Constantine (Algérie).

— M. le docteur Crocq, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de l'université de Bruxelles, vient d'être nommé professeur ordinaire par le conseil d'administration.

— La médecine lyonnaise vient de perdre l'un des hommes qu'elle pouvait, avec le plus d'orgueil, montrer comme un exemple de sa fécondité et de sa force. M. le docteur Fr. Devay a succombé, le 8 juillet, avec la sérénité de l'homme de bien et de l'homme de science, au milieu de sa famille, dont jusqu'au dernier moment il a soutenu le courage par sa résignation virile. (*Gazette des hôpitaux.*)

— Le corps médical belge vient d'éprouver une perte bien sensible : M. le docteur Alphonse Didot, directeur de l'École vétérinaire de Cureghem, membre de l'Académie royale de médecine, chevalier de l'ordre de Léopold, vient de mourir à l'âge de cinquante huit ans, à la suite d'une longue et pénible maladie.

On annonce aussi la mort de M. Berthet (d'Aix en Savoie), et de M. Mareau, à Champtocé.

— M. le docteur Henri Roger, dont on connaît la générosité envers les associations médicales, vient de faire à l'Association générale un don de 500 francs.

VIII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

COMPENDIUM DER PRACTISCHEN MEDICIN, par von Dr *C. F. Kunze*. In-8 de 400 pages. Erlangen, Enke.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE, OU RECUEIL D'OBSERVATIONS ET STATISTIQUE, par le docteur *Mattei*. Tome II, 4e livraison, contenant 50 observations détaillées et la statistique raisonnée des 200 observations décrites dans les deux volumes. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 4 fr.

RAPPORT ANNUEL SUR L'ÉTAT SANITAIRE DES TRAVAILLEURS DU CANAL MARITIME DE L'ISTHME DE SUEZ, par le docteur *Aubert Roche*. Paris, Napoléon Chaix et Compagnie.

LEÇONS SUR LA SYPHILIS : DE L'INOCULATION SYPHILITIQUE ET DE SES RAPPORTS AVEC LA VACCINATION. Leçons professées à l'hôpital Saint-Georges par le docteur *Henri Lee*, traduites de l'anglais par le docteur *Émile Baudot*. In-8 de VIII-120 pages. Paris, F. Savy. 2 fr. 50

DE L'ANÉVRYSME ARTÉRIO-VEINEUX SPONTANÉ DE L'AORTE ET DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE, par le docteur *Tripier*. In-4 de 74 pages. Paris, F. Savy. 1 fr. 50

DU TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR LES EAUX D'AUVERGNE, par le docteur *Allard*. In-8 de 56 pages. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements,
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant
les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires,
et par l'envoi d'un bon
de poste ou d'un man-
dat sur Paris.
L'abonnement part du
1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 31 JUILLET 1863. N° 31.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Académie de médecine : Bruits de souffle dans les maladies du cœur. — Lenteur du pouls dans l'état puerpéral. — Contagion de la fièvre typhoïde. — Élection d'un membre correspondant. — II. **Travaux originaux**. Thérapeutique hydrothermale : Examen critique des divers modes de préparation qu'on fait subir aux eaux minérales dans le but d'en concentrer les éléments de minéralisation. — Pathologie interne : Des lésions bronchiques et pulmonaires, et particulièrement de la bronchite pseudo-membraneuse et de la broncho-pneumonie dans le croup. — III. **Revue clinique**. Atrophie complète du lobule de l'insula et de la troisième circonvolution du lobe frontal, avec conservation de l'intelligence et de la faculté du langage articulé. — IV. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — V. **Revue des journaux**. De la syndactylie congénitale; opération. — Traitement de la chorée par l'arsenic. — VI. **Bibliographie**. Sur quelques publications récentes relatives à la pathologie mentale. — VII. **Variétés**. Prix de la Société médico-pratique de Paris. — VIII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — Réceptions au grade de docteur. — IX. **Feuilleton**. Des tendances actuelles de la chirurgie.

I

Paris, 30 juillet 1863.

Académie de médecine. — BRUITS ANORMAUX DANS LES MALADIES DU CŒUR. — LENTEUR DU POULS DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL. — CONTAGION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — ÉLECTION D'UN MEMBRE CORRESPONDANT.

On annonce que l'Académie de médecine aura communication, dans la prochaine séance, du rapport qu'avait rédigé M. Moquin-Tandon sur la question délicate des vivisections. La lecture en sera faite par M. Robin. On attend aussi, non sans quelque impatience, la réponse de M. Mêlier aux argumentations suscitées par son beau rapport sur la fièvre jaune. Ce retard, croyons-nous, tient à ce que le rapporteur désire avoir sous les yeux, dans le BULLETIN, le texte imprimé des discours, avec les documents y relatifs. A titre de dédommagement, l'Académie a entendu une lecture de M. Piorry sur les maladies du cœur, laquelle doit être suivie de deux ou trois autres. *Tanto melior!*

Tanto melior, à condition pourtant que l'honorable professeur modifiera un peu sa manière. Quand M. Piorry monte à la tribune pour une communication, surtout s'il s'agit d'une communication écrite, il se produit presque toujours un phénomène qui a frappé encore notre perspicacité mardi dernier. Les académiciens désertent, à ce point qu'il n'est pas resté cette fois plus de dix membres dans la salle, et que M. Bouillaud, cloué par le sujet sur la plus haute banquette, en face de M. Piorry, faisait l'effet d'une antithèse. Au contraire, la galerie tient généralement bon. D'où vient cette différence? Évidemment c'est la Compagnie qui a tort; mais pourquoi se donne-t-elle ce tort-là? C'est que M. Piorry transporte un peu trop, et un peu trop souvent, la clinique à l'Académie. Une bonne partie de ce qu'il dit ou lit est à l'adresse des élèves, et l'on pourrait ajouter à l'adresse plus spéciale des élèves de la Charité. C'est le fond rhabillé et transposé des leçons cliniques, les-

FEUILLETON.

Des tendances actuelles de la chirurgie, par le docteur OLLIER, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon (1).

Si en m'occupant de la partie scientifique de la chirurgie j'ai signalé deux tendances plus particulières à notre époque, l'esprit critique et l'idée d'expérimentation, je trouve également, au point de vue pratique, des tendances propres et qui, pour n'être pas nouvelles, n'ont jamais été si fortement accusées.

J'y vois d'abord un esprit conservateur poussé quelquefois jusqu'à ses limites extrêmes. La chirurgie actuelle cherche à augmenter sa puissance tout en limitant son intervention. Elle veut amputer le moins possible, mais en se tenant prête à couper largement, dans l'ablation de ces tumeurs malignes dont les limites sont plus apparentes que réelles, car elle sait alors que la méthode la plus conservatrice est celle qui retranche le plus.

D'autre part, elle cherche à substituer partout les méthodes simples, non sanglantes, physiologiques, aux méthodes brillantes, héroïques sans doute, mais souvent dangereuses. Elle accorde, en outre, une importance capitale aux questions d'hygiène, d'aération et d'alimentation qu'on avait un peu trop négligées jusqu'ici dans certains hôpitaux.

(1) Cet article est le complément de celui que nous avons publié sous le même titre, dans le n° 16 de cette année (au *Feuilleton*). M. Ollier est un des représentants les plus fidèles et les plus brillants de cette chirurgie moderne dont il s'applique à caractériser les « tendances ». La chirurgie, fille, en un sens, de l'anatomie, a suivi celle-ci dans son mouvement. Comme l'anatomie, elle a considéré surtout les organes en fonction; elle est devenue physiologique, profitant à la fois des données de la physiologie normale et de celles de la physiologie morbide. C'est ce que l'auteur montre avec la double autorité de sa sagacité naturelle et de sa grande expérience pratique.

A. D.

quelles reproduisent fréquemment le Traité de diagnostic et la Médecine pratique. Or, s'il est dans la nature d'un enseignement de ce genre, où le même objet revient souvent, où les auditeurs se renouvellent sans cesse ; s'il est, disons-nous, dans sa nature de se répéter, il n'en est pas de même d'une communication à un corps *savant*, qui, à ce titre, ne doit rien ignorer des notions et des opinions courantes, et qui, dans l'espèce, ou a été *enseigné* déjà plusieurs fois, ou a pu lire les ouvrages de M. Piorry. L'Académie, se croyant instruite, s'en va. Qu'elle soit le jouet d'une illusion, M. Piorry peut le penser; mais elle a pour elle l'autorité des apparences.

Loin de nous cependant de ne voir dans le mémoire de M. Piorry qu'un jeu de main-d'œuvre. La substance, pour n'être pas neuve, n'en mérite pas moins, en quelques points, d'occuper une Académie. Mais, vraisemblablement, un des premiers et des plus sérieux inconvénients de cette lecture rétrospective, complexe, étalée en tout sens, manquant de nœud et de motif précis, sera de ne provoquer aucune discussion. Pour notre part, nous le regretterons ; certaines assertions de M. Piorry demanderaient à être relevées, tantôt pour recevoir une confirmation que les ouvrages classiques ne leur donnent pas à un degré suffisant, tantôt pour être l'objet de réserves formelles.

Ainsi, on ne saurait trop répéter avec M. Piorry, précisément parce qu'on ne le dit pas assez dans les livres ou dans les cours, que le timbre éclatant, *métallique*, des bruits produits par les battements du cœur, n'a, par lui-même, aucune signification pathologique ; que le bruit est sourd ou simplement clair, quand, l'interposition d'une lame de poumon ou toute autre cause empêchant le cœur d'arriver au contact des parois thoraciques, le claquement valvulaire se fait seul entendre ; que le bruit devient métallique quand la pointe de l'organe vient choquer directement le thorax. C'est ce que nous avons nous-même écrit plusieurs fois, en faisant remarquer qu'il suffisait, pour entendre un son métallique, d'appliquer l'oreille sur la poitrine d'un individu et de percuter, même très-faiblement, à une certaine distance, ou bien d'appliquer la paume des mains sur ses deux oreilles et de détacher avec un doigt de petits coups secs sur le crâne. Ce qui n'empêche pas, — et M. Piorry aurait pu en faire la remarque, — que le timbre éclatant des bruits du cœur ne puisse devenir un signe d'hypertrophie, l'énergie exceptionnelle qu'acquiert alors l'organe lui permettant de battre plus aisément et avec plus de force les parois de la poitrine. Sur un autre point, nous serions beaucoup moins affirmatif que l'honorable académicien. Suivant lui, si les bruits de souffle *doux* peuvent exister et existent souvent sans obstacle matériel à la circulation, il n'en serait pas de même des bruits *rudes*, qui seraient un indice fidèle du rétrécissement. Nous ne voulons rien exagérer. Un bruit de râpe ou de scie, fortement accusé, permanent, de longue durée, accuse en général la présence d'un obstacle rugueux au passage du sang. Mais nous pouvons affirmer, et nous aurons bientôt peut-être l'occasion d'en donner la preuve, que ces deux genres de bruits peuvent exister et se prolonger pendant un temps assez long, sans que l'état anatomique du cœur ou des artères en rende aucunement raison. C'est nous-même qui avons eu autrefois l'honneur de fournir à M. Piorry une partie des faits qui lui ont servi à établir, dans ses traités, le défaut de corrélation des bruits anormaux du cœur avec les lésions des orifices. La signification de ces faits s'est pour nous agrandie plutôt que réduite. Nous reviendrions sur ces différents points si, d'aventure, la discussion s'en emparait.

Nous ne dirons rien de l'incident assez peu académique qui a terminé la séance par un dialogue entre M. Piorry et M. Bouillaud. Si nous avions à être sensible, pour le moment, à un défaut de citation, nous pourrions l'être pour notre compte, ainsi qu'on vient de le voir. Mais il nous semble que l'Académie n'a rien à faire dans les contestations de cette nature.

— M. Blot, candidat à la place vacante dans la section d'accouchements, a lu un mémoire qui lui sera compté au jour de l'élection, sur la lenteur du pouls dans l'état puerpéral, chez les femmes bien portantes. L'auteur a déterminé avec beaucoup de soin toutes les particularités de ce symptôme, qui serait en rapport, d'après les indications du sphygmomètre de M. Marey, avec une augmentation de la tension artérielle après l'accouchement.

— L'Académie, enfin, a écouté avec un vif intérêt M. Henri Gintrac (de Bordeaux), donnant la relation de deux épidémies de fièvre typhoïde, ou plutôt d'une seule épidémie qui, née dans une commune sous des influences locales d'infection, a passé et s'est continuée dans une autre commune, par transmission contagieuse d'individu à individu. Nous ne supposons pas qu'il soit entré dans la pensée de M. Gintrac de soutenir que la maladie a procédé *exclusivement* de l'infection dans la première localité. Là, déjà, elle était contagieuse, puisque l'autre phase de l'épidémie y a pris sa source, et que,

---

Ces trois tendances n'en font qu'une en réalité. Elles convergent vers un but unique poursuivi implicitement, mais avec moins d'ensemble qu'aujourd'hui, par des chirurgiens de tous les temps et de tous les pays, c'est-à-dire vers la chirurgie conservatrice. Elles montrent par cela même comment on comprend de nos jours cette expression, qui, il faut bien le reconnaître, n'a pas eu dans toutes les bouches la même signification. Et pour en citer un exemple, je comparerai la pratique des chirurgiens anglais à la nôtre dans la grande question des amputations des membres.

En calculant les résultats définitifs de ces mutilations, ils ont vu combien était grande la mortalité qui les suivait. Ils ont eu alors recours aux résections articulaires, et ces opérations presque tombées en désuétude, il y a une vingtaine d'années, sont devenues aujourd'hui, dans quelques hôpitaux de Londres et de Dublin, aussi fréquentes qu'elles étaient rares autrefois. On a ainsi substitué à l'amputation une opération moins grave d'après les statistiques que nous présentent ses partisans (1); mais on ne fait, ce nous semble, de la chirurgie conservatrice qu'à demi.

(1) C'est à propos de la question des amputations que nous pourrions légitimer, s'il en était besoin, les réserves que nous avons faites, dans notre première partie, sur les statistiques.

Des statistiques empruntées à divers chirurgiens n'exerçant pas dans les mêmes lieux et agissant sous l'inspiration d'idées théoriques différentes, sont difficilement rendues comparables. Tel chirurgien ne se décidera à retrancher un membre qu'à la dernière extrémité; tel autre, au contraire, sera prompt à recourir à l'amputation, et, sur dix malades au sujet desquels l'amputation pourra être proposée, ce dernier les opérera tous ou presque tous, tandis que le premier se décidera dans deux ou trois cas à peine à ce moyen extrême. L'un et l'autre cependant invoqueront des raisons théoriques, ou même le résultat de leur expérience à l'appui de leur pratique ; ils diront que le parti auquel ils s'arrêtent est le seul rationnel. Je ne juge pas cette discordance, je la constate seulement pour montrer combien il faut être réservé quand on met en parallèle diverses statistiques. Si le premier des deux chirurgiens perd la plupart des malades qu'il ampute, tandis que le second en sauve le plus grand nombre, il ne faudra pas pour cela proclamer la pratique de celui-ci supérieure à celle de celui-là.

Supposons que l'un perde deux opérés sur trois, tandis que l'autre n'en perde que quatre sur huit (un sur deux), l'avantage restera encore au premier, puisqu'en réalité

s'il n'en était pas ainsi, c'est que cette seconde phase elle-même aurait eu une origine infectieuse. Nous allons jusqu'à regarder comme un peu hasardeux d'affirmer en termes absolus que la contagion a été *le seul* mode de propagation de la fièvre dans la commune de Gabarnac. Dans une petite localité, dont presque tous les habitants se connaissent et se fréquentent, la succession des cas pourrait s'accorder quelquefois avec la série et les dates des relations de voisinage, alors même que l'infection y aurait sa part. En un mot, la distinction établie par M. Gintrac, pour rester vraie, ne doit pas être trop rigoureuse.

A. DECHAMBRE.

Au commencement de la séance, l'Académie de médecine a élu membre correspondant M. le docteur Reybard, présenté avec MM. Alquié (de Montpellier), Bardinet (de Limoges), Diday (de Lyon), Notta (de Lisieux) et Parise (de Lille). L'Académie, qui a couronné autrefois M. Reybard, n'a pas voulu s'infliger à elle-même un démenti. C'est une raison très-acceptable.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique hydrothermale.

EXAMEN CRITIQUE DES DIVERS MODES DE PRÉPARATION QU'ON FAIT SUBIR AUX EAUX MINÉRALES DANS LE BUT D'EN CONCENTRER LES ÉLÉMENTS DE MINÉRALISATION, par M. J. E. PÉTREQUIN, professeur à l'École de médecine de Lyon, ex-président de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts, et de la Société de médecine de la même ville, chevalier de la Légion d'honneur, etc.

(Suite et fin. — Voir le n° 30.)

§ II. — *Evaporation dans le vide, à une faible température.*

Cette méthode n'a point encore, que je sache, été employée dans aucun établissement thermal, et bien qu'usitée dans les cabinets de physique et pour la préparation de quelques produits chimiques ou pharmaceutiques, elle est à peu près neuve pour les eaux minérales; elle serait cependant supérieure peut-être à la précédente sous certains rapports, quoiqu'elle ne soit pas elle-même exempte, tant s'en faut, de divers inconvénients.

Ce genre de manipulation, en raison même de ce qu'il a été jusqu'ici inusité, n'a guère été étudié d'une manière complète dans tous ses détails ; aussi serait-il impossible d'arriver dans les livres didactiques les plus étendus, à recueillir sur ce sujet un ensemble d'appréciations scientifiques, comme nous venons de le faire. Je me bornerai donc à quelques généralités et indications sommaires.

L'opération peut s'exécuter tout entière à une température au-dessous de 40 degrés, et par là même les différentes altérations et décompositions que la chaleur provoque dans le produit de l'évaporation, pourront n'avoir pas lieu.

La matière organique que la température de l'ébullition désorganise, ne sera pas attaquée et restera intacte, avec la propriété de se redissoudre.

Les décompositions de sels que, d'après la science, on considère comme le résultat de l'action de la chaleur à 100 degrés sur les eaux alcalines et les eaux salines notamment, n'auront plus de raison d'être, et la plupart des sels de cette catégorie pourront être conservés.

L'eau minérale se trouvera réduite à l'état d'extrait : l'opération ne doit pas être poussée jusqu'à brusquer une dessiccation complète, et de la sorte on ne privera pas certains sels de leur solubilité (1).

Le résultat définitif est certainement une représentation de l'eau minérale, moins infidèle que ce que nous avons vu plus haut; s'il est loin de renfermer la totalité de ses principes, il conserve du moins une grande partie de ses éléments essentiels, et par là même on se rapproche plus du but désiré, sans l'atteindre toutefois; car il ne faut pas se le dissimuler, cette méthode laisse encore beaucoup à désirer : et d'abord elle a un premier inconvénient fâcheux, c'est d'expulser tous les gaz, comme l'ébullition, et il ne faut pas songer à elle pour toutes les eaux hygiéniques gazeuses qui se boivent comme eaux de table ou comme eaux médicinales; ensuite elle ne met pas à l'abri de toutes les réactions des sels les uns sur les autres. Les affinités chimiques se modifient avec les degrés divers de concentration du véhicule, il en est d'elles comme de la solubilité : de même que les sels qui ont été dissous naturellement dans l'eau minérale les uns avec les autres, et les uns par rapport aux autres, ne peuvent plus, après avoir été desséchés, se redissoudre tous et toujours dans le même ordre, comme il a déjà été démontré; que d'ailleurs certains d'entre eux deviennent insolubles ou peu solubles, et qu'en définitive on ne doit plus espérer faire reprendre exactement à la dissolution sa constitution primitive ; de même aussi les affinités particulières que développe ou favorise l'évaporation progressive, entraînent des échanges inévitables entre les acides et les bases, dont l'étude qui a précédé est de nature à donner une idée; si bien que l'opération transforme encore sous certains rapports la nature des éléments minéralisateurs qui vont rester dans le résidu.

(1) Cette remarque s'applique à plusieurs sels ; je n'en citerai qu'un seul exemple ; « Le sulfate de sesquioxyde de fer est soluble dans l'eau, mais il ne se redissout que très-lentement *lorsqu'il a été desséché.* » (Voy. Pelouze et Fremy, t. II, p. 489.)

En France, les résultats des grandes opérations étant, pour quelques hôpitaux, moins encourageants encore qu'en Angleterre, on a aussi cherché à en réduire le nombre, mais on s'y est pris autrement.

Et ici je me plais à constater un des résultats les plus heureux qu'ait obtenus notre chirurgie, et dont la gloire revient en grande partie à l'école lyonnaise.

Les amputations sont devenues de moins en moins fréquentes, mais ce n'est pas par une mutilation moindre qu'on les a remplacées. On est parvenu à en diminuer le nombre par une thérapeutique non sanglante, plus physiologique et plus rationnellement combinée. J'ai vu pratiquer beaucoup de résections en Angleterre, et je ne crains pas d'avancer que la plupart des malades qui ont eu à supporter cette opération

il n'y a eu que deux morts sur dix dans un cas, et que dans l'autre il y en a eu quatre sur dix.

Dans ce parallèle, j'ai exagéré à dessein, pour faire comprendre ma pensée, la différence qui existe dans les idées et la pratique de quelques chirurgiens ; mais j'ai jugé cet exemple favorable pour faire comprendre la manière dont j'ai envisagé la statistique : c'est une arme à deux tranchants qui peut être très-salutaire ou très-funeste.

On voit déjà par là combien il est peu logique d'opposer sans commentaire les statistiques des résections à celles des amputations. En Angleterre, les partisans des résections du membre inférieur abusent un peu, il faut bien le dire, de la statistique de M. Malgaigne, qui accuse pour les hôpitaux de Paris 62 pour 100 de morts après l'amputation de la cuisse. Non-seulement on ne doit pas invoquer cette statistique, mais elle doit être complétement rejetée lorsqu'il s'agit d'apprécier la résection du genou. Ce n'est pas seulement avec l'amputation que cette dernière opération doit être mise en parallèle, c'est aussi avec l'expectation ou plutôt les traitements rationnels de la thérapeutique articulaire. Mais sans m'occuper de ce dernier point de vue, qui peut difficilement être élucidé par des chiffres, je trouve en Angleterre des statistiques plus favorables que celles de M. Malgaigne aux adversaires de la résection du genou. Et puisque ces résections ont été pratiquées surtout à Londres, c'est aussi dans le même lieu qu'il faut juger les amputations. Or, M. Bryant, chirurgien de l'hôpital de Guy, a trouvé que la mortalité des amputations de cuisse, à la suite des lésions chroniques du genou, n'était, dans cet hôpital, que de 1 sur 7. Après les résections, elle est de 1 sur 4 1/2. Prises en bloc, les amputations de cuisse donnent à peu près la même mortalité que les résections du genou dans les hôpitaux de Londres. Je ne me servirai pas cependant de la statistique de M. Bryant pour repousser les résections du genou ; je la trouve exceptionnellement favorable, et c'est sur un ensemble d'arguments qu'il faut fonder son jugement sur cette opération.

Cet extrait de l'eau minérale, tel qu'on l'obtient, ne pourra guère s'administrer en boisson; mais comme il retient incontestablement une partie des propriétés particulières de l'eau, il peut s'employer en bains, lotions, injections, et applications comme cataplasmes, fomentations, etc. Cela rentre dans la question des boues minérales, douées, comme on sait, de vertus qui ne sont point à dédaigner : on connaît les boues de Néris, de Saint-Amand, de Neyrac, dont la médecine a su tirer un utile parti. Faisons maintenant connaître une troisième méthode qui paraîtra peut-être supérieure aux deux premières.

§ III. — *Concentration par des congélations successives.*

Je crois cette méthode tout à fait nouvelle et inusitée en hydrologie médicale. Je ne pense pas qu'on ait jamais songé à l'employer dans aucun établissement thermal. Elle est même à peine connue dans l'industrie, où elle n'est utilisée que dans quelques cas rares; elle est bien loin d'avoir l'extension qu'elle pourrait prendre, si on l'avait mieux appréciée.

Dans les deux méthodes précédentes, la chaleur poussée jusqu'à l'ébullition dans un cas, et aidée de l'action du vide dans l'autre, fait la base de l'opération : ici c'est le froid porté bien au-dessous de zéro. La méthode nouvelle que je propose est fondée sur un principe qui fait foi en physique et en chimie, je veux parler de la théorie de la congélation; plus les eaux minérales seront riches, plus leur sera exactement applicable, ce que M. Guérard dit de l'eau de mer : « La grande quantité de substances salines que l'eau de mer tient en dissolution, ne permettant pas de l'employer comme boisson..., trois moyens ont été proposés pour atteindre ce but. » (*Diction. de méd. et de chirur.* en 30 vol., art. EAU.) Or, la congélation figure la première parmi ces moyens; quelle est donc son action? L'auteur l'expose en ces termes : « La glace qui se forme à la surface de la mer ne renferme qu'une minime quantité de sels, et donne, par la fonte, une eau douce et bonne à boire. » (*Ib.*) Voici, d'après le même savant, les détails et les conditions du phénomène : « Lorsque l'eau contient des matières étrangères en dissolution, elle se gèle d'autant plus tard (voy. Pouillet, *Eléments de physiq.*, 4e édit., § 134) que leur proportion est plus grande. Il est même à noter que les éléments dissous se séparent de la portion congelée qui est formée d'eau presque pure, et restent mêlés à la partie qui persiste à l'état liquide. » (*Ib.*)

On voit que c'est là une analyse naturelle (1) que le froid opère par lui-même; ce sera une conquête précieuse que d'utiliser ces données scientifiques pour l'hydrologie médicale; rien de plus naturel que le manuel opératoire : on soumet l'eau minérale, dans un réservoir approprié, à l'action d'un appareil à réfrigération qui fonctionne de façon à produire une série de congélations successives de la surface du liquide, et l'on enlève au fur et à mesure la portion qui s'est congelée, c'est-à-dire qui s'est en partie dégagée de ses sels en se congelant; l'eau minérale, passant ainsi couche par couche à la forme solide, doit, en fin de compte, être réduite, non en une sorte d'extrait, ce qui serait dépasser et manquer le but désiré, mais à un degré déterminé de concentration. Les avantages de cette méthode me paraissent incontestables : comme on opère à une basse température, les gaz s'échappent beaucoup moins; le froid combat leur tendance à la volatilisation, et de plus la couche de glace qui se condense nécessairement à sa surface leur ferme issue; ils sont ainsi pour la plupart refoulés peu à peu vers le fond, et sont par suite conservés, du moins en grande partie, dans le liquide concentré (1).

La matière organique sera également conservée : le froid employé n'est point assez intense pour l'attaquer, et elle se retrouvera à peu près intacte, avec les autres éléments solides, dans l'eau minérale sur laquelle on opère.

Ajoutons que c'est encore un des meilleurs moyens de retirer les sels naturels : c'est avec les manipulations de ce genre qu'on a le moins de décompositions à craindre; mais ce serait une illusion de croire qu'on n'en aura pas du tout : il y a encore quelques échanges de bases et d'acides, notamment entre les sulfates et les chlorhydrates. Je rappellerai que, dans une solution froide de sel marin et de sulfate de magnésie, le sulfate

(1) Certains critiques ont voulu nier la réalité de ces faits; je les laisse, pour toute réponse, en présence des citations suivantes : « Le froid, en d'autres termes la congélation, peut venir utilement en aide au chimiste analyste toutes les fois qu'il veut préalablement dépouiller quelque liquide... de son eau de composition pour le conserver ou l'analyser mieux ensuite. » (Lacorbière, *Traité du froid*, 1839.)—« Le moment de la congélation de l'eau est abaissé de plusieurs degrés lorsque ce liquide renferme certains sels en dissolution; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que, quand l'eau vient à se solidifier, elle perd tout le sel qu'elle renfermait; la glace se trouve douce, et le liquide restant renferme le sel dont elle est dépouillée. Dans les pays froids, on emploie la congélation pour concentrer les eaux salées. » (Beudant, *Physique*, 6e édit.) — « L'eau qui tient un sel en dissolution le laisse précipiter lorsqu'elle se convertit en glace. Dans quelques contrées du nord, on profite du froid de l'atmosphère comme d'un moyen préparatoire pour extraire le sel des eaux de la mer... Une partie de l'eau, en se congelant, abandonne les molécules salines qui se concentrent dans la portion encore liquide. » (Haüy, *Traité de physique*, 4e édit., revue par Fleury, 1845.) — Voy. aussi Biot, *Traité de physique* en 4 vol.; Balard, etc. Notons bien qu'en tout ceci il s'agit d'une analyse, qui, sans être rigoureuse d'une façon absolue, est parfaitement suffisante pour l'usage de l'hydrologie médicale.

(1) Des physiciens ont paru craindre que les gaz ne soient expulsés par le fait même de la congélation; mais ils ont oublié que nous opérons ici dans des conditions particulières dont Brisson a parfaitement apprécié l'influence spéciale : « Lorsque le froid agit sur une eau tranquille, il fait geler d'abord la surface... La plus grande partie de l'air qui sort des pores de l'eau à mesure que ses parties se rapprochent pour se réunir et prendre une forme solide, ne pouvant s'échapper par la surface supérieure, qui est déjà gelée, gagne le dessous, etc. » (*Traité de physique*, t. II.) Il restera à la chimie à déterminer, et c'est là une question d'expérience que je ne veux pas trancher ici, quel est le degré précis de concentration de l'eau minérale le plus propre à conserver la majorité des gaz, en même temps qu'à prévenir les décompositions salines. Les traités didactiques indiquent pour la génération du froid une foule de procédés divers dont plusieurs seront ici d'une application facile et économique. Il faudra surtout consulter à cet égard le savant travail de M. Balard sur la congélation de l'eau de mer pour en extraire les sels.

---

avaient des chances très-grandes de guérir par ankylose, s'ils eussent été soumis à ce traitement rationnel dont l'immobilité, l'hygiène et le temps doivent être les principaux facteurs.

Parcourez les relations des journaux anglais hebdomadaires, cherchez l'âge des sujets sur lesquels on pratique les résections articulaires, et vous verrez que la plupart de ces observations se rapportent à des enfants de six à quatorze ans.

Que faisons-nous en France en pareil cas? Visitez les différents hôpitaux, et surtout les hôpitaux d'enfants, et vous constaterez combien les affections articulaires y sont fréquentes. Les malades y meurent-ils plus qu'en Angleterre? Nullement, ils guérissent tout aussi bien, et ils guérissent sans résection. Quelle est alors la plus conservatrice des deux chirurgies? Quelle est celle qui mérite réellement ce nom? La réponse n'est pas douteuse, et cependant les chirurgiens anglais ont toujours à la bouche ce mot qui semble une devise : *Conservative Surgery.*

Est-ce à dire que je sois hostile aux résections? Loin de là; cette question est même une de celles qui m'ont le plus préoccupé depuis quelques années. Et si je désapprouve l'excès de quelques chirurgiens anglais et américains, je déplore aussi la réserve de la plupart de nos compatriotes. Je crois que les résections du coude, de l'épaule, sont, dans l'immense majorité des cas, préférables aux amputations qu'on leur oppose encore. Je crois aussi que la résection de la hanche ne tardera pas à gagner définitivement son procès; quant à celle du genou, je fais de prudentes réserves. Je l'admets en principe, mais j'y vois tant de contre-indications que, depuis deux ans et demi, je n'ai pas encore trouvé l'occasion de la pratiquer (1). C'est là une question qu'il appartient à la génération

(1) J'ai toujours trouvé la lésion osseuse ou trop légère ou trop avancée. Dans le premier cas, j'ai dû chercher à obtenir l'ankylose; dans le second, j'ai amputé la cuisse, et ce n'est que trois fois, sur un service de 120 malades, que j'ai dû avoir recours à cette mutilation dans les cas de lésions chroniques du genou. Je suis tout porté cependant à pratiquer la résection chez les sujets jeunes, de seize à trente ans, affectés de lésions bien limitées des extrémités osseuses, qui auraient résisté aux divers moyens

de soude étant le sel le moins soluble à froid, et par là même devant se déposer le premier, entraînera ainsi pour se former une double décomposition. Ce n'est pas tout : il ne faudrait pas recourir à un froid trop intense; on sait qu'une solution concentrée de chlorure de sodium devient solide à moins de 20 degrés (Guérard, *Diction. cité*, art. FROID). Mais on n'a pas besoin d'arriver à une aussi basse température. (Voy. pour l'*action du froid sur les diverses solutions salines*, le tableau du professeur Desprетz (*Traité de physiq.*), reproduit par M. Pouillet dans ses *Eléments de physique*.)

En résumé, cette troisième méthode semble de beaucoup préférable aux deux autres : 1° Même en supposant l'eau réduite à l'état d'extrait humide, elle conserve les sels naturels mieux que l'ébullition, et au moins aussi bien que l'évaporation dans le vide. Comme la seconde, elle n'altère pas la matière organique que la première désorganise ; elle a l'avantage de conserver une grande partie des gaz qui sont perdus dans les deux autres cas; elle réunit les conditions désirables pour satisfaire à toutes les indications que j'ai signalées à propos de l'évaporation dans le vide. 2° En supposant l'eau minérale réduite à l'état de concentration et non d'extrait, c'est évidemment la meilleure des trois méthodes, celle qui reproduit le mieux l'ensemble des éléments minéralisateurs, et dont le résultat est la plus fidèle expression de sa composition chimique; non-seulement elle peut satisfaire à tous les usages sus-indiqués, mais encore, en perfectionnant les procédés, elle pourra servir à la boisson et suppléer réellement l'eau minérale elle-même (1).

(1) Lu à l'Académie des sciences et belles-lettres de Lyon, le 14 avril 1863.

Pathologie interne.

DES LÉSIONS BRONCHIQUES ET PULMONAIRES, ET, PARTICULIÈREMENT, DE LA BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE ET DE LA BRONCHO-PNEUMONIE DANS LE CROUP, par le docteur MICHEL PETER, chef de clinique de la Faculté, à l'Hôtel-Dieu.

(Suite. — Voir le n° 29.)

La description anatomique de la bronchite pseudo-membraneuse serait incomplète si nous ne mentionnions pas les altérations simultanées du poumon. Or, en même temps qu'on trouve des fausses membranes dans les bronches, on observe le plus souvent diverses lésions pulmonaires, et surtout l'emphysème vésiculaire, au sommet et aux bords tranchants de l'organe, ainsi que la broncho-pneumonie, soit au voisinage des points diphthérisés, — par suite de l'extension du processus inflammatoire des bronches au parenchyme ambiant, — soit à la partie postérieure et à la base du poumon, — par le fait d'une passivité adynamique.

Nous aurons soin de faire ressortir dans la seconde partie de ce travail la relation entre la bronchite pseudo-membraneuse et la broncho-pneumonie toutes les fois qu'existera cette relation; nous nous contenterons de rapporter ici comme exemple le fait suivant, non moins remarquable par la rapide généralisation de la diphthérite à presque toute l'étendue des voies aériennes, que par la facilité avec laquelle on peut saisir la propagation du travail morbide de la membrane muqueuse bronchique au tissu même du poumon.

OBS. I. — Une petite fille de sept ans, Célestine Chambolle, entre, le 4 mars 1859, à l'hôpital des Enfants.

Depuis deux jours, elle a de l'angine; depuis un jour, elle tousse, et, depuis le matin seulement, elle éprouve des accidents dyspnéiques. Cependant la marche de l'affection diphthéritique est tellement rapide, que c'est à l'état de moribonde que l'enfant est apportée à l'hôpital et trachéotomisée aussitôt.

La jeune malade ne revient à elle qu'au bout de dix minutes environ ; elle se réchauffe difficilement, puis la réaction s'établit, intense.

L'enfant tombe alors dans l'assoupissement; la dyspnée thoracique remplace la dyspnée laryngée; il n'y a ni toux ni expectoration; la canule reste sèche. A l'auscultation, on entend des râles vibrants avec un très-léger souffle en arrière et à gauche. Enfin la mort a lieu neuf heures après l'opération.

A l'*autopsie*, on trouve le *larynx* complétement oblitéré par des fausses membranes de plus de 2 millimètres d'épaisseur, pulpeuses à leur face libre, très-cohérentes à leur face adhérente, se détachant en un seul tube, résistant et élastique. Au-dessous, la membrane muqueuse est décolorée.

La *trachée-artère* est recouverte dans toute son étendue d'une fausse membrane formant un tube complet, moins épaisse qu'au larynx et de texture uniforme. Au-dessous la membrane muqueuse est rosée dans son tiers supérieur et de plus en plus rouge dans ses parties inférieures, où elle finit par être violacée.

Les *bronches* sont tapissées presque toutes, et dans presque toute leur étendue, par une fausse membrane d'un demi-millimètre environ d'épaisseur. La membrane muqueuse sous-jacente à la couenne est d'une coloration rouge violacée, parfois noirâtre. Elle présente dans quelques points une surface villeuse, constituée par de petites élevures coniques, blanchâtres, du volume d'une petite tête d'épingle.

Les *poumons* sont *carnifiés*, à la base surtout, le gauche presque entièrement. *La carnification est plus intense aux points où la rougeur et la diphthérisation des bronches sont le plus fortes.*

Réflexions. — Ainsi, en moins de trois jours, la diphthérite avait envahi les voies aériennes tout entières; il y avait broncho-pneumonie avec carnification du parenchyme, et celle-ci était surtout marquée aux points le plus diphthérisés.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes de la bronchite pseudo-membraneuse diffèrent suivant qu'ils se manifestent avant ou après la trachéotomie.

---

actuelle d'étudier, et qu'elle sera sans doute assez heureuse pour résoudre. Elle est d'autant plus urgente que les méthodes les plus rationnelles de la thérapeutique articulaire sont souvent insuffisantes, et que, d'autre part, en présence de notre défiance de plus en plus marquée à l'égard des amputations, nous sommes naturellement portés à adopter un moyen terme : l'ablation isolée des parties osseuses malades, cause et principe de tout le mal. — Mais nous devons aborder cette question avec cette critique dont j'ai montré (voy. le n° 16) le rôle de plus en plus prédominant dans notre chirurgie ; nous devons y apporter plus de rigueur et plus d'esprit médical que nos confrères d'outre-Manche. Et avant de soumettre à une de ces mutilations partielles les enfants ou les jeunes sujets dont le squelette est loin d'avoir pris toute sa croissance, nous devons demander à l'expérimentation sur les animaux la notion exacte ou probable des chances de raccourcissement auquel nous les exposons. Cette question n'a pu être suffisamment élucidée par la pratique des chirurgiens anglais. Ils se livrent depuis trop peu d'années à ces opérations, et ont trop facilement perdu de vue leurs malades, pour répondre victorieusement aux objections qu'on peut déjà leur adresser au nom de l'expérimentation physiologique.

Sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, la chirurgie anglaise, dont on ne saurait trop d'ailleurs admirer l'esprit progressif, emprunte son cachet aux idées et aux tendances du peuple auquel elle est destinée.

Hardie jusqu'à l'imprudence, pressée d'arriver au but, cherchant à tout prix la ligne la plus courte et ne calculant pas toujours les dangers auxquels elle s'expose, elle semble s'inspirer ainsi du dicton qui caractérise si bien l'activité de la race anglo-saxonne : *Time is money*. — Aussi, tandis que nous sacrifions volontiers des mois, des années, s'il le faut, pour arriver

de la thérapeutique articulaire. Cette indication, quoique assez claire en théorie, est moins précise en pratique, surtout quand on opère dans un milieu où les longues suppurations, suite de traumatisme, sont pleines de danger.

A. — Symptômes avant la trachéotomie.

Il se présente deux séries de cas bien différents : 1° ou bien il y a prédominance exclusive des symptômes du croup ; 2° ou bien ces symptômes sont accompagnés ou modifiés par ceux de la bronchite concomitante.

1° Dans le premier cas, de beaucoup le plus fréquent, la dyspnée est croupale, c'est-à-dire que la respiration exige la mise en action de toutes les puissances inspiratrices ; que les inspirations sont lentes et laborieuses, les mouvements respiratoires peu fréquents, et le rhythme de ces mouvements interverti le plus souvent, l'inspiration étant suivie d'un temps de repos plus ou moins sensible (1). Alors le nombre des respirations n'est que de 20 à 30, rarement de 40 par minute, ce qui contraste singulièrement avec la fréquence excessive des pulsations artérielles, qui peuvent s'élever à 140 ou 160. Alors aussi, après chaque inspiration, le malade, épuisé par l'effort, s'arrête un instant, et un repos de huit à dix secondes sépare l'inspiration de l'expiration consécutive.

Dans ce cas, il n'y a pas de signe perceptible à l'auscultation de la poitrine. En effet, la fausse membrane laryngée, indépendamment de la toux et des accès de suffocation qu'elle provoque, détermine un bruit laryngien très-intense. Ce bruit, retentissant dans tous les points de la poitrine, s'oppose à la perception de ceux qui pourraient se produire dans l'arbre bronchique ; et comme, d'ailleurs, le rétrécissement du larynx est tel, qu'il n'arrive dans les voies aériennes qu'une très-faible colonne d'air, il y a en réalité absence de bruit anomal dans les bronches.

Il n'y a donc alors de symptômes manifestes que ceux du croup, et d'indication possible que la trachéotomie : celle-ci faite, l'air pénètre aussitôt dans les bronches, et la maladie bronchique, jusque-là méconnaissable et méconnue, ne tarde pas à révéler son existence.

Exemples de bronchite pseudo-membraneuse manifeste seulement après la trachéotomie.

Obs. II. — Numa (Michel), âgé de quatre ans et demi, entre, le 27 avril 1859, dans le service de M. Gillette ; il est atteint de *croup* arrivé à la période d'asphyxie.

(1) A l'état normal, l'inspiration précède immédiatement l'expiration, laquelle est suivie d'un temps de repos plus ou moins prolongé ; quand il y a dyspnée croupale, et en général obstacle au larynx, l'inspiration est tellement longue, tellement laborieuse, que le malade se repose après l'avoir faite ; de sorte que le *temps de repos a lieu après l'inspiration*, et non après l'expiration, et qu'il s'ensuit une interversion du rhythme. Alors, en effet, le premier temps est l'expiration, brève et silencieuse, immédiatement suivie de l'inspiration, longue, pénible et plus ou moins bruyante ; puis vient le repos ou temps de silence. On comprend quelle est, dans la diphthérite laryngée, la valeur séméiotique de la respiration intervertie, et avec quelle raison mon maître, M. Henri Roger, appelle l'attention des élèves sur ce signe.

Cet enfant, de santé délicate, avait éprouvé un peu de malaise le 23 (cinq jours auparavant) ; dès le lendemain, il commença à tousser ; le surlendemain, la voix s'altéra et devint rauque ; le quatrième jour, la dyspnée se manifesta, et dans la nuit il y eut deux accès de suffocation.

Le 27 avril, cinquième jour de la maladie, la dyspnée était excessive, et les accès de suffocation se succédaient rapidement. Le pouls était à 135, la respiration à 20, intervertie, avec forte dépression du creux épigastrique. Il y avait ainsi tous les signes du croup le plus manifeste. — Le sifflement laryngien retentissait dans la poitrine, où l'on n'entendait plus le murmure vésiculaire et où ne se percevait, d'ailleurs, aucun bruit anomal. Pas de matité appréciable à la percussion.

On se hâte de pratiquer la trachéotomie, qui est laborieuse et accompagnée d'une hémorrhagie veineuse assez abondante. L'enfant est à demi mort pendant l'opération ; celle-ci terminée, il revient à lui, mais *n'éprouve évidemment pas de soulagement appréciable*. Il a cependant rejeté un cylindre complet de fausse membrane, représentant la trachée. *La respiration, qui ne s'entendait pas avant la trachéotomie, se fait entendre, et l'on constate alors l'existence de* NOMBREUX RALES HUMIDES.

Pâleur, affaissement et tendance au sommeil.

Deux heures plus tard, l'enfant ne tousse plus, *ne crache pas* et n'a pas rendu de nouvelles fausses membranes, sinon une heure après l'opération et par suite de la titillation de la trachée.

Le 28, lendemain de l'opération, le pouls est à 140, la respiration à 50, haute et bruyante par le fait de râles trachéaux, perceptibles à distance. *Râles sous-crépitants et crépitants* dans toute la partie postérieure de la poitrine, avec un *léger souffle* au tiers moyen, où existe de la *submatité*.

Affaissement, somnolence, lividité de la face.

Un peu de coryza.

La mort a lieu à quatre heures de l'après-midi, par le fait de l'*asphyxie*.

A l'*autopsie*, on trouve les ventricules de la glotte comblés par des fausses membranes grises et pultacées qui oblitèrent complétement le larynx. Cet organe est, d'ailleurs, entièrement tapissé par des fausses membranes de même nature. Il n'y a que des débris de matière diphthéritique dans la trachée (l'enfant s'en était débarrassé pendant la vie). *Les bronches sont tapissées de fausses membranes solides dans les gros troncs, et demi-liquides à partir des deuxièmes jusqu'aux troisièmes et quatrièmes divisions*. La membrane muqueuse est vivement injectée au delà.

Les poumons sont envahis dans presque toute leur étendue par de la broncho-pneumonie, avec quelques noyaux d'hépatisation ; emphysème des sommets.

Réflexions. — On remarque combien dans cette observation les symptômes sont d'accord avec les lésions. Il y avait de la dyspnée croupale très-intense et absence de murmure vésiculaire, et l'on trouve les ventricules de la glotte comblés et le larynx oblitéré. La trachéotomie faite, on entend des râles muqueux, signes d'une bronchite masquée jusque-là, et l'on trouve de la diphthérite demi-fluide dans les bronches moyennes. Le lendemain, il y a de la crépitation, du souffle et de la submatité, et l'autopsie révèle l'existence d'une broncho-pneumonie étendue et de date récente. Quant à la *nature diphthéritique* de la bronchite, il était permis de la soupçonner en tenant compte du rejet d'un long cylindre pseudo-membraneux,

à un but ; tandis que nous préférons toujours le chemin le plus long s'il est le plus sûr ; tandis que partout l'économie de la chair humaine nous semble un impérieux devoir, nous voyons des chirurgiens anglo-saxons se prévaloir de leurs tendances conservatrices dès qu'ils coupent un peu moins.

Notre chirurgie s'est faite de plus en plus prudente ; à l'étranger, on lui reproche presque de se montrer timide, et d'oublier ces hardiesses heureuses qu'a souvent inspirées le génie.

Ce reproche n'est pas fondé, et sans rappeler que certains de nos contemporains sont souvent blâmés pour leur témérité, je ferai remarquer que beaucoup de ces opérations, qui, il y a trente ans, passaient pour des entreprises audacieuses, comme la résection des maxillaires, sont aujourd'hui journellement pratiquées sans bruit et sans éclat. Non, la chirurgie n'est pas devenue timide, mais elle s'est recueillie. Elle s'est demandé quel est, en définitive, le bilan de ces tentatives qui attirent les applaudissements de la foule, et qui font résonner autour d'un homme toutes les voix de la renommée. Elle a voulu savoir si la somme de vie qu'elle ajoutait était, en définitive, bien supérieure à celle qu'elle retranchait ; et, poussée par un sentiment de haute moralité, elle a cherché ailleurs que dans ces entreprises éclatantes des titres à la reconnaissance publique.

C'est pour cela qu'avant de s'engager dans certaines opérations que la chirurgie étrangère affronte avec cette assurance que je signalais tout à l'heure, elle attend que la critique l'ait suffisamment éclairée. Pour l'ovariotomie, par exemple, si c'est à l'aide de l'analyse rigoureuse des faits recueillis loin de nous qu'on est parvenu à vaincre l'aversion obstinée de nos compatriotes, c'est aussi en les mettant en garde, par une sage critique, contre les déductions des statistiques trompeuses, qu'on les préservera, dans l'avenir, de tout enthousiasme imprudent.

Non, l'esprit d'initiative n'a pas diminué ; il ne peut d'ailleurs être condamné, ni se condamner lui-même au repos. S'il cesse dans un pays, il se manifeste avec plus d'éner-

et l'on pouvait supposer que la diphthérite n'était pas bornée à la trachée, mais qu'elle s'était étendue aux bronches et que les râles perçus étaient dus à la présence du produit diphthéritique.

Obs. III. — Garreau (Alfred), âgé de cinq ans, entre, le 25 janvier 1859, dans le service de M. Gillette.

C'est un enfant blond, très-délicat et habituellement mal portant.

Il a eu de la toux rauque il y a quatre jours et la voix est éteinte depuis deux jours. Depuis la veille au soir, symptômes du croup, mais sans accès de suffocation.

A son entrée, angine couenneuse. Ce qui domine, c'est une dyspnée laryngée excessive. La respiration est remarquable par sa lenteur laborieuse : ainsi, avec 136 pulsations cardiaques par minute, il y a 20 respirations seulement; il se fait parfois un repos de dix secondes entre deux respirations; d'ailleurs, le rhythme des mouvements respiratoires est interverti. Des accès de suffocation qui se répètent nécessitent la trachéotomie.

Il en résulte une amélioration de très-courte durée : le malade rejette par la plaie trachéale deux fausses membranes dont l'une est très-longue et vient probablement des bronches. On entend bientôt après un clapotement, un sifflement trachéal et une toux incessante, probablement dus à la présence d'une fausse membrane détachée et flottante.

Une heure après l'opération, le pouls est à 140, et la respiration s'élève à 40, c'est-à-dire que le pouls est resté le même, tandis que la respiration a doublé de fréquence. Alors la dyspnée prend peu à peu le caractère thoracique. Râles peu nombreux, muqueux, masqués en partie par le bruit de clapotement qui se fait dans la trachée-artère.

La canule reste sèche, et l'on est obligé d'entourer le malade de deux vases d'eau bouillante, dont la vaporisation soulage un peu le malade.

Cependant la mort a lieu par asphyxie, moins de vingt-quatre heures après l'opération.

A l'*autopsie*, on trouve des fausses membranes généralisées à la plupart des ramifications bronchiques, lesquelles existaient vraisemblablement au moment de l'opération.

Il y avait une congestion pulmonaire considérable.

Le larynx était presque oblitéré par les productions pseudo-membraneuses.

Réflexions. — On remarquera que la dyspnée, au moment où l'on fit la trachéotomie, était exclusivement laryngée et qu'elle ne devint thoracique que lorsque l'obstacle laryngé eut disparu.

On remarquera aussi que l'amélioration produite par la trachéotomie fut de très-courte durée et que la canule resta constamment sèche.

2° Dans la seconde série de cas, où les symptômes du croup sont accompagnés et modifiés par ceux de la bronchite concomitante, la dyspnée surtout offre des caractères d'une assez grande importance : au lieu d'être exclusivement croupale, elle est en partie laryngée et en partie bronchique. Alors les inspirations sont moins laborieuses, et les mouvements respiratoires, plus fréquents, peuvent s'élever à 50 ou 60 par minute; enfin ils ne sont pas intervertis dans leur rhythme.

Or, quand, dans ce dernier cas, on observe des signes non douteux d'une asphyxie progressivement croissante, avec pâleur et accès de suffocation, on est autorisé à diagnostiquer une complication pulmonaire, telle qu'une broncho-pneumonie ou une bronchite pseudo-membraneuse. Quant à savoir si celle-ci existe plutôt que celle-là, la chose est assez difficile, et l'on ne peut faire que des suppositions plus ou moins vraisemblables.

Cependant le cas suivant est un exemple très-remarquable de bronchite diphthéritique diagnostiquée pendant la vie à l'aide d'un ensemble de symptômes rationnellement discuté :

Exemple de bronchite diphthéritique diagnostiquée pendant la vie.

Obs. IV. — La jeune Lenormand (Marie), âgée de onze ans, mais grande et forte comme un enfant de quinze ans, entre, le 27 septembre 1858, à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Gillette, pour une *angine couenneuse*.

L'affection diphthéritique a débuté, quatre jours auparavant (le 24 septembre), par un *coryza* assez intense pour entraîner l'écoulement continu d'un mucus séreux par les narines. Le lendemain (25 septembre), l'*angine* s'est déclarée.

Le 27 septembre, quatrième jour de la maladie, on constate, à l'entrée de la malade à l'hôpital, la présence de *fausses membranes grisâtres* sur les amygdales, les piliers du voile du palais et la paroi postérieure du pharynx. Malgré l'existence de cette angine couenneuse étendue, on croit devoir porter un pronostic favorable, en raison de la persistance d'un état général très-satisfaisant.

(On touche les parties malades avec la solution alcoolique de tannin, et l'on administre un vomitif à l'ipéca.)

Le lendemain matin, l'état général et l'état local sont restés sensiblement les mêmes. *La voix n'est pas croupale;* l'auscultation fait entendre dans la poitrine le *murmure vésiculaire normal.*

A onze heures du matin, c'est-à-dire trois heures plus tard, il y a un peu de *dyspnée;* la toux et la voix sont *devenues croupales.*

(Nouvelle administration de l'ipéca : vomissements sans amélioration notable.)

A trois heures de l'après-midi, il y a un *commencement d'asphyxie.* On donne encore un vomitif à l'ipéca, et, au milieu des matières vomies, l'enfant rend une *fausse membrane* formant un *tube complet de 12 centimètres de longueur*, et qui est très-épaisse.

Après l'expulsion de cette fausse membrane, il y a un soulagement qui dure quelques heures; mais, pendant la nuit, la respiration devient de nouveau très-gênée. A l'auscultation, on n'entend plus le murmure vésiculaire, mais une *respiration sèche et un peu soufflante*, et des *râles muqueux disséminés.*

Dans la matinée du 29, la malade, *pâle, asphyxie lentement*, SANS ACCÈS DE SUFFOCATION, *sans interversion du rhythme des mouvements respiratoires*, *sans dépression du creux épigastrique et sans sifflement laryngé.* Aussi, s'autorisant de la forme de la dyspnée, de l'existence de râles muqueux dans la poitrine et de la rapidité avec laquelle la diphthérite s'est développée dans les voies aériennes, les médecins et les internes de l'hôpital s'accordent-ils à diagnostiquer une diphthérite généralisée à l'arbre aérien tout entier. D'ailleurs, la dyspnée étant beaucoup plus thoracique que laryngée, ils regardent la *trachéotomie comme inutile*, et l'opération n'est, par conséquent, pas pratiquée.

---

gie dans un autre, et grâce au libre échange des idées que les chirurgiens pratiquent depuis longtemps, l'équilibre ne tarde pas à s'établir.

La chirurgie réparatrice est toujours une préoccupation favorite de notre génération. Soit qu'elle ait eu pour but de rendre leur forme aux organes extérieurs, soit qu'elle ait voulu réparer les pertes de substance ou les anomalies congénitales de certains organes profonds, elle a, dans ces dernières années, conçu des méthodes efficaces, et imaginé une foule de procédés ingénieux. Et pour citer un exemple frappant de ses progrès, je dirai seulement que depuis cinq ans on a probablement guéri plus de fistules vésico-vaginales qu'on ne l'avait fait depuis l'origine de la chirurgie (1).

On a voulu ajouter même un degré de plus à sa puissance; on ne s'est pas contenté de réunir, de réparer ce qui était partiellement détruit, on a essayé de reproduire, de régénérer ce qui avait complétement disparu. On a voulu refaire le squelette même de certaines régions, soit au moyen du périoste, soit au moyen des os eux-mêmes. Aussi la restauration totale du nez, celle de la voûte palatine ne sont-elles plus regardées comme aussi difficiles qu'autrefois. Mais je laisse à d'autres le soin de juger ces tentatives.

Je disais tout à l'heure que la chirurgie actuelle cherche les méthodes simples, non sanglantes, non dangereuses, physiologiques en un mot. Le traitement des anévrysmes nous en offre un exemple frappant. Il y a vingt ans, rien ne paraissait comparable à la ligature. On fermait presque les yeux sur ses dangers, tant on était familiarisé avec l'idée de son inattaquable supériorité. Mais cependant quelques esprits progressifs réagissaient déjà, et pendant qu'un de mes prédécesseurs (1)

(1) Le perfectionnement des moyens de synthèse, la vulgarisation des sutures métalliques, rendent de jour en jour les opérations autoplastiques plus sûres et plus efficaces. Les fils capillaires permettent d'obtenir à la face des réunions d'une précision et d'une délicatesse qu'on n'obtiendrait jamais avec les fils ordinaires.

(1) M. Pétrequin.

A midi, l'enfant succombe *sans avoir jamais eu d'accès de suffocation.*

Autopsie. — La face interne de la *trachée*, des *bronches* et de la *plupart de leurs divisions ultimes* est tapissée de *fausses membranes épaisses* qui forment des tubes complets.

Dans la trachée se trouve un tube pseudo-membraneux fort épais qui a déjà remplacé le tube expectoré moins de vingt-quatre heures avant la mort.

Le *larynx* est également tapissé de fausses membranes, *mais l'ouverture glottique est* PEU RÉTRÉCIE.

Réflexions. — L'air pouvait donc encore pénétrer dans les voies respiratoires; mais ces voies étaient rétrécies un peu partout, et l'air introduit était séparé des vaisseaux de l'hématose, dans presque toute l'étendue des voies aériennes, par les fausses membranes généralisées.

Dans le cas suivant, où la dyspnée était presque autant thoracique que laryngée, le rejet de fausses membranes ténues et de petit calibre donnait au diagnostic un haut degré de certitude.

On n'en pratiqua pas moins la trachéotomie, parce que la suffocation en faisait un devoir.

OBS. V. — Ismer (Marguerite), âgée de deux ans, entre, le 26 février 1859, dans le service de M. Gillette. Elle est blonde, lymphatique, de bonne santé et n'a pas habituellement de toux. Il y a quatre jours que, sans s'être refroidie, elle a commencé à tousser et a éprouvé un peu de dyspnée. Cependant l'appétit reste bon; la gaieté, le sommeil sont les mêmes que dans l'état de santé. Le 25 au soir, c'est-à-dire trois jours après le début de la toux, la dyspnée s'aggrave, et il y a pendant la nuit un commencement de suffocation; mais la voix n'est point très-altérée, les paroles sont assez distinctement prononcées.

A l'entrée de l'enfant à l'hôpital, elle est dans l'état suivant : le pouls est très-fréquent; la respiration, à 48 par minute, n'est pas intervertie; il y a de la dépression du creux épigastrique à chaque inspiration. La peau est froide.

Il n'y a pas d'angine couenneuse.

On administre un vomitif qui fait rendre *un grand nombre de* FAUSSES MEMBRANES TÉNUES ET DE PETIT CALIBRE, *et ne produit pas de soulagement.*

La malade est opérée peu de temps après son entrée, et la *trachéotomie ne diminue pas la dyspnée.*

Seize heures après l'opération, le pouls est à 200; la respiration, à 80, est serratique. Il y a dans la trachée un gargouillement perceptible à distance. On entend un peu de ronflement à la base du poumon gauche.

Il n'y a pas d'expectoration, et la canule reste sèche.

La pâleur de l'enfant est considérable.

La mort a lieu le 28, au sixième jour de la diphthérite et à la trente-sixième heure après l'opération.

A *l'autopsie*, on trouve une ulcération commençante de la trachée-artère.

Il n'y a de fausses membranes ni dans le larynx, qui est pâle, peu tuméfié et perméable, ni dans la trachée-artère, qui est également pâle, sinon au voisinage de la petite ulcération. Mais à la partie inférieure de ce conduit il existe une rougeur congestive, qui devient de plus en plus vive à mesure que l'on descend dans les bronches.

On trouve dans les ramifications bronchiques une grande quantité de matière blanchâtre, épaisse, quoique liquide, et qui n'est autre que de la *diphthérite coulante.*

Il y a une congestion hypostatique des poumons, comme dans les fièvres graves.

Réflexions. — Dans ce cas, le rejet de fausses membranes ténues, canaliculées, mais de petit calibre, prouvait assez que la diphthérite avait envahi les bronches; l'absence de soulagement après l'opération prouva bien plus encore cet envahissement des parties inférieures des voies respiratoires.

B. — Symptômes après la trachéotomie.

1° Ou les symptômes de la bronchite pseudo-membraneuse existaient en même temps que ceux du croup, étaient masqués par eux et se révèlent tout à coup; 2° ou ils surviennent après l'opération et se manifestent lentement.

4° Dans tous les cas, le fait dominant est l'absence de soulagement par l'opération ou la courte durée de ce soulagement.

La dyspnée change de nature; de laryngée elle devient thoracique. La respiration est haute, fréquente. A l'auscultation, on entend une respiration sèche, et çà et là des râles sonores ou humides.

Exemples de bronchite reconnue après l'opération.

OBS. VI. — Benazet (Paul), âgé de vingt-sept mois, entre, le 7 janvier 1859, dans le service de M. Bouvier; il est atteint d'angine couenneuse et de croup.

L'angine couenneuse date de six jours, le croup de deux jours seulement. La diphthérite laryngée a débuté par de la toux, puis est survenue la raucité de la voix, bientôt suivie d'accès de suffocation.

A l'entrée du malade, fausses membranes blanches, épaisses sur les amygdales et le fond du pharynx, qu'elles recouvrent complétement. Voix demi-éteinte, encore sonore pour les sons élevés; respiration à 44, intervertie, avec dépression épigastrique, surtout marquée latéralement. Pouls à 174. Cyanose des ongles, grande pâleur de la face, avec coloration violacée des lèvres. Abattement, décubitus latéral droit. L'enfant, assis, laisse retomber sa tête.

A la percussion, un peu de matité douteuse à la base droite, en arrière, avec retentissement marqué du bruit laryngien. Nulle part de râle appréciable; on n'entend pas le murmure vésiculaire.

On pratique immédiatement la trachéotomie, qui d'abord ne fait pas rendre de fausses membranes. La canule placée, il se produit un bruit de clapotement considérable, s'entendant au loin. L'enfant reste pâle, ses lèvres sont toujours violacées. On retire alors la canule, et l'on dilate la trachée; ces manœuvres facilitent le détachement et permettent l'extraction d'une fausse membrane tubulée, cohérente, peu épaisse, de 3 centimètres environ de longueur.

Deux heures après l'opération, face moins bouffie, quoique toujours pâle, malgré la réaction qui s'est effectuée. Le petit malade commence à *retomber dans l'affaissement dont il n'est sorti que quelques instants.* La

---

nous apprenait à coaguler le sang par l'électricité, un autre de nos compatriotes (1) obtenait la formation des caillots par l'injection d'un liquide dans la poche artérielle.

Mais la réaction contre la ligature ne s'arrêta pas là. On nous rapporta d'Irlande une méthode d'origine française qui avait, dans cet hôpital même, fourni, au commencement de ce siècle, plus d'un remarquable succès, et l'on parvint à guérir les anévrysmes sans intéresser le sac et sans faire pénétrer le moindre instrument à travers nos tissus. La compression indirecte eut bientôt détrôné les méthodes sanglantes; mais ce n'était pas là le dernier mot de la réaction contre la ligature : on pouvait faire mieux encore. Les appareils gênants, dispendieux, qu'on avait fait construire tout d'abord, ne tardèrent pas à être remplacés par un compresseur plus simple et plus intelligent. On arriva enfin à guérir avec le bout du doigt (2) une de ces affections qui avaient fait longtemps le désespoir de la chirurgie.

(1) Pravaz.

(2) La compression digitale a une efficacité, même dans les cas les plus graves, qui ne peut plus être contestée aujourd'hui. C'est certainement une des plus belles conquêtes de la chirurgie contemporaine.

L'Association du département de la Creuse se propose d'organiser un congrès médical dont feraient partie les associations des départements circonvoisins : la Haute-Vienne, la Vienne, l'Indre, le Cher, l'Allier et le Puy-de-Dôme. On aurait aussi l'intention de fonder un journal où trouveraient place les actes des Sociétés réunies, et dans lequel, sous la direction d'un comité central, seraient relatées les observations médicales et chirurgicales que chaque praticien pourrait fournir. Ce recueil servirait aussi à établir les bases de la géographie et de la statistique médicale des départements désignés ci-dessus.

peau est brûlante, sueur légère à la face. Pas de toux, *pas d'expectoration;* l'enfant n'a rejeté qu'une seule fausse membrane, peu étendue, depuis l'opération. Expiration sifflante et serratique. Pouls à 148, respiration à 52, très-oppressée. A l'auscultation, respiration sèche dans la plus grande partie de la poitrine ; râles muqueux, fins, disséminés, surtout aux bases.

La mort a lieu dans l'asphyxie à trois heures du matin, douze heures après l'opération.

Autopsie. — *Larynx* tapissé d'une fausse membrane tubuleuse, moulée sur cet organe, et qui s'étend dans la trachée, sous forme d'un tube complet, jusqu'à 1 centimètre au-dessous du larynx. La *trachée* est débarrassée de fausse membrane, jusqu'à sa bifurcation, à partir de l'incision ; çà et là on voit cependant encore des débris de fausse membrane. *Bronches envahies dans toute leur étendue,* jusqu'aux plus petites ramifications, *par des fausses membranes* d'autant plus ténues et moins cohérentes que l'on descend plus bas dans l'arbre aérien. Membrane muqueuse d'autant plus rouge que les fausses membranes sont moins cohérentes, c'est-à-dire de formation plus récente. *Poumons* emphysémateux dans leurs lobes supérieurs tout entiers (il y a même de l'emphysème interlobulaire dans le poumon droit). Broncho-pneumonie des lobes inférieurs, dont le parenchyme est friable, violacé, bien qu'il surnage le liquide où il est plongé. Noyaux apoplectiques dans le poumon gauche, tant la congestion y est intense.

Réflexions. — L'absence d'amélioration et la persistance de la dyspnée s'expliquent par l'étendue et la gravité des lésions pulmonaires : emphysème, broncho-pneumonie et bronchite pseudo-membraneuse généralisée. Les râles muqueux, fins, disséminés aux bases, se rapportaient à la broncho-pneumonie ; la sécheresse de la respiration aux autres points se rattachait à la bronchite pseudo-membraneuse. Et l'on remarquera que le peu d'abondance et d'étendue des râles, en complet désaccord avec l'intensité de la dyspnée, devait faire songer à l'existence de cette dernière complication. Il n'est pas sans intérêt de faire observer le désaccord qui se produisit, après l'opération, dans le rapport entre le nombre des respirations et celui des pulsations : avant la trachéotomie, il y avait 174 pulsations et 44 respirations, ou à peu près 4 pulsations pour 1 respiration (le rapport normal est de 3 à 1, comme on sait); deux heures plus tard, le nombre des pulsations tombait à 148 et celui des respirations s'élevait à 52; quand l'un diminuait de 26, l'autre augmentait de 8. Il y avait ainsi un peu moins de 3 pulsations pour 1 respiration, c'est-à-dire que l'obstacle laryngé n'existant plus, l'influence de la dyspnée thoracique se faisait sentir en augmentant le nombre des respirations.

X Obs. VII. — Drouet (Louise), âgée de cinq ans, entre, le 5 janvier 1859, dans le service de M. Blache, pour une angine couenneuse avec croup.

L'angine a débuté huit jours auparavant. Les symptômes du croup datent de la veille. On opère l'enfant en raison de la violence de la dyspnée ; l'opération détermine la sortie de trois fausses membranes épaisses, et produit un soulagement immédiat, mais d'assez courte durée. *Somnolence*, décubitus latéral droit. Dix heures après l'opération, respiration à 64, régulière, non bruyante, tranquille, quoique haute. Pouls à 144. Peau chaude, face un peu colorée; yeux cernés. A l'auscultation, râles sous-crépitants aux deux bases, surtout à gauche; respiration sèche et légèrement soufflante de ce côté.

Journée très-mauvaise ; mort vingt-neuf heures après l'opération, sans agonie et par asphyxie lente.

Autopsie. — *Larynx* complétement tapissé de fausses membranes épaisses. *Trachée* également envahie dans toute son étendue par d'épaisses fausses membranes, qui s'arrêtent brusquement à l'origine de la *bronche* droite et s'étendent, au contraire, dans toute la bronche gauche jusqu'aux ramifications d'avant-dernier ordre, en diminuant progressivement, de haut en bas, d'épaisseur et de consistance. Au-dessous des fausses membranes, la muqueuse de la bronche gauche est très-congestionnée, très-rouge, et cela d'autant plus que la fausse membrane demi-liquide est évidemment de formation plus récente. Le poumon gauche est fortement congestionné, et un grand nombre de lobules des deux tiers inférieurs sont le siége d'une hépatisation rouge commençante. Au contraire, le poumon droit est, dans une grande étendue, en état de collapsus.

Réflexions. — Ici encore, après l'opération, la dyspnée thoracique devint telle, que le rapport entre les pulsations et les respirations ne fut plus que de 2,2 à 1 au lieu de 3 à 1 (144 à 64). Cette dyspnée était hors de proportion avec les signes stéthoscopiques (quelques râles sous-crépitants aux deux bases) et ne pouvait s'expliquer que par une bronchite pseudo-membraneuse. Celle-ci, qui existait en effet à gauche, ne donnait d'autre signe de son existence que la sécheresse légèrement soufflante du bruit respiratoire.

Obs. VIII. — Joséphine B..., âgée de cinq ans, entre, le 1er juillet 1857, à l'hôpital des Enfants, avec les symptômes du *croup.*

La maladie a débuté, sept jours auparavant, par du mal de gorge et de l'enrouement. Il y a eu la veille au soir un *accès de suffocation* très-violent qui s'est renouvelé à trois heures du matin.

A son entrée à l'hôpital, la malade, dans un *état d'asphyxie* imminente, présente *tous les signes d'un croup arrivé à la dernière période.* Après avoir rapidement constaté qu'elle ne présente *pas de contre-indication* absolue, M. Millard s'empresse de l'opérer : hémorrhagie veineuse, menaces d'asphyxie; quatre ou cinq fausses membranes blanches, épaisses, bien caractérisées, sont expulsées.

Une heure après l'opération, la petite malade rend d'autres débris pseudo-membraneux; elle a pris un teint rosé, *mais elle a le regard morne et une somnolence fâcheuse;* la *respiration, fréquente, irrégulière,* devient *serratique* par moments ; crachats liquides, mousseux, grisâtres. Dans la poitrine, examinée avec le plus grand soin, la *sonorité est partout normale ; râles ronflants et muqueux* sensibles à la main ; transmission du bruit métallique laryngo-trachéal.

La fin de la journée et la nuit se passent assez bien; mais vers six heures du matin (dix-huit heures après l'opération), M. Millard est mandé en toute hâte près de l'enfant, qui a un violent accès de suffocation provoqué par une fausse membrane énorme. Quand il arrive, la canule a été retirée, et cette *fausse membrane* vient d'être extraite par la religieuse, mais elle s'est brisée; telle qu'elle est, elle est encore fort remarquable par sa forme et ses dimensions : elle consiste en un *tube ramifié,* représentant exactement *la trachée, les grosses bronches et les premières divisions bronchiques.*

Le 2 juillet (deuxième jour de la trachéotomie), à la visite, face cyanosée; 140 pulsations, 60 *respirations;* un peu de *submatité* dans la fosse sous-épineuse droite; gros râles et respiration légèrement soufflante des deux côtés.

Dans la journée, l'enfant ne rend aucune fausse membrane ; toux rare, crachats un peu moins liquides; *dyspnée extrême, pouls innombrable; râles sous-crépitants généralisés* comme dans la bronchite capillaire.

Le 3, *asphyxie lente*, agonie. Mort à une heure de l'après-midi.

Autopsie. — *Amygdales* gonflées, ramollies, infiltrées de pus, sans fausse membrane.

Il n'existe *plus de fausse membrane dans le larynx, la trachée ni les bronches.* Ces organes ne renferment plus qu'une *matière boueuse* rougeâtre, semi-liquide, au-dessous de laquelle la muqueuse est grisâtre, sale, sans ulcérations.

Les deux *poumons* sont *très-congestionnés*, mais le lobe inférieur gauche est ferme, compacte, friable, et présente même vers son centre un noyau vert-brun qui a l'aspect, mais non l'odeur de la gangrène. (Millard, *Thèse*, p. 200.)

Réflexions. — La complication thoracique se manifeste, dès la première heure qui suit la trachéotomie, par la fréquence de la respiration et la production de râles ronflants et muqueux; plus tard, la malade rejette une fausse membrane ramifiée, évidemment trachéo-bronchique; puis la dyspnée devient de l'asphyxie, les râles muqueux se généralisent et deviennent sous-crépitants, et, à l'autopsie, on trouve dans tout l'arbre aérien une matière boueuse, rougeâtre, semi-liquide, et qui n'est autre, — l'examen microscopique me l'a maintes fois démontré, — que de la diphthérite à l'état rétrograde, un mélange de fibrine granuleuse et fibrillaire, de cellules cylindriques d'épithélium et de globules pyoïdes et muqueux.

Ici la symptomatologie de la bronchite pseudo-membraneuse est complète, et les signes marchent d'accord avec les lésions.

III

REVUE CLINIQUE.

Atrophie complète du lobule de l'insula et de la troisième circonvolution du lobe frontal, avec conservation de l'intelligence et de la faculté du langage articulé. — Observation communiquée à la Société médicale des hôpitaux et à la Société anatomique.

Obs. — Le 1er juin 1863 est entrée, dans la salle Sainte-Cécile, à l'hôpital Necker, une femme âgée de vingt-quatre ans, mère de deux enfants, atteinte depuis environ un an d'une tuberculisation pulmonaire arrivée aujourd'hui au deuxième degré, avec sueurs et diarrhée colliquatives. Sans insister sur les phénomènes ayant trait à la maladie tuberculeuse, qui n'ont présenté rien de particulier chez cette femme, nous voulons signaler quelques particularités intéressantes sur l'état du membre supérieur du côté gauche. Certains muscles et certains groupes de muscles sont habituellement dans un état de contraction qui modifie singulièrement l'attitude du membre et met la malade dans l'impossibilité presque absolue d'en faire usage.

C'est ainsi que la contraction du biceps et des fléchisseurs de l'avant-bras maintient ce segment du membre supérieur dans un état de demi-flexion sur le bras et rapproche les extrémités des doigts de la paume de la main ; que la contraction du deltoïde éloigne le bras du tronc et tend à le rapprocher de la tête ; la volonté de la malade est complétement impuissante à modifier cet état, mais, à plusieurs reprises et à l'aide d'un léger effort, il nous a été possible de rapprocher le bras du tronc, de ramener les autres parties dans l'extension, et cela sans provoquer de douleur. Ajoutons que la contraction du biceps n'a jamais pu être vaincue complétement ; de telle sorte que l'avant-bras conserve toujours un certain degré de flexion sur le bras. Tous les muscles dont nous venons de parler étaient beaucoup plus volumineux, plus durs que ceux de l'autre côté, et il était aisé, à chaque instant, de constater leur état d'activité.

Les différentes parties du membre étaient, à de rares intervalles et dans leur ensemble ou individuellement, le siége de mouvements involontaires et de sensations douloureuses.

La sensibilité ne paraît avoir subi aucune modification, et la comparaison attentive des deux côtés du corps ne nous a permis de constater aucune atrophie musculaire.

Ces troubles divers avaient dix-huit ans de date, et la malade les attribue à une rougeole qu'elle aurait eue à l'âge de six ans, et qui se serait compliquée d'accidents nerveux sur la nature desquels il est difficile d'avoir des détails précis. Pourtant il paraît certain qu'une perte de connaissance de quarante-huit heures fut suivie d'une hémiplégie gauche complète, la face y comprise ; peu à peu le mouvement est revenu au membre supérieur et à la face, et la paralysie du membre supérieur a été remplacée par de la contracture.

L'intelligence nous a semblé intacte, et la malade, dont la parole est très-nette, nous a, à diverses reprises, fourni les détails que nous venons de rapporter.

Elle a succombé aux progrès de la maladie tuberculeuse, le 4 juillet, sans que l'on ait observé aucune particularité notable du côté des systèmes nerveux et musculaire.

A l'*autopsie*, nous avons trouvé une caverne profonde du sommet droit et de nombreuses ulcérations de l'intestin grêle qui avaient été diagnostiquées pendant la vie.

Quant à la lésion cérébrale, qui mérite de nous arrêter un peu plus longtemps, nous nous étions contenté d'annoncer qu'elle devait avoir pour siége le lobe droit de l'encéphale, sans nous prononcer sur sa nature, en écartant l'idée de tubercule cérébral ou des méninges, à cause de l'ancienneté des accidents et de leur marche.

Or, après avoir enlevé l'enveloppe osseuse et la dure-mère, l'hémisphère gauche nous a paru sain ; mais à droite, à l'intersection de la scissure de Sylvius par celle de Rolando, et un peu au-dessus, il existe une dépression ayant environ 3 centimètres d'avant en arrière et 5 centimètres dans le sens transversal. A son niveau, les méninges, un peu épaissies et moins transparentes que sur les parties saines, n'ont contracté aucune adhérence avec la substance cérébrale.

Pour apprécier dans toute son étendue la lésion de cette dernière, il faut écarter les deux bords de la scissure de Sylvius. Alors on constate les particularités suivantes : les circonvolutions du lobule de l'insula ont complétement disparu, et la saillie pyramidale, que, par leur ensemble, elles forment à l'état normal est remplacée par une surface plane et même un peu déprimée à son centre. De la *troisième* circonvolution frontale ou marginale supérieure qui, comme on le sait, circonscrit en haut l'insula et constitue le bord supérieur de la scissure de Sylvius, il ne reste, dans une étendue de 2 centimètres, que la partie la plus antérieure, qui s'appuie sur la circonvolution la plus externe du lobule orbitaire. La *deuxième* circonvolution frontale, presque intacte, est cependant un peu atrophiée à sa base et aussi dans deux points de sa périphérie, l'un voisin de l'extrémité antéro-inférieure, l'autre au niveau de l'un des coudes qu'elle fait dans le voisinage de la circonvolution transverse antérieure. Cette dernière est réduite à une lame très-mince dans toute sa moitié inférieure, la supérieure ayant conservé ses dimensions normales. La transverse postérieure, celle qui, avec la précédente, limite la scissure de Rolando, n'existe que tout à fait en haut, dans une étendue de 3 centimètres environ ; en bas elle a presque entièrement disparu.

Enfin, la première circonvolution temporale du lobe temporo-sphéroïdal, ou marginale inférieure, qui, comme son nom l'indique, forme le bord inférieur de la scissure de Sylvius, est aussi atrophiée, mais seulement dans sa partie antéro-inférieure où son épaisseur est réduite de moitié. Dans tous les points malades, la substance cérébrale a une coloration jaune pâle parfaitement uniforme avec un certain degré de transparence, d'une consistance un peu plus ferme que dans les parties saines. Comme nous l'avons déjà dit, les méninges à leur niveau n'ont contracté aucune adhérence, et les liens vasculaires qui les unissent habituellement à la substance nerveuse n'existent plus. Celle-ci est en quelque sorte revenue sur elle-même. Il semble que la partie centrale ait été peu à peu resserrée, et que la couche corticale soit restée intacte, tout en s'affaissant plus ou moins suivant le degré de l'atrophie. Il nous a été impossible de constater, soit un point ramolli, soit une partie ulcérée.

Jusqu'où s'étend, dans la profondeur de l'hémisphère, du côté de la couche optique et du corps strié la lésion cérébrale? C'est ce qu'il nous a été impossible de déceler, n'ayant fait aucune des coupes qui eussent été indispensables à cette recherche. Toutefois, il nous a semblé qu'à la partie postérieure de cette surface plane, vestige de l'insula de Reil, une lame mince de la substance dégénérée fermait la cavité du ventricule moyen.

Sans chercher comment la lésion si caractéristique que nous venons de décrire a évolué, et comment elle a donné lieu aux phénomènes observés pendant la vie du côté du membre supérieur gauche, nous ferons simplement remarquer que ce fait prouve, d'une manière incontestable, que l'intégrité absolue de l'intelligence et de la faculté du langage articulé peut coïncider avec une atrophie complète du lobule de l'insula de Reil et de la troisième circonvolution du lobe frontal, qui, suivant quelques observateurs, serait constamment altérée dans les cas d'aphémie.

Dr Parrot.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

Séance du 20 juillet 1863. — Présidence de M. Velpeau.

M. *Violand* adresse de Colmar un mémoire *sur l'arnica et sur ses propriétés physiologiques et thérapeutiques.* (*Renvoi à l'examen de* M. Bussy.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente au nom de l'auteur, M. *Foley*, une *Étude sur le travail de l'homme dans l'air comprimé*, ouvrage destiné au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

« En étudiant, dit l'auteur, les maux de l'homme soumis à de trop brusques variations barométriques, j'ai pensé aux animaux qui supportent sans en souffrir de grandes différences de pression quand ils se déplacent dans le sens vertical, et j'ai cru pouvoir attribuer cette précieuse faculté, chez les uns à des sacs aériens, chez les autres à une vessie natatoire, chez ceux-ci à des modifications pulmonaires, chez ceux-là enfin à des poches à gaz, supposant ainsi, comme on le voit, à certains organes des usages qu'à ma connaissance on ne leur avait pas encore attribués. (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans les départements de l'Ardèche et de Seine-et-Oise, et dans les arrondissements de Nantes et de Paimbœuf. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Des rapports d'eaux minérales, par MM. les docteurs *Jaubert* et *Foucort*. — *c.* Un rapport de M. le docteur *Richard* sur sept cas de rage observés et traités dans le canton d'Autrey (Haute-Saône). (*Commission de la rage.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. *Blot*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'accouchements. — *b.* Une lettre de M. le docteur *Deleau* sur un moyen simple de prévenir la transmission de la syphilis par les sondes employées pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache. — *c* Un rapport de M. le docteur *Reverchon* (de Nogent) sur une épidémie récente d'angine diphthéritique et de croup. (*Commission des épidémies.*)

M. *Rayer* offre en hommage : 1° de la part de M. *Giraldès*, la traduction d'un ouvrage de M. *Hutchinson*, SUR LES MALADIES SYPHILITIQUES DES YEUX ET DES OREILLES DANS L'ENFANCE ; 2° de la part de la Société de médecine de Caen, le *compte rendu* de ses travaux.

M. *Guérard* dépose sur le bureau un travail de M. *Pétrequin* (de Lyon), intitulé : EXAMEN CRITIQUE DE LA PRÉPARATION QU'ON FAIT SUBIR AUX EAUX MINÉRALES DANS LE BUT D'EN CONCENTRER LES ÉLÉMENTS DE MINÉRALISATION. (*Commission des eaux minérales.*)

M. *Larrey* fait hommage d'un ouvrage de M. le docteur *Ballay*, médecin militaire, SUR LES ENDÉMO-ÉPIDÉMIES DE LA VILLE DE ROME. (*Commission des épidémies.*)

Lecture.

OBSTÉTRIQUE. — M. *Blot*, candidat pour la section d'accouchements, lit une note SUR LE RALENTISSEMENT DU POULS DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL.

Voici les conclusions de ce travail :

« 1° Chez les femmes en couche *bien portantes*, on voit généralement survenir un ralentissement du pouls plus ou moins marqué. 2° La fréquence de ce phénomène varie nécessairement avec l'état sanitaire. Il ne tient pas à une disposition particulière à quelques femmes qui auraient naturellement et ordinairement le pouls lent ; c'est un fait général, en rapport avec la déplétion utérine. 3° Le degré de ce ralentissement peut varier beaucoup ; il oscille le plus communément entre 44 et 60 pulsations ; dans un cas, le pouls est tombé à 35. Le régime alimentaire n'exerce pas d'influence manifeste sur ce phénomène. 4° On le trouve plus souvent chez les multipares que chez les primipares, ce qui peut s'expliquer par la fréquence plus grande des accidents puerpéraux chez les dernières. 5° La durée du ralentissement varie de quelques heures à dix ou douze jours. Elle est, en général, d'autant plus longue que le ralentissement est plus considérable. 6° La marche du ralentissement du pouls est presque toujours la même ; il commence ordinairement dans les vingt-quatre heures qui suivent l'accouchement ; il va en augmentant, reste un certain temps stationnaire, puis disparaît peu à peu. On le voit souvent persister, même à un degré très-prononcé, pendant la période décrite généralement sous la dénomination impropre de *fièvre de lait*. 7° La longueur du travail ne paraît pas exercer une influence notable sur son développement et sur son degré. Au contraire, le moindre état pathologique l'empêche de se produire et le fait disparaître. On l'observe après l'avortement, après l'accouchement prématuré, spontané ou artificiel. Les tranchées utérines, même intenses, ne le font pas disparaître. Il n'en est pas ordinairement de même des hémorrhagies. 8° Les positions couchée, assise ou debout le font varier très-notablement. 9° Le ralentissement du pouls est un signe pronostique très-favorable. On ne le rencontre que chez les femmes bien portantes. Dans un service d'hôpital, sa fréquence indique un état sanitaire excellent ; sa rareté doit faire craindre l'invasion prochaine de quelque épidémie. 10° Quant à sa cause, il ne faut pas la chercher dans une sorte d'épuisement nerveux. Les recherches sphygmographiques, entreprises avec le concours de M. Marey, montrent d'une manière manifeste qu'il est en rapport avec une augmentation de la tension artérielle après l'accouchement. » (*Ce travail est renvoyé à la section d'accouchements.*)

Élection.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre correspondant national. Sont présentés : en première ligne, *ex æquo*, MM. *Alquié* et *Reybard ;* en deuxième ligne, M. *Parise* (de Lille) ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. *Bardinet* (de Limoges) et *Diday* (de Lyon) ; en quatrième ligne, M. *Notta* (de Lisieux).

Le nombre des votants étant 51, et la majorité 26, M. *Reybard* obtient 22 voix ; M. *Parise*, 12 ; M. *Alquié*, 11 ; M. *Bardinet*, 3 ; M. *Diday*, 2 ; bulletin blanc, 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des suffrages, l'Académie procède à un second tour de scrutin.

Le nombre des votants étant 44, et la majorité 23, M. *Reybard* obtient 29 voix ; M. *Alquié*, 7 ; M. *Parise*, 5 ; M. *Bardinet*, 2 ; bulletin blanc, 1.

En conséquence, M. *Reybard* est proclamé membre correspondant de l'Académie.

Lecture.

PLESSIMÉTRISME. — M. *Piorry* lit un mémoire SUR LA MENSURATION DU CŒUR.

« La mesure exacte du cœur par l'auscultation, dit M. Piorry, est presque impossible ; car, bien que Laennec ait cru pouvoir apprécier par l'oreille le volume absolu de cet organe, on voit que des cœurs qui battent avec énergie, et que le plessimétrisme démontre être très-petits, font entendre leurs contractions dans toute l'étendue du thorax ; par contre, des ventricules et des oreillettes très-volumineux qui battent faiblement et sourdement, ont, par le stéthoscopisme, des pulsations à peine appréciables sur la région cardiaque. Le foie communique parfaitement à l'oreille et à la main appliquées sur l'épigastre les battements de cœur d'une faible dimension, ce qui a fait commettre plus d'une erreur. C'est donc la percussion qui, seule à peu près, peut faire apprécier le volume et le siége du cœur ; mais, pratiquée immédiatement, comme le faisaient Avenbrugger, Corvisart et Laennec, elle ne présente pas assez de précision, les impressions tactiles et acoustiques qu'elle donne ne sont pas assez développées pour que l'on puisse déterminer nettement les variations que les rapports du cœur avec les côtes peuvent présenter. Ce que je dis ici de la percussion simple est en partie applicable à la percussion sur le doigt ou dactyloplessisme.

» La palpation est encore plus incapable de donner sur ce sujet des documents de quelque valeur.

» On dessine exactement par le plessimétrisme et par le crayon dermographique : le siége exact du cœur ; son volume, sa forme, son épaisseur, ses rapports ; la profondeur à laquelle il est placé. En s'aidant de l'influence que les inspirations profondes et réitérées, et de celle que l'action de retenir la respiration exercent sur le volume du cœur, on parvient à déterminer avec certitude qu'il s'agit d'une simple hypertrophie, d'une dilatation ou de la réunion de ces deux états.

» Le plessimétrisme, le dessin linéaire, permettent encore de dessiner au juste la partie de l'oreillette droite qui dépasse le ventricule du même côté ; ce même ventricule droit ; le ventricule gauche ; la portion du ventricule droit qui recouvre le gauche et l'étendue de la lamelle du poumon qui recouvre le cœur ; l'épaisseur de la partie de la paroi du ventricule gauche qui est située par en haut, et même celles des fibres musculaires correspondantes à la pointe de cet organe ; les points de

la surface antérieure du cœur qui correspondent au sang contenu dans le ventricule gauche; l'étendue de la partie du cœur qui repose sur le foie; le siége et le volume de l'aorte thoracique, de la bronche gauche, et de la plupart des gros vaisseaux qui partent du cœur ou qui s'y rendent, et même l'artère brachio-thoracique. Enfin, dans ces derniers temps, il a été possible de limiter la portion d'oreillette gauche qui dépasse la hauteur à laquelle s'élève le ventricule gauche.

» On peut encore, par la *cardiographie plessimétrique*, préciser d'une manière mathématique quels sont les points du thorax qui correspondent à tel ou tel orifice. Il en résulte que le maximum d'un bruit venant à se rencontrer justement au niveau de telle ou telle ouverture du cœur, donne d'utiles notions sur la position exacte de ce bruit anormal. D'ailleurs, en limitant l'aorte et l'artère pulmonaire, rien n'est si facile que de s'assurer que, dans les cas où le bruit anormal se propage dans l'étendue de l'aorte, la sténosie existe dans l'orifice cardi-aortique, tandis que, s'il ne se rencontre pas au delà du lieu où se trouve l'artère pulmonaire, c'est dans les orifices droits que doit être le siége du mal. »

M. Piorry ajoute quelques considérations sur les erreurs auxquelles peut conduire la mensuration cadavérique des diverses parties du cœur, alors qu'on ne tient pas compte du genre de mort auquel les malades ont succombé.

M. Piorry, en terminant la lecture de son travail, désire se justifier d'une opinion qui lui est prêtée dans les livres classiques, et qui est due aux livres de M. Bouillaud. Il rappelle qu'il ne croyait pas à l'action isolée des deux cœurs, et qu'à la fin de son TRAITÉ DE DIAGNOSTIC, en 1837, il rapportait une expérience qu'il avait faite sur le cheval : en introduisant un tube dans chaque cavité, l'écoulement isochrone du sang lui avait prouvé que les deux ventricules se contractaient simultanément.

— M. *Bouillaud* dit qu'il a publié dans la première édition de son TRAITÉ DES MALADIES DU CŒUR, en 1835, les opinions émises par M. Piorry dans les ARCHIVES en 1834. Il ne pouvait pas parler alors des modifications que M. Piorry ferait subir postérieurement à ses opinions.

M. *Piorry* reproche à M. Bouillaud de n'avoir pas introduit ces modifications dans la deuxième édition de son TRAITÉ, qui a paru en 1841, c'est-à-dire après la publication du TRAITÉ DU DIAGNOSTIC, où sont exposées de nouvelles expériences sur la physiologie des bruits du cœur.

PATHOLOGIE INTERNE. — M. le docteur *Henri Gintrac* (de Bordeaux) donne lecture d'un travail intitulé : DE LA CONTAGION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. Il rappelle d'abord que ce fut l'illustre Bretonneau qui vint le premier, au sein de l'Académie de médecine, signaler la contagion de la dothiénentérie. Malgré les nombreux travaux faits sur ce sujet, la question de contagion semble encore indécise. Cette divergence d'opinion ne tiendrait-elle pas à ce que la fièvre typhoïde peut naître et se développer sous deux influences distinctes, naître sous l'influence de causes locales délétères et se propager par voie de contagion?

La fièvre typhoïde est produite le plus souvent, il est vrai, par l'infection, et l'on peut dire que certaines localités sont à cette fièvre ce que les marais sont à la fièvre intermittente, ce que les colonies et certaines régions équatoriales sont à la fièvre jaune. Mais si la fièvre typhoïde peut ne pas apparaître comme contagieuse, quand par son étiologie elle se rapproche des maladies endémiques, il n'en est plus de même lorsqu'elle règne dans des lieux très-salubres qui ne favorisent point son développement primitif. Le doute est permis quand on ne sait trop discerner si elle est l'effet d'une cause locale ou le résultat d'une transmission d'individu à individu. Toute incertitude ne doit-elle pas cesser lorsqu'on peut suivre la même épidémie dans deux conditions locales différentes; de telle sorte que les circonstances qui expliquaient son origine dans un endroit ne rendent plus raison de sa propagation dans un autre?

Ces deux conditions opposées, M. Henri Gintrac les a constatées; il a observé et il décrit deux épidémies de fièvres typhoïdes qui ont régné l'une après l'autre dans deux contrées différentes sous tous les rapports : à Sainte-Croix-du-Mont d'abord, à Gabarnac ensuite. Dans la première commune, la fièvre typhoïde est déterminée par des influences telluriques; elle est le résultat d'une infection. Dans la deuxième, elle se propage par contagion, et M. Gintrac montre le principe morbifique se transmettant successivement chez vingt-deux individus. Parmi les agents de cette propagation contagieuse, se trouve un enfant de neuf mois. Nourri par sa mère atteinte de fièvre typhoïde, cet enfant tombe malade; transporté à une certaine distance, en dehors du foyer contagieux, il communique à une nouvelle nourrice la maladie dont il avait puisé le germe au sein de la première.

Ancien élève de l'école de Paris, dit en terminant M. Henri Gintrac, médecin dans une grande ville, attaché depuis longtemps à un vaste hôpital, je n'avais jamais observé aucun fait positif de transmission de dothiénentérie, et je croyais peu à la contagion; mais les événements qui se sont déroulés sous mes yeux m'ont fourni l'occasion de comparer deux épidémies voisines et successives, l'une causée par infection, l'autre manifestement produite et propagée par contagion. Je conclus que dans certaines circonstances, encore indéterminées, la fièvre typhoïde est contagieuse. (*Comm.* : MM. Louis, Barth et Briquet.)

La séance est levée à cinq heures.

V

REVUE DES JOURNAUX.

De la syndactylie congénitale; opération, par le docteur DELORE, chirurgien en chef désigné de la Charité.

OBS. — *Syndactylie congénitale chez un enfant de vingt mois; opération autoplastique par le procédé de Zeller; ablation du médius atrophié. Guérison.* — Cotelle, jeune garçon âgé de vingt mois, est affecté d'une syndactylie congénitale de tous les doigts de la main droite. Il est, du reste, doué d'une bonne santé, d'une excellente constitution. Son père et sa mère n'étaient point parents avant leur mariage; ils ont déjà eu deux enfants parfaitement conformés, et aucune difformité n'a jamais été observée dans leurs familles. La mère était à peu près au deuxième mois de sa grossesse, lorsqu'elle vit un jeune homme, affecté d'une difformité de la main, que venait de prendre une attaque d'épilepsie. — Frappée vivement tout d'abord par ce spectacle, elle l'oublia bientôt complétement, pour s'en souvenir ensuite au moment où elle mit au monde un enfant difforme.

Description de la main. — La main gauche ne présente rien de spécial : elle est vigoureuse et parfaitement conformée. Voici ce que la main droite offre de particulier. Tous les doigts sont soudés ensemble; la dernière phalange seule est libre, mais pour quelques-uns d'entre eux seulement. Cette main, quoique supportée par un avant-bras bien musclé, a subi un arrêt de développement bien manifeste, quand on la compare à celle du côté gauche. L'atrophie, du reste, ne porte pas seulement sur la région phalangienne, mais aussi sur le métacarpe.

Le *pouce* est le doigt le mieux conformé et qui possède relativement le volume le plus considérable; il est uni avec l'index par une membrane interdigitale qui part de l'extrémité inférieure de la deuxième phalange de ces deux doigts. Cette membrane, douée d'une certaine laxité, permet un léger écartement.

L'*index* a un volume qui est presque moitié moindre que celui du côté gauche; le pouce, étant droit, atteint au même niveau que l'index. Il est douteux qu'il possède trois phalanges; non-seulement il est uni avec le pouce, mais encore il est soudé bien plus intimement avec le médius.

Le *médius* est, de tous les doigts, le plus atrophié; son extrémité descend moins bas que celle de l'index; il est très-grêle et soudé avec l'index jusqu'à l'extrémité de la pulpe digitale. L'union est moins complète avec l'annulaire.

L'*annulaire* est le plus long de tous les doigts; sa dernière phalange est complétement libre de toute adhérence.

L'auriculaire est plus grand relativement que l'annulaire; il possède trois phalanges ; la dernière est dépourvue d'ongle.

La peau de la région dorsale de la main est assez lâche et assez souple ; au-dessous d'elle se trouve un tissu cellulo-adipeux très-abondant. La peau de la région palmaire est plus solide; il serait impossible d'y trouver les éléments de lambeaux autoplastiques.

Mouvements. — Si l'on cherche quelle est leur étendue, on voit que le pouce possède celui d'opposition d'une manière assez prononcée. C'est sans doute à cette cause qu'est dû son développement. Quant aux autres doigts, ils possèdent la flexion et l'extension, mais tous ces mouvements sont très-limités. Le petit doigt paraît plus fort que les autres; il est recourbé en crochet.

Malgré cette difformité prononcée, l'enfant se servait de sa main, soit pour saisir ses jouets, soit pour manger.

Opération, le 29 *octobre* 1861. — Un lambeau triangulaire dorsal est disséqué : sa pointe mousse correspond à l'extrémité inférieure de l'adhérence interdigitale; sa base est au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Du côté de la face palmaire, on achève de séparer l'espace interdigital par une incision simple. Cette incision est également poursuivie jusqu'au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne et même un peu au-dessus. A l'extrémité de cette incision, on en fait une autre très-petite et perpendiculaire, afin d'avoir une surface plane qui s'applique exactement sur la pointe émoussée du lambeau. C'est de cette façon qu'on agit pour séparer le pouce de l'index et l'annulaire du petit doigt. Nous avons dit que le médius était atrophié. On se décide à l'enlever complétement, et de telle façon que la peau qui le recouvrait pût servir pour former le lambeau qui devait se placer dans l'espace interdigital. Un lambeau est donc taillé sur la face dorsale comme s'il n'y avait pas de médius. Une fois ce lambeau disséqué et l'incision palmaire achevée, on pratique la désarticulation du médius, dont on enlève ainsi tout le squelette sans toucher aux téguments.

Ce médius est constitué par deux phalanges bien apparentes. La première occupe plus des deux tiers de sa longueur ; elle est encore cartilagineuse. La seconde, qui paraît s'articuler avec la première, supporte l'ongle. Toutefois il est possible qu'il y ait deux phalanges réunies entre elles, la petitesse du doigt empêchant de le reconnaître.

Grâce à l'ablation de ce doigt, on eut un lambeau dorsal bien fourni pour combler l'espace entre l'index et l'annulaire.

La pointe tronquée de chaque lambeau est unie par une suture métallique à la petite incision transversale de la paume de la main; quelques autres fils d'argent furent encore placés pour réunir la peau autour des doigts ; mais comme ils paraissaient déterminer une constriction trop forte de l'annulaire et de l'index, on les enleva d'un côté de ces doigts seulement. Des bandelettes de diachylon furent placées dans l'espace interdigital pour y appliquer exactement le lambeau; puis les doigts furent entourés avec de la charpie anglaise cératée.

La cicatrisation des plaies marcha régulièrement. Voici l'état observé le 29 mars 1862 :

Le *pouce* est bien conformé, fort et développé. L'espace qui le sépare de l'index est profond, large, et ne laisse rien à désirer. L'*index* ne s'est pas développé; il ne dépasse pas le pouce. Il paraît constitué par deux phalanges seulement. L'articulation de ces deux phalanges jouit d'un mouvement à peine appréciable, tandis que l'articulation métacarpo-phalangienne est très-mobile. Ce doigt est séparé de l'annulaire par un espace profond dans lequel on sent la tête du troisième métacarpien, qui est privé du médius. *L'annulaire* est plus long que l'index ; son extrémité inférieure est mince, mais le doigt est très-mobile. Cependant on ne peut lui reconnaître que deux phalanges. *L'auriculaire* est assez fort et bien développé; il possède trois phalanges, mais les deux dernières sont peu mobiles l'une sur l'autre. L'espace qui sépare ce doigt de l'annulaire n'est pas aussi accusé que les autres; il s'est produit là une certaine rétraction cicatricielle, mais les adhérences sont lâches, ne descendent que jusqu'au milieu de la première phalange, et permettent une grande étendue de mouvement. — Lorsque l'enfant quitta Lyon, la cicatrisation de ce dernier espace n'était pas complète, de sorte qu'il ne me fut pas possible de la surveiller.

Il se sert de sa main droite aussi bien que de sa main gauche ; c'est à peine s'il montre une prédilection pour celle-ci dans les mouvements qui exigent un effort plus prononcé.

Il saisit les objets, mais son index lui sert de point d'appui seulement, à cause de l'absence de mobilité des phalanges l'une sur l'autre. Cependant ce doigt s'applique assez facilement sur la paume de la main.

Chez une personne bien conformée, la commissure des doigts se prolonge à peu près au niveau de la partie moyenne de la première phalange, soit également ce qui existe chez le sujet de notre opération.

On voit que l'auteur s'est conformé au précepte donné par M. Verneuil, et déjà suivi par M. Courty, celui d'enlever le médius, afin d'obtenir un lambeau mieux fourni, et de faire disparaître un doigt dont l'atrophie eût constitué une difformité désagréable. (*Gazette médicale de Lyon*, 1er avril 1863.)

Traitement de la chorée par l'arsenic,
par M. Wannebroucq.

On sait que le traitement de la chorée par les préparations arsenicales, très-employé en Angleterre et en Allemagne depuis longtemps, a pris faveur en France depuis les essais de Guersant et de M. Rayer, et plus encore depuis les travaux d'Aran (de 1856 à 1859). M. Wannebroucq apporte à cette question de thérapeutique son contingent, qui est de trois observations seulement, auxquelles M. Rey, dans la Société où a été lu le mémoire de son collègue, a ajouté une quatrième observation du même genre. Ces quatre faits ont le mérite de ne laisser aucune incertitude sur l'action rapide et décisive de l'arsenic. Chez les trois malades de M. Wannebroucq, la chorée était parfaitement caractérisée, et, chez deux, elle paraissait avoir une origine rhumatismale, conformément à la doctrine de M. Germain Sée. Chez toutes trois, l'amélioration s'est fait sentir dès les premiers jours du traitement. La guérison a été complète, dans un cas, au bout de seize à dix-sept jours ; dans un autre, au bout de douze jours; dans le troisième, en sept ou huit jours (ce dernier sujet a succombé peu de temps après à une affection aiguë du cœur).

Chez le malade de M. Rey la chorée a duré environ trois mois. Dans le premier mois, l'affection a été abandonnée à elle-même ; dans le second, l'emploi du fer, des bains sulfureux, des laxatifs, de la gymnastique, n'a donné aucun résultat. Mais à peine l'arsenic a-t-il commencé à être administré à dose un peu élevée (une grande cuillerée par jour d'une solution d'arséniate de soude à 0,05 par 120 grammes de véhicule) que l'amélioration devint manifeste. Trois semaines après, la guérison était complète.

M. Wannebroucq s'exprime ainsi au sujet de la nosologie de l'acide arsénieux. « L'expérience a démontré que la dose de 5 milligrammes est presque constamment bien supportée, et que les malades n'en ressentent aucun malaise. Dans ce cas, on peut, dès le lendemain, doubler la dose d'acide arsénieux, en le faisant administrer dans une suffisante quantité de véhicule, que le malade prend, en trois ou quatre fois, dans les vingt-quatre heures, avec la recommandation expresse faite aux personnes chargées de surveiller le traitement, d'avoir à suspendre l'administration du médicament s'il se manifeste le moindre signe d'intolérance. Augmentant ainsi chaque jour de 2 à 5 milligrammes, on arrive très-rapidement à 15 ou 20 milligrammes, dose suffisante, chez les jeunes sujets, pour obtenir un amendement marqué des symptômes... Chez les enfants, on peut prescrire de 5 à 20 milligrammes d'acide arsénieux par jour. Chez un adolescent, je pense qu'il ne faut pas craindre d'élever la dose de l'acide arsénieux à 25 ou 30 milligrammes, et chez l'adulte, à 40 ou 50 milligrammes. Mais je crois, avec M. Aran, qu'il faut arriver rapidement à cette dose maximum, capable d'impressionner l'organisme et de produire promptement son action thérapeutique si le médicament est approprié. Cette méthode me paraît préférable à celle qui consiste à saturer lentement l'économie par de faibles doses longtemps continuées. » (*Bulletin médical du nord de la France*, avril 1863.)

VI

Sur quelques publications récentes relatives à la pathologie mentale.

(Suite. — Voir les numéros 22, 24 et 28.)

M. Marcé a parlé en fort bons termes de l'anatomie pathologique de la folie; mais il a eu tort, ce me semble, de s'en tenir à des données sommaires et générales et de trop envisager ce point de la pathologie mentale comme une des conquêtes réservées à l'avenir, au préjudice de certaines acquisitions positives du présent et du passé.

M. Dagonet, cette fois, a eu la main plus heureuse; et nous le félicitons d'avoir décrit, en les rattachant d'une manière directe à la folie, presque toutes les lésions intra-crâniennes qu'on trouve à l'autopsie des aliénés. Je dis *presque toutes*, car il en a omis quelques-uns, et des plus importantes : les foyers hémorrhagiques, par exemple, la thrombose et l'embolie cérébrales. Un autre reproche que je ne puis m'empêcher d'adresser à l'auteur d'un livre qui, par son origine récente, doit être l'expression fidèle et complète de l'état actuel de la science, c'est de n'avoir rien dit des dernières recherches anatomo-pathologiques de M. Calmeil, de Virchow, de M. Ch. Robin, de M. Brunet, de MM. Charcot et Vulpian (je ne parle point de celles de M. Lancereaux, qui sont de trop fraîche date pour pouvoir figurer dans l'ouvrage de M. Dagonet).

Sans doute, M. Marcé a raison de dire que les diverses formes d'aliénation mentale, sauf la *folie paralytique*, ou *paralysie générale*, n'ont pu être rattachées encore à des lésions corrélatives, constantes et notamment déterminées, de l'encéphale ou de ses dépendances; sans doute, ces lésions chez le fou n'offrent *au premier aspect* rien de particulier, rien de spécial, rien de caractéristique : ce sont, en effet, des méningites subaiguës ou chroniques, des encéphalites locales ou diffuses, des ramollissements, des épanchements séreux, des foyers apoplectiques, des kystes, des abcès, des néomembranes, des infiltrations œdémateuses, des tubercules, des tumeurs intra-crâniennes, etc. Mais de ce que ces altérations se retrouvent chez le reste des hommes, faut-il en conclure qu'elles n'ont aucune étroite lésion avec la folie, et qu'elles ne s'y rattachent que d'une manière secondaire, indirecte, à titre d'accidents ou de complications? A mon avis, c'est là une grande erreur, une erreur capitale, qu'on doit se hâter d'abjurer sous peine de voir longtemps encore l'anatomie pathologique de la folie languir dans un déplorable *statu quo*.

Et d'abord, il est certain, comme en témoignent les belles recherches de MM. Bayle, Calmeil et Parchappe, que les lésions cérébrales sont incomparablement plus fréquentes chez les aliénés que chez les autres hommes. C'est là un fait important et d'une valeur significative; il faut déjà en tenir compte comme d'un trait caractéristique, sinon spécial, pour l'histoire anatomo-pathologique de la folie. Mais ce n'est pas tout. Avant de prononcer que les altérations encéphaliques ne présentent aucun caractère spécial dans la folie, il ne faudrait pas, comme on le fait généralement, se contenter d'un examen rapide et superficiel. Il est temps de changer de méthode et de renoncer aux procédés expéditifs en matière d'autopsie cérébrale. Si, au lieu de hacher à grands coups de scalpel le cerveau d'un aliéné, on l'examinait scrupuleusement et à fond, en s'aidant de tous les moyens et de tous les instruments dont la science dispose; si, non content de découvrir une lésion grossière, comme un ramollissement ou un foyer apoplectique, on interrogeait chaque fibre, chaque cellule de la substance nerveuse; si l'on cherchait à poursuivre l'altération pathologique jusqu'à ses dernières limites, à en marquer rigoureusement le commencement et la fin, la profondeur et l'étendue, de façon surtout à en préciser très-exactement le siége et à bien voir de quelle manière et jusqu'à quel degré elle a désorganisé les éléments histologiques normaux; peut-être alors arriverait-on à reconnaître que les lésions cérébrales chez le fou et chez l'homme raisonnable ne présentent que des analogies apparentes, mais qu'en réalité elles diffèrent essentiellement par leur siége, leur mode d'association, la nature des désordres qu'elles produisent et les éléments anatomiques qu'elles altèrent ou qu'elles détruisent.

Et quand ce travail sera accompli, et quand de nombreuses observations auront été ainsi recueillies, on pourra, sans doute, assigner à chaque variété de folie sa lésion spéciale et constitutive. Alors l'anatomie pathologique de l'aliénation mentale sera bien près d'être faite. Notre savant maître, M. Calmeil, a ouvert la voie; M. Marcé, nous le savons, y est entré résolûment; qu'il y persévère ! Ses premiers essais n'ont pas été stériles, si l'on en juge par les prémices qu'il a offertes dernièrement à l'Académie de médecine.

Parmi les phénomènes variés, infinis, étranges, que présente la folie, il n'en est pas de plus surprenants, de plus extraordinaires, sans contredit, que les illusions et les hallucinations, c'est-à-dire ces aberrations de perception qui transfigurent les objets, ou qui impriment les apparences et les caractères de la réalité à des idées, à des souvenirs, à des sensations passées, ou aux fantômes de l'imagination.

Esquirol, Leuret, MM. Lélut, Michéa, Maury, Brierre de Boismont et Baillarger ont soigneusement approfondi ce difficile et ténébreux sujet, et en ont poussé l'étude jusqu'aux dernières limites de l'analyse psycho-sensorielle. On trouvera un résumé lumineux et fidèle des travaux de ces observateurs éminents dans les ouvrages de MM. Marcé et Dagonet. M. Dagonet ne prend franchement parti pour aucune des théories proposées pour expliquer la production et le développement de l'hallucination. M. Marcé n'hésite pas à adopter l'interprétation mixte, qui admet dans le mécanisme originel de ce phénomène la double intervention de l'élément sensoriel et de l'élément intellectuel. Dans une thèse remarquable (Paris, 1858), mais trop peu remarquée peut-être, un ancien interne distingué de Charenton, M. le docteur Viret, aujourd'hui médecin en chef de l'asile de Saint-Lizier, a présenté une théorie de l'illusion et de l'hallucination qui ne peut manquer de satisfaire ceux qui préfèrent les données positives de la physiologie aux hypothèses spéculatives de la métaphysique. Je suis heureux de trouver ici l'occasion de signaler le travail d'un laborieux et modeste observateur à l'attention et à l'estime de ceux qui professent ou qui écrivent sur la folie.

Contrairement à MM. Lélut et Calmeil, et d'accord avec MM. Michéa, Brierre de Boismont et Dechambre, M. Marcé et M. Dagonet admettent que tous les hallucinés ne sont pas fous: M. Dagonet, d'une manière à peu près formelle, M. Marcé avec une certaine réserve; car, suivant lui, si l'hallucination n'est pas toujours la folie, elle en est très-souvent le signe précurseur.

En parlant des différentes variétés d'hallucinations, nos deux auteurs mentionnent à peine celles du sens musculaire ou de la musculation, sur lesquelles un ex-interne de Charenton, M. Sémérie, a publié dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (t. X, p. 86) un article très-complet.

Les tableaux que MM. Marcé et Dagonet ont présentés des différentes formes de folie sont, en général, pris sur le vif et d'une frappante exactitude; on voit que ces observateurs décrivent d'après nature, et pour avoir bien vu et bien étudié ce qu'ils exposent. Néanmoins on découvre encore dans les traits et dans les nuances des différences quelquefois assez tranchées pour qu'il importe de les signaler ici.

Quoi qu'en ait dit Boileau, il est souvent difficile de définir même les choses que l'on conçoit et que l'on connaît le mieux. M. Dagonet a donné une définition assez vraie de la manie. La définition de M. Marcé a le mérite du laconisme, mais elle nous paraît défectueuse sur deux points. En disant que « la manie est un *délire* général qui s'accompagne d'excitation, de conceptions *délirantes* », l'auteur fait un pléonasme, et en ajoutant « d'hallucinations », il commet, ce me semble, une petite erreur. M. Marcé sait, en effet, aussi bien que personne que

les hallucinations n'accompagnent pas toujours la manie. Les hallucinations ne doivent donc pas entrer comme un élément essentiel dans la définition de la manie. Un des caractères de cette affection sur lequel M. Dagonet insiste avec raison, et dont M. Marcé ne me paraît pas avoir assez tenu compte, c'est l'incohérence, la confusion des idées. Toutefois M. Dagonet va peut-être un peu loin quand il dit que l'incohérence est le phénomène prédominant de la manie : il aurait dû dire de certaines formes de manie; car plus loin il décrit lui-même la manie raisonnante, dans laquelle les malades ne sont point incohérents.

MM. Marcé et Dagonet, d'accord avec d'autres aliénistes, rattachent à cette maladie, sous le nom de *délire aigu* ou *manie grave*, une forme de délire furieux accompagné de fièvre intense et d'autres symptômes généraux, lequel se termine souvent par la mort. Suivant M. Marcé, ce délire ne laisserait dans le cerveau « aucune trace de produit plastique, aucune altération de la structure de la couche corticale... Il rentre, en un mot, dans la classe des délires purement nerveux. » Je regrette d'être sur ce point d'un avis diamétralement opposé à celui de M. Marcé. J'ai vu mourir à Charenton beaucoup de malades atteints de cette forme de délire; et chez tous, sans exception, nous avons trouvé les altérations anatomiques qui caractérisent l'inflammation aiguë des méninges et de la couche corticale du cerveau. Ce sont les cas de ce genre que j'ai décrits, dans ma thèse inaugurale sous le nom collectif de *méningo-périencéphalite aiguë*, et auxquels M. Calmeil, dans son TRAITÉ DES MALADIES INFLAMMATOIRES DU CERVEAU, a consacré un chapitre important, ayant pour titre : *Du délire aigu, ou de la périencéphalite aiguë à formes insidieuses*. Que M. Marcé lise attentivement ce chapitre, et il verra s'il doit persévérer à regarder comme « purement nerveux » le délire grave des aliénés. D'ailleurs, une fièvre intense (120 pulsations et au-dessus), la tête brûlante, la face congestionnée, l'œil hagard, la bouche sèche, la langue saburrale, l'haleine fétide, la respiration haletante, l'insomnie, les grincements de dents, les convulsions partielles ou générales, les excrétions involontaires, l'exaltation croissante, et plus tard les soubresauts des tendons, l'adynamie, les dents et les lèvres fuligineuses, etc., sont-ce bien là, je le demande, les signes d'un simple délire nerveux?

Si le chapitre de la manie se ressemble par les points essentiels dans les deux ouvrages que j'analyse en ce moment, il n'en est plus ainsi pour le chapitre suivant, intitulé *Lypémanie* dans le livre de M. Dagonet, et *Mélancolie* dans celui de M. Marcé. Ce n'est pas simplement ici, comme on pourrait le croire, une simple question de terminologie; la différence n'est plus seulement dans les mots, elle est encore dans les doctrines. M. Dagonet, en acceptant la dénomination créée par Esquirol, recueille aussi l'héritage de ses idées, et admet que la lypémanie est un *délire partiel* entretenu par une passion triste, débilitante et oppressive. M. Marcé, au contraire, en reprenant l'expression ancienne de *mélancolie*, rejette l'idée de délire partiel, et, à l'exemple de M. Baillarger, accorde une importance prépondérante à l'état général de dépression qui tantôt précède le délire, tantôt se surajoute à lui. En reculant ainsi les limites de la folie dépressive, M. Marcé, toujours à l'exemple de M. Baillarger, supprime la *stupidité* comme genre, et l'absorbe dans la mélancolie à titre de simple espèce. En effet, pour M. Marcé comme pour M. Baillarger, la variété d'aliénation mentale décrite par Georget sous le nom de *stupidité* ou *démence aiguë*, n'est que la mélancolie poussée jusqu'au paroxysme, jusqu'à la stupeur. Que la mélancolie soit quelquefois assez intense pour dominer toutes les puissances organiques et mentales du malade, et pour suspendre, en quelque sorte, toute manifestation intellectuelle; que l'anéantissement des facultés soit alors plus apparent que réel, et que sous cette trompeuse inertie se cache un délire des plus actifs, Dieu me garde de le nier : j'ai été témoin de quelques faits de cette nature, qui confirment pleinement la justesse des observations de M. Baillarger. Mais à côté de ces cas de stupeur mélancolique incontestables, j'ai vu d'autres faits dans lesquels l'examen le plus scrupuleux, l'enquête la plus minutieuse, ne faisaient pas découvrir la moindre trace de délire, et ne permettaient de constater qu'un embarras ou une suspension de l'intelligence. D'ailleurs, M. Marcé ne révoque pas en doute l'authenticité des observations de ce genre invoquées par les défenseurs de la stupidité; seulement ils lui paraissent insuffisants pour séparer la stupeur de la mélancolie. Je ne saurais partager une opinion si exclusive. Il me paraît plus conforme aux données de l'expérience clinique d'admettre tout ensemble un degré extrême de mélancolie pouvant aller jusqu'à la concentration de toutes les fonctions cérébrales, et l'existence d'un genre distinct, caractérisé par un engourdissement passager des facultés psycho-sensorielles, par un état de démence transitoire et curable, tel que l'ont écrit Georget, Ferrus et M. Étoc Demazy, tel que l'admettent encore MM. Guislain, Calmeil, Parchappe, Delasiauve et Dagonet.

M. Marcé a consacré un chapitre spécial à la description de la folie à double forme ou folie circulaire, variété récemment admise et bien étudiée de nos jours, et qu'on regrette de ne pas trouvée mentionnée dans l'ouvrage de M. Dagonet. Si c'est une omission volontaire, elle valait la peine d'être justifiée; si c'est un oubli, on doit espérer qu'il sera réparé dans une prochaine édition.

Les divergences que j'ai signalées entre MM. Marcé et Dagonet à l'occasion de la mélancolie et de la lypémanie devaient nécessairement se refléter sur l'histoire de la monomanie. Tous les deux s'accordent pour reconnaître et proclamer l'existence de ce genre de folie, pour défendre sa légitimité nosologique contre les attaques passionnées dont elle a été l'objet, et pour démontrer qu'au demeurant les adversaires de la monomanie se sont attaqués plus au mot qu'à la chose. Presque tous, en effet, par un scrupule de purisme exagéré, ont voulu voir dans l'expression de *monomanie* un terme trop restrictif, impliquant l'idée d'un délire borné à une seule et unique idée : pure querelle de mots qu'on aurait évitée certainement, si l'on avait mieux lu la définition et les descriptions d'Esquirol.

Donc, sur ce point de controverse, entente parfaite entre MM. Dagonet et Marcé : l'un et l'autre acceptent la monomanie. Mais quelle extension convient-il de donner à cette maladie mentale? Quels sont ses caractères essentiels, ses limites précises, ses variétés? Ici cesse la bonne harmonie.

M. Marcé comprend sous l'appellation générique de monomanie « tous les délires partiels qui laissent intacte l'activité du sujet, et ne s'accompagnent ni d'excitation, ni de dépression. »

M. Dagonet définit la monomanie, qu'il nomme encore *mégalomanie*, « une affection mentale caractérisée par l'exagération du sentiment de la personnalité, d'où résultent une surexcitation expansive des facultés et des sentiments, des impulsions violentes, etc. » On le voit, cette définition se rapproche de celle qu'Esquirol avait donnée à la forme expansive de la monomanie; si bien que la mégalomanie de M. Dagonet et de l'école allemande n'est, sous un autre nom, que l'amémonanie d'Esquirol.

En restreignant ainsi la monomanie et en lui donnant le délire expansif pour caractère essentiel et pathognomonique, M. Dagonet a bien fait d'en distraire l'hypochondrie, qu'il a mieux aimé, pour être logique, rattacher à la lypémanie; mais, par les mêmes raisons et pour être rigoureusement conséquent avec lui-même, ne devait-il pas également détacher du chapitre de la mégalomanie, la monomanie homicide et la monomanie instinctive, qui, le plus souvent, se rattachent à des hallucinations ou à des idées fixes de nature triste?

La manière différente dont M. Marcé a envisagé la monomanie, l'extension plus élastique qu'il a donnée à ce terme, ne lui imposaient, ni les mêmes réserves, ni des bornes aussi étroites qu'à M. Dagonet; et cependant, pour peu qu'on eût l'humeur querelleuse, on pourrait aisément encore lui cher-

cher chicane, et lui démontrer, son livre à la main, qu'en dépit de sa définition, la plupart des monomanies affectives s'accompagnent d'excitation, et que les monomanies dites instinctives laissent rarement intacte l'activité du sujet.

La vérité est que la folie dite partielle peut revêtir des formes variées à l'infini, qui se prêtent mal à une classification méthodique. A côté de ce délire fixe et systématisé, qui seul mériterait à bon droit le nom de monomanie, on voit s'agiter mille nuances de désordres intellectuels, moraux ou instinctifs, qu'on peut bien rattacher conventionnellement, et pour mieux s'entendre, à une sorte de type idéal, mais qui, en réalité, déjouent, par la mobilité de leurs caractères et par la bizarrerie de leurs manifestations, toute tentative de nomenclature. Ce sont tous ces délires protéiformes, difficiles à encadrer dans les limites régulières d'une répartition nosologique, véritables transfuges de la manie et de la monomanie, ne présentant, ni l'incohérence de l'une, ni la systématisation de l'autre, que M. Delasiauve a réunis sous la dénomination de *pseudo-monomanies* ou *folies partielles diffuses*. Dans ce groupe hybride, intentionnellement vague et indéterminé, l'auteur admet, indépendamment de tous les délires déclassés, la plupart des faits que les manigraphes ont coutume de rattacher à la folie impulsive ou à la folie dite transitoire, et qui le plus souvent se produisent sous l'influence des congestions actives, des névroses convulsives, du delirium tremens, etc.

M. Delasiauve a-t-il eu tort ou raison d'établir ce groupe des pseudo-monomanies? Je ne pourrais discuter ce point sans m'écarter des limites de mon sujet; mais rien ne justifie le silence que MM. Marcé et Dagonet ont gardé sur une question à laquelle son savant auteur attribue une importance capitale, tant sous le rapport nosologique qu'au point de vue médico-légal.

Je passe sur la démence, qui ne peut guère donner lieu à quelque contestation, et j'arrive à la paralysie générale.

A. Linas.

(*La fin au prochain numéro.*)

VII

VARIÉTÉS.

Prix de la Société médico-pratique de Paris. — En 1866, la Société médico-pratique décernera un prix de 300 francs au meilleur mémoire de médecine pratique sur une question de pathologie, ayant trait à la grossesse ou à l'obstétrique proprement dite, dont le choix est laissé à la volonté des concurrents (ictère, vomissements incoercibles, saignée dans la grossesse, dystocie, accouchement prématuré artificiel; hémorrhagies, mort subite, opération césarienne, accouchement forcé *post mortem*, etc., etc.).

Le Société demande des travaux originaux, encore inédits, appuyés sur de bonnes et solides observations, et précédés d'un exposé succinct de l'état de la science sur le sujet traité.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être adressés *franco*, suivant les formes académiques usitées, à M. le secrétaire général, le docteur Perrin, 9, rue Charlot, ou à l'agent de la Société, M. Martin, à l'hôtel de ville, avant le 31 décembre 1865.

— La réunion des médecins du département de Vaucluse, dans le but de fonder une Société locale agrégée à l'Association générale, a eu lieu le 19 juillet, à Avignon.

— Le comte Angiolo Galli, connu par son inépuisable bienfaisance, vient de mourir à Florence. Il a légué aux hôpitaux de la Toscane sa fortune, qui s'élève à plus de 4 millions de francs.

— M. le docteur Edmond Prévost, d'Hazebrouck (Nord), vient de succomber à l'âge de trente et un ans. M. Prévost avait fait avec distinction les campagnes de Crimée et d'Italie.

— Le mercredi 26 août 1863, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3, pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

MM. les élèves en médecine et chirurgie des hôpitaux et hospices en exercice, et les anciens élèves qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration.

Les inscriptions seront reçues de midi à trois heures, depuis le lundi 27 juillet jusqu'au lundi 10 août inclusivement.

— Le concours pour la place de chef de clinique d'accouchements près la Faculté de médecine de Paris s'est terminé samedi par les nominations suivantes :

Chef de clinique titulaire, M. Gueniot; chef de clinique provisoire, M. Bailly.

VIII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris. Tome III, 1862. In-8 de 632 pages. Paris, Victor Masson et fils. 7 fr.
Prix de l'abonnement au tome IV, 1863. 7 fr.
Franco, départements. 8 fr.

Annuaire général des sciences médicales, par le docteur *Cavasse*. 4e année. In-12. Paris, Adrien Delahaye. 5 fr. 50

Des obstacles que le col utérin peut apporter a l'accouchement, par le docteur *..Igonin*. In-8 de 127 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Leçons sur l'exploration de l'œil, et en particulier sur les applications de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies des yeux, par le docteur *Follin*, rédigées et publiées par *Louis Thomas*, revues par le docteur *Follin*. Ouvrage orné de 70 figures dans le texte et 2 planches en chromo-lithographie dessinées par *Lackerbauer*. Beau vol. in-8. Paris, Adrien Delahaye. 7 fr.

Ensayo teorico-practico sobre las resecciones subperiosticas (Essai théorique et pratique sur les résections sous-périostiques), par le docteur *Juan Creus y Manso*. In-8 de 180 pages, avec une planche lithographiée. Granada, Maria Zamora.

Guide et questionnaire de tous les examens de médecine, et des concours de l'internat, de l'externat et de l'École pratique, avec les réponses des examinateurs eux-mêmes aux questions les plus difficiles, et suivi de grands tableaux synoptiques inédits d'anatomie et de pathologie, par le docteur *Berton*. Grand in-18 de 186 pages. Paris, Germer Baillière. 2 fr. 50

Des taches au point de vue médico-légal, par le docteur *Gosse fils*. In-8, avec 3 planches dessinées par *Lackerbauer*. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr.

Réflexions sur la névralgie lombo-abdominale, considérée surtout au point de vue des causes et du diagnostic, par le docteur *Fort*. In-4 de 42 pages. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 25

Traité élémentaire d'histologie, par le docteur *Fort*. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 5 fr. 50

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par le docteur *Wecker*. Tome I, 2e fascicule : *Maladies de la sclérotique, de la cornée, de l'iris et de la choroïde*. In-8 de 318 pages, avec 3 planches gravées et 18 figures intercalées dans le texte. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

Recueil des questions posées aux examens de médecine, premier examen de doctorat (anatomie, physiologie). 1re série, comprenant 500 questions. In-12 de 107 pages. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

De l'uréthrotomie, par le docteur *P. Tillaux*. In-8. Paris, Asselin. 3 fr.

Du traitement par les bougies de la blennorrhée ou goutte militaire, par le docteur *Montanier*. In-8. Paris, Asselin. 75 c.

Thèses.

Thèses subies du 25 mars au 24 avril.

64. Cattenoz, Léon, né à Ney (Jura). [*Nouvel appareil pour la lithotritie*]

65. Aimé Martin, C., né à Saint-Rambert (Ain). [*De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle.*]

66. Estorge, J.-Léonard, né à Opeloussas (Louisiane, États confédérés d'Amérique). [*Hygiène de la seconde enfance.*]

67. Lamy, Denis-Isidore, né à Vert-lez-Chartres (Eure-et-Loir). [*Des mauvaises digestions considérées comme causes d'un grand nombre de maladies.*]

68. Brault, Nicolas, né à Bourges (Cher). [*Étude sur les principales causes de la rétention d'urine.*]

69. Lanoix, Gustave-Charles, né à Orléans (Loiret). [*Étude critique de l'hémiplégie croisée dans les hémorrhagies cérébelleuses.*]

70. Dropet, Ch., né à Oyrières (Haute-Saône). [*Quelques considérations sur l'iode et sur la teinture d'iode au point de vue thérapeutique.*]

71. Faligan, Ernest, né à Saint-Georges-sur-Loire (Maine-et-Loire). [*Des affections syphilitiques du foie.*]

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 7 AOUT 1863. — N° 32.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêté ministériel.— **Partie non officielle.** I. **Paris.** Académie de médecine : Rapport sur les vivisections. — Électricité du sang. — Électricité comparée des eaux minérales et des eaux de rivière. — Polyopie dans la vision monoculaire. — Constitution médicale : Fièvre typhoïde. — II. **Histoire et critique.** Excursion chirurgicale en Angleterre : De l'ovariotomie et de quelques autres opérations praticables chez la femme. — III. **Correspondance.** — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — V. **Revue des journaux.** Du travail dans l'air comprimé. — Étude médicale, hygiénique et biologique, faite au pont d'Argenteuil. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VIII. **Feuilleton.** L'homme fossile ; antiquité de la race humaine.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du 25 juillet 1863, M. TEISSIER, professeur adjoint de clinique interne à l'École préparatoire de Lyon, est nommé professeur de clinique interne à ladite École, en remplacement de M. Devay, décédé.

M. RAMBAUD, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint de clinique interne, en remplacement de M. Teissier.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 4 août 1863.

Académie de médecine : RAPPORT SUR LES VIVISECTIONS. — ÉLECTRICITÉ DU SANG. — ÉLECTRICITÉ COMPARÉE DES EAUX MINÉRALES ET DES EAUX DE RIVIÈRE. — POLYOPIE DANS LA VISION MONOCULAIRE. — CONSTITUTION MÉDICALE ; FIÈVRE TYPHOÏDE.

Le rapport de M. Moquin-Tandon sur la question des vivisections, a été lu à l'Académie de médecine par M. Robin. Comme il doit être l'objet d'une discussion, nous nous dispenserons pour le moment de l'apprécier en détail. Une simple remarque, qui n'enlèvera rien au mérite de cette dissertation élégante et sage : le sujet est du ressort du sentiment plus que de la raison. Il y a une certaine manière de le traiter, circonspecte, mesurée, artistement entremêlée de sensibilité et de stoïcisme, qui, dans son sens général, peut satisfaire à peu près toutes les consciences ; mais c'est à la condition de se tenir dans le vague. Le vague est son domaine. Si vous l'en faites sortir, pour lui donner, par exemple, avec Moquin-Tandon, la forme palpable et arrêtée de conclusions, vous tombez irrésistiblement, ou dans l'arbitraire, ou dans la banalité ; vous établissez des distinctions réglementaires qui ne peuvent devenir un règlement, et, voulant faire un Code, vous n'aboutissez qu'à un *Credo*. Il sera facile de montrer que les propositions finales du rapport ne sont rien moins qu'une solution pratique.

— M. le professeur Scoutetten, qui est monté ensuite à la tribune, rentrait dans la catégorie des personnes auxquelles

---

FEUILLETON.

L'homme fossile ; antiquité de la race humaine.

Le 28 mars dernier, des ouvriers terrassiers, en fouillant la carrière de cailloux ouverte au pied du Moulin-Quignon, près d'Abbeville, aperçurent dans ce banc exploité *quelque chose qui ressemblait à un os.* Sans déranger le lit de gravier où cet objet avait frappé leurs yeux, ces ouvriers s'empressèrent de prévenir le savant archéologue qui, maintes fois, avait appelé leur attention sur les richesses géologiques du terrain de Moulin-Quignon, et quelques instants après, M. Boucher de Perthes, conduit par eux, pouvait voir, encore en place, et faire détacher des parois de la carrière, par les mains de M. Oswald Dimpre, la moitié d'un os maxillaire humain.

La découverte, unique jusqu'à ce jour, d'un os fossile gisant dans un terrain aussi ancien, présente une importance de premier ordre ; l'histoire de l'humanité s'y rattache de la façon la plus intime, et quatre mois de discussions académiques n'ont pas encore épuisé l'intérêt qu'elle a suscité dès le premier jour. Là, en effet, la science a trouvé la première preuve irréfutable de l'antiquité de l'homme, le premier fait certain qui permette de déterminer l'époque relative de son apparition sur le globe.

Pendant longtemps, les hommes, confiants dans la tradition, n'admirent pour l'histoire primitive de notre race et de notre globe que deux grandes époques de mutation : une création suivie d'un déluge universel, et, pour retrouver cette opinion en faveur, il n'est pas nécessaire de remonter bien haut dans l'histoire. Lorsqu'on se reporte aux écrits des philosophes du dernier siècle, on est frappé des efforts d'imagination auxquels ils se sont livrés pour faire accorder les connaissances scientifiques de leur temps avec l'existence de ces deux époques traditionnelles. Cependant ces connaissances étaient déjà fort étendues : de Saussure et Werner, en cherchant, l'un

Moquin-Tandon n'interdit pas les vivisections. Aussi a-t-il bravement raconté les expériences qu'il a faites sur des chevaux, dans le but d'étudier « l'électricité du sang chez les animaux vivants ». Le résultat général de ces expériences serait : 1° que, le sang artériel dégage de l'électricité positive et le sang veineux de l'électricité négative ; 2° que, cette réaction réciproque ayant lieu dans l'état physiologique par suite du contact des deux sangs, l'économie tout entière est imprégnée du fait du fluide sanguin et non autrement, d'électricité ; 3° que ce dégagement général d'électricité peut « éclaircir plusieurs points obscurs de la physiologie » et spécialement rendre raison de « l'élection des molécules nutritives » pendant la digestion et des échanges moléculaires de la respiration et des sécrétions.

Disons d'abord, pour ne pas manquer aux droits de l'histoire, que déjà Bellingeri avait assigné le caractère positif à l'électricité du sang rouge et le caractère négatif à l'électricité du sang noir. Le temps nous manque pour rechercher le texte original ; mais M. Scoutetten en pourra trouver la mention dans le Dictionnaire de médecine en 30 volumes (2e édit., t. XXVIII, p. 88). Cette affirmation du physiologiste italien, a besoin peut-être d'un commentaire. Un corps quelconque, solide ou liquide, ne peut manifester le signe d'une électricité particulière, qu'autant que cette électricité y est à l'état de tension. Un corps ne peut posséder exclusivement l'électricité positive ou l'électricité négative ; il peut seulement, dans de certaines conditions physiques, mettre l'une d'elles en évidence, l'autre étant repoussée et se perdant ou s'accumulant quelque part. Suivant donc Bellingeri, le sang veineux et le sang artériel seraient *chargés* d'électricités contraires dans le cercle entier de la circulation. En est-il de même pour M. Scoutetten? Croit-il à la présence d'électricité libre, ou à un courant électrique *normal*, dans le sang? Nous ne saurions le dire. Notons seulement que, dans les trois premières expériences, l'électricité est cherchée, d'une part, dans l'artère carotide, et, d'autre part, dans la veine jugulaire du côté opposé, conséquemment bien loin de tout contact des deux sangs. Si M. Scoutetten avait démontré l'existence d'un courant normal du sang veineux au sang artériel, il aurait éclairci un point très-obscur de physiologie. On n'a jamais constaté de courants dynamiques dans l'organisme, et nous inclinons fort à croire que le courant constaté dans le système circulatoire est artificiel, c'est-à-dire *provoqué* par les conditions mêmes de l'expérience, dans lesquelles l'électricité est puisée à des sources chimiques différentes, absolument comme on peut produire un courant musculaire en réunissant sa surface extérieure à sa surface de section par l'intermédiaire d'un conducteur métallique.

Quoi qu'il en soit, sur ce dernier point, c'est-à-dire sur la manière dont s'opérerait la réaction des deux sangs, le texte de M. Scoutetten, tel que nous le trouvons dans le Compte rendu de l'Académie des sciences (à laquelle la même communication a été faite), peut laisser dans l'esprit quelque incertitude. L'expérimentateur plonge dans l'artère carotide et dans la veine jugulaire deux tubes ouverts à leur extrémité et dans lequels le sang rencontre des lames de platine munies d'un fil métallique qui vont se rendre à un galvanomètre. L'aiguille de l'instrument indique que le sens du courant s'établit du sang veineux au sang artériel ; ce qui équivaut à dire que l'électricité est négative dans le premier liquide et positive dans le second, puisque le courant intérieur, à l'inverse du courant interpolaire, va toujours de l'électricité négative à l'électricité positive. M. Scoutetten induit de là *une réaction du sang noir sur le sang rouge*, et, pour la mieux démontrer, il met, dans une quatrième expérience, les deux sangs en contact à travers les parois d'un vase poreux, y plonge des électrodes de platine et constate dans l'aiguille du galvanomètre la même déviation que dans les expériences précédentes. Puis il ajoute : « Puisqu'il est démontré que le sang rouge et le sang noir, *dans leur contact à travers les parois des vaisseaux qui font l'office de véritables vases poreux*, donnent des réactions électriques..., on doit admettre que, toutes les parties de notre corps étant parcourues par les fluides sanguins, il y a nécessairement dégagement d'électricité jusque dans la trame la plus déliée de nos tissus. » Or, il existe manifestement une différence considérable entre les conditions des trois premières expériences et celles de la quatrième, et le lien que l'auteur établit entre celle-ci et celles-là aurait eu besoin d'être bien spécifié. On ne saurait admettre que les *vaisseaux* proprement dits, les artères et les veines collatérales, fassent office de vases poreux ; leurs contenus restent parfaitement indépendants. Si donc la réaction électrique du sang noir et du sang rouge s'établit quelque part *par contact*, ce ne peut être que dans les capillaires ; ce serait là que les deux liquides se chargeraient d'électricité libre, positive dans l'un, négative dans l'autre, laquelle serait emportée dans le torrent de la circulation et resterait manifeste encore dans les gros vaisseaux. Cette interprétation serait sujette à controverse, au moins quant à l'expression scientifique du fait. Il ne serait pas très-exact de

---

dans les Alpes, l'autre dans les mines de l'Allemagne, le secret de la constitution de l'écorce terrestre, avaient créé la géologie positive, et quelques naturalistes avaient, par l'étude analytique des ossements et des coquilles fossiles, jeté les bases de la paléontologie. Mais à ces recherches isolées, entreprises sans ensemble, manquait l'idée de coordination d'où le génie de Cuvier devait faire jaillir la théorie des époques successives.

Pour Cuvier, l'état actuel des couches superficielles de notre planète n'est plus le résultat d'un cataclysme unique bouleversant l'œuvre de la création ; les phénomènes modificateurs de l'état primitif ont été nombreux et se sont succédé pendant une période de temps indéfinie. Sur la surface du globe créé liquide, peut-être même gazeux, comme le veulent Laplace et Herschel, puis recouvert d'une croûte solide par un refroidissement graduel, se sont accomplies des révolutions violentes et multipliées. Remuée par des convulsions intérieures, la croûte solide s'est tantôt soulevée, tantôt enfoncée en partie, et ces déplacements brusques, en modifiant le régime des eaux, ont englouti sous des mers ou des lacs immenses les terrains précédemment à sec, et mis à sec les surfaces que recouvraient les eaux. Chacun de ces cataclysmes a laissé la trace de son passage ; à chacun correspond un terrain spécial formé soit par le transport violent des matériaux enlevés aux couches préexistantes, soit par le dépôt lent des substances terreuses dissoutes ou suspendues dans les eaux redevenues tranquilles.

Superposés dans un ordre régulier et toujours le même, caractérisés par leur structure physique, par leur composition chimique, et surtout par la faune et la flore spéciale dont chacun d'eux renferme les débris fossiles, ces terrains ont pu être classés avec certitude suivant leur âge relatif. Immédiatement en contact avec les terrains primitifs produits par le refroidissement de la surface et dénués de toute stratification, se montrent, par couches successives et parallèles, les terrains de transition, denses en général et ne renfermant, en fait de fos-

dire qu'il existe dans les capillaires des liquides distincts en contact : il y a un liquide qui se transforme, qui se dépouille d'oxygène et se charge de carbone.

Ceci nous conduit à une dernière remarque : la présence d'électricité positive libre dans le sang rouge et d'électricité négative libre dans le sang noir fût-elle concédée, en pourrait-on tirer les conséquences physiologiques que nous rappelions plus haut? On admet généralement, et avec grande raison, ce semble, que les courants musculaires qu'on peut déterminer dans beaucoup de tissus, comme les muscles, le foie, les reins, etc., sont produits par les phénomènes d'oxydation et autres actions chimiques dont l'organisme est le théâtre. M. Scoutetten ne le conteste pas, si nous l'entendons bien, puisqu'il rapproche des « phénomènes électriques développés pendant la combustion » la « principale action du sang », qui est « de produire dans nos tissus une véritable combustion ». Dès lors, on ne comprend plus bien cette *stimulation* que le fluide électrique *exercerait sur chaque molécule organique*, et en vertu de laquelle *s'exécuteraient toutes les fonctions;* on ne s'explique plus comment l'*élection des molécules organiques pendant la digestion*, et plus tard l'*assimilation*, s'opéreraient *sous l'influence de l'électricité*. L'état électrique du sang est un résultat des échanges moléculaires, des réactions chimiques, accomplies dans les capillaires, ou s'accomplissant dans le sang lui-même, au même titre et de la même manière que l'état électrique des muscles et des autres organes.

Notre savant confrère de Metz a fait connaître aussi, dans la même communication, le résultat d'autres recherches entreprises sur l'électricité comparée des eaux minérales et des eaux de rivière. On en trouvera le résumé plus loin (p. 526).

— Mentionnons enfin, pour terminer ce qui concerne l'Académie de médecine, un excellent rapport, nous pourrions dire sans exagération un rapport modèle, de M. J. Béclard sur un mémoire de M. Giraud-Teulon relatif à la *polyopie dans la vision monoculaire*.

— Embarras gastrique, constipation ou diarrhée, fièvre bilieuse, fièvre typhoïde, dysentérie, choléra, telles sont, parmi les formes morbides abdominales, celles qu'on a vues se succéder à Paris depuis trois mois environ. Ces formes se sont associées, sans doute, de diverses manières dans le cours de la constitution régnante; quelques-unes d'ailleurs, comme la fièvre typhoïde, léguées par une époque antérieure, ont joué sur la scène morbide un rôle prédominant; mais si l'on prend chacune de ces maladies à la date de sa plus grande fréquence, peut-être est-il exact de dire qu'elles se sont suivies dans l'ordre où nous les rangeons plus haut. Nous n'avons pas prêté une attention assez réfléchie aux maladies analogues de l'an dernier pour pouvoir affirmer *ab experto* qu'elles revêtaient ce caractère d'*asthénie* que M. E. Chauffard, dans un instructif mémoire lu à la Société des hôpitaux, et dont nous avons donné l'analyse en temps et lieu, a reconnu, non-seulement aux affections gastro-intestinales, mais à toutes celles qui ont formé le contingent de la constitution médicale de 1862; nous nous en rapportons aisément à son sens clinique, qui, très-justement, se plaît à la recherche des caractères généraux des constitutions médicales; — digne sujet d'études, en effet, expression la plus élevée des dérangements de la santé publique, subordonnant toutes les localisations et dominant les endémies et les épidémies tout autant que les maladies adventices. Mais cette année, dans la période de temps dont nous parlons, si les affections des viscères abdominaux ont été empreintes d'une couleur spéciale, ce cachet est celui de l'asthénie plutôt que de son contraire; nous voulons dire que l'ensemble des symptômes locaux et généraux, la marche des accidents, celle de la convalescence, les résultats thérapeutiques accusaient un fond d'acuité, souvent même de phlegmasie caractérisée : des douleurs gastriques augmentant à la moindre pression, avec sentiment de chaleur, langue rouge, soif, nausées et vomissements, impossibilité de supporter la plus légère alimentation, et soulagées uniquement par une forte application de sangsues; des diarrhées fébriles, accompagnées de coliques violentes, de gaz fétides, apaisées surtout par les bains, les cataplasmes, les tisanes adoucissantes ou calmantes, les lavements laudanisés, et se reproduisant au moindre écart de régime; des états bilieux, des ictères graves (dont nous avons vu notamment un terrible exemple), non exempts de la prostration qui se lie d'ordinaire à ces sortes de maladies, mais sans rien d'exceptionnel. On en peut dire autant de la fièvre typhoïde, de la dysentérie. Quant au choléra, il offre, à la vérité, le type même de l'asthénie; mais, qu'on veuille bien y songer, une asthénie qui est le propre de la maladie dans laquelle on l'observe, qui en est un des caractères spéciaux, un des symptômes, et même le symptôme principal, ne peut plus être rattachée à l'expression dominante de la constitution médicale; elle n'ap-

---

siles, que des débris des êtres les plus simples; les terrains secondaires plus légers, où gisent les squelettes de reptiles gigantesques appartenant à l'ordre des sauriens; puis, en se rapprochant toujours de la surface, les terrains tertiaires, subdivisés depuis quelques années en tertiaires et quaternaires, dans lesquels abondent les débris de ces espèces animales perdues, éléphants, rhinocéros, etc., dont les dimensions colossales effrayent notre imagination, et enfin, au-dessus des couches tertiaires et quaternaires, les terrains d'alluvion formés de nos jours par les atterrissements des fleuves.

La succession de ces grands mouvements des terres et des eaux, les bouleversements qui en ont été la conséquence, sont aujourd'hui autant de faits acquis, et c'est aux documents que ces révolutions ont enfouis dans le sol que nous devons demander l'âge relatif de la race humaine. A quelle époque l'homme est-il apparu sur la terre? De quelles races animales était-il contemporain? A-t-il connu les grands mammifères découverts par Cuvier? ou bien sa création est-elle postérieure au dernier cataclysme qui a donné à la terre ou tout au moins à l'Europe son relief actuel?

Pour répondre à ces questions, deux doctrines se présentent : l'une, s'appuyant sur les travaux de Cuvier, nie la contemporanéité de l'homme et des grands mammifères; l'autre, s'appuyant sur des découvertes plus modernes, affirme cette contemporanéité. La première ne compte plus qu'un petit nombre de partisans; la deuxième en recrute chaque jour de nouveaux. L'opinion de Cuvier sur ce sujet n'a jamais eu la netteté que ses disciples ont voulu lui attribuer; il suffit de relire attentivement le DISCOURS SUR LES RÉVOLUTIONS DU GLOBE pour sentir les hésitations de ce grand esprit en face d'un problème qu'il ne peut résoudre faute de preuves. Nulle part, il est vrai, Cuvier n'a trouvé d'os humain fossile, mais à chaque pas il s'étonne de cette absence, il semble que cet élément lui fait faute, qu'il le désire, et que la découverte d'un fossile humain ferait disparaître un point obscur qui le trouble. « Tout porte à croire, dit-il, que l'espèce humaine n'existait point dans les

partient plus à ce qu'on appelle la constitution stationnaire, qui peut être asthénique dans les maladies inflammatoires, ou sthénique dans les maladies de leur nature adynamiques.

Cette vue générale indiquée, et sans croire utile de faire ressortir les conséquences pratiques qui peuvent en découler, nous mentionnerons deux particularités importantes concernant la fièvre typhoïde.

Sur trois cas bénins qu'il nous a été donné d'observer tout récemment, il en est un dans lequel nous avons cherché vainement, chaque matin, les taches lenticulaires; nous n'y avons renoncé qu'au seizième jour, quand déjà le décours de la maladie était commencé. On n'ignore pas, et nous l'avons rappelé plusieurs fois, que, au dire de médecins très-instruits des campagnes, les taches lenticulaires de la fièvre typhoïde font souvent défaut dans certaines localités.

Une autre question importante est celle des récidives. L'auteur de ces lignes se rappelle l'incrédulité qu'il éveillait chez beaucoup de médecins quand, il y a une douzaine d'années, traçant dans la Gazette médicale de Paris le tableau des maladies régnantes, il parlait de fièvre typhoïde récidivée, c'est-à-dire parcourant deux fois toutes ses périodes, l'intervalle étant marqué par toutes les apparences d'une franche convalescence. A cette époque pourtant, nous nous hâtons de le reconnaître, des exemples de ce curieux phénomène avaient été publiés. Depuis, on en a cité un bon nombre, et les traités classiques, celui de M. Grisolle notamment, ne manquent pas de leur consacrer une mention spéciale. Nous recommandons sur ce sujet un travail publié en 1859 dans l'Union médicale (t. IV, p. 227 et suiv.), sous les auspices de M. Charcot, par M. Alfred Michel, alors interne des hôpitaux. On y verra que, malgré la bénignité ordinaire de la « réversion » de la fièvre typhoïde, toutes les phases de la rechute peuvent répéter celles de la première attaque, depuis les épistaxis et les vertiges du début, jusqu'aux gangrènes de la région sacrée, en passant par les sudamina, les pétéchies, les taches rosées, et que, dans certains cas, l'autopsie a permis de constater la formation de nouvelles ulcérations des plaques de Peyer.

A. Dechambre.

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

A M. BOUISSON, PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Excursion chirurgicale en Angleterre : De l'ovariotomie et de quelques autres opérations praticables chez la femme.

Mon cher ami,

Vous vous souvenez qu'en vous serrant la main avant de partir, le mois dernier, je vous annonçai mon dessein d'aller jeter un coup d'œil sur la chirurgie anglaise. Le peu de temps dont je pouvais disposer ne me permettait pas d'étudier à fond ses méthodes et ses procédés. Je n'avais donc pas la prétention de donner à mon escapade les proportions d'un *voyage scientifique*, dans lequel on peut toucher à toutes les questions, sinon les résoudre toutes. A parler exactement, je ne comptais faire qu'une simple *excursion chirurgicale* dans la Grande-Bretagne. Cette expression modeste caractérisait d'autant mieux mon projet, que, n'ayant à moi qu'une quinzaine de jours, j'avais résolu de borner mes recherches à quelques points de la chirurgie anglaise se rattachant à l'objet spécial de mes études sur les maladies utérines.

Aussi, désirant vous communiquer mes impressions dès mon retour de Londres, j'ai beau fouiller dans mes notes de voyage pour y chercher des observations justificatives, je n'en rencontre presque aucune sur les questions chirurgicales générales. Elles sont toutes relatives au traitement des maladies utérines ou aux opérations chirurgicales praticables chez les femmes. Parmi ces opérations, il en est une, il est vrai, qui prime toutes les autres et qui a, par sa gravité, une importance de premier ordre : je veux parler de l'ovariotomie, récemment importée en France, jugée si diversement par nos confrères les plus autorisés, et qui vaut la peine d'être vue d'assez près pour qu'on puisse s'en former une opinion sérieuse. Il est vrai aussi que tout est dans tout, et que, dans les moindres applications d'une science, on peut retrouver ses principes les plus élevés. Ce sera peut-être ma faute si, dans le petit nombre de faits chirurgicaux dont je puis vous entretenir sciemment pour les avoir vus, je ne parviens pas à vous faire découvrir l'esprit de la chirurgie anglaise. Quoi qu'il en soit, je dois me résigner à vous offrir mon fretin, sans chercher à l'accommoder pour lui donner plus d'importance qu'il n'en a. Votre amitié se contentera de mes bonnes intentions, et votre science suppléera facilement à mes lacunes.

Avant de visiter nos confrères d'outre-Manche et d'assister à leurs opérations, il faut naturellement arriver en Angleterre et parcourir cette ville sans limites qu'on appelle Londres.

---

pays où se découvrent les os fossiles, à l'époque des révolutions qui ont enfoui ces os... Mais je n'en veux pas conclure que l'homme n'existait point du tout avant cette époque. Il pouvait habiter quelques contrées peu étendues d'où il a repeuplé la terre après ces événements terribles. » (Cuvier, *Discours sur les révolutions du globe*, 3e édit., p. 137.) Et plus loin : « Il n'y a non plus aucun homme (parmi ces fossiles)... Où était donc alors le genre humain ? Ce dernier et ce plus parfait ouvrage du Créateur existait-il quelque part ?... C'est ce que l'étude des fossiles ne nous dit pas, et dans ce discours nous ne devons pas remonter à d'autres sources? » (Cuvier, *loc. cit.*, p. 351.) En un mot, aux yeux de Cuvier, les mammifères antédiluviens et l'homme n'ont pas été compatriotes, mais ils peuvent fort bien avoir été contemporains.

Malgré les réserves de Cuvier, la doctrine de la non-contemporanéité, d'où découle comme conséquence l'apparition récente de l'homme sur le globe, fut admise sans contestation sérieuse pendant les vingt-cinq premières années de ce siècle. Cependant, à côté de cette doctrine, naissait une théorie nouvelle qui, entrevue vers la fin du siècle dernier, lors de la découverte de cavernes à ossements faite par Esper (1774) et John Frère (1797), ravivée en 1823 par la publication des Reliquiæ diluvianæ, de Buckland, se proposait d'établir la coexistence de l'homme avec les espèces éteintes. Opposée à la doctrine admise jusqu'alors, cette théorie veut que la race humaine ait assisté au moins aux plus récents des grands cataclysmes terrestres, et que l'apparition de l'homme sur la terre remonte à une date tellement reculée, que les cinquante ou soixante siècles attribués à la durée des temps historiques ne représentent, par rapport à son antiquité, qu'une période insignifiante.

Il faut le reconnaître : les prosélytes de la nouvelle doctrine furent d'abord fort rares; peu de preuves militaient en faveur de la contemporanéité, et ses adversaires possédaient une arme puissante : l'absence d'ossements humains au milieu des terrains qui renferment les vestiges des animaux antédiluviens

Je ne veux pas débuter par une leçon de géographie, mais je tiens à vous faire part d'une réflexion philosophique, sinon pleine de profondeur, du moins importante à rappeler, quand on s'apprête à juger la chirurgie anglaise. L'esprit d'un peuple se révèle partout, et il n'est pas étonnant que le même souffle inspire ses conceptions ou anime ses actes, soit dans les nombreuses branches d'une science, soit dans les divers arts qui en sont des applications.

Eh bien ! tout voisins et alliés que nous sommes avec les Anglais (je dirai même et volontiers amis, car on ne peut les voir de près sans être disposé à les aimer sincèrement), il faut commencer par reconnaître que, à tort ou à raison, tout semble différer entre eux et nous. Que cela tienne au climat, aux institutions politiques, à un caractère de race, je l'ignore ; mais cela est, et cette différence est essentielle à constater.

Je ne vous parle pas de leur gouvernement, de leur vie politique et sociale, de leur esprit colonisateur, bien que, sur tous ces points, la différence soit profonde, pour ne pas dire radicale. Sans nous laisser entraîner sur le terrain glissant de la politique, où ces questions risqueraient de nous engager malgré nous, il est permis de mettre en opposition leur *self-government*, leur liberté individuelle et publique, leur initiative et leur confiance en eux-mêmes, leur esprit audacieux et entreprenant, leur fermeté et leur persévérance, avec les qualités toutes différentes qui nous sont propres, et dont l'appréciation nécessiterait une étude par trop extra-scientifique. Mais, pour ne signaler que des différences coutumières, et encore seulement quelques unes, voyez les Anglais dans la rue, dans les affaires ; voyez-les chez eux.

Dans la rue comme dans les affaires, ils agissent plus qu'ils ne parlent ; ce n'est pas qu'ils ne réfléchissent, mais ils pensent vite et se décident promptement. Ils semblent courir au lieu de marcher, leurs voitures brûlent le pavé, elles ne leur suffisent plus ; les chemins de fer envahissent Londres et débouchent au beau milieu de cette vaste cité, en plein *Strand*. Avant tout et par-dessus tout, de l'action, et en avant, mais une action sûre d'elle-même et dont ils ne cherchent pas le ressort ou le levier en dehors d'eux.

Pour les voir chez eux, pénétrez dans ces blockhaus, je veux dire dans ces maisons dont chacune, séparée de la rue par une forte grille et un fossé profond, ressemble à une petite forteresse, et vous apprécierez cet intérieur, ce fameux *home* où la vie privée se retranche à l'abri des inconnus et des importuns. Ici tout est pour le repos et le confort, comme là tout est pour l'action et le mouvement.

Et ici et là, que de différences entre leurs usages et les nôtres ! Leurs cochers croisent à gauche au lieu de croiser à droite ; leurs fenêtres s'ouvrent de haut en bas au lieu de s'ouvrir d'un côté à l'autre ; leurs meubles sont solides au lieu d'être élégants ; leurs tables sont carrées au lieu d'être rondes. Ils se nourrissent de rôtis au lieu de sauces ; ils mangent la salade avec le fromage et non avec le rôti ; ils servent le champagne pendant le dîner et le bordeaux au dessert ; ils comptent leurs doigts en commençant par l'index au lieu de commencer par le pouce, etc. Pour épuiser la matière, il faudrait écrire un volume.

Naturellement, je m'arrête dans cette carrière presque inépuisable, et je reviens à la chirurgie. Mais je n'en suis pas si loin que vous le pensez, car en chirurgie, comme pour tout le reste, toujours des différences à signaler. Et d'abord, pour l'emploi du temps, la journée des chirurgiens anglais diffère entièrement de la nôtre. Nous faisons nos visites d'hôpital le matin, puis viennent nos courses en ville ; l'après-midi, nous recevons les malades et nous donnons nos consultations dans notre cabinet. Nos confrères d'outre-Manche reçoivent leurs clients de onze heures à une heure : c'est l'heure de la consultation, ou de la *guinée*, si vous préférez fixer par cette expression le souvenir du tarif ordinaire. Après le *lunch* qui la suit, vient l'heure de l'hôpital ; c'est seulement alors, c'est-à-dire de deux à quatre heures, qu'on peut voir ces messieurs dans leur service ou à leurs opérations ; puis viennent leurs courses en ville. La différence m'aurait faiblement touché, si elle ne m'avait causé une perte sérieuse du peu de temps que je devais donner à Londres. Mais vous comprenez que, ne pouvant utiliser dans les hôpitaux, à notre manière française, les heures de mes matinées, j'ai gardé quelque rancune à ces usages britanniques des précieux instants qu'ils m'ont fait perdre.

Ces différences sont, à tout prendre, superficielles. Tiennent-elles aux mœurs, aux exigences d'un climat trop rigoureux ou d'un ciel trop chargé de brouillards pour permettre à nos confrères l'usage des visites hospitalières matinales ? Peu importe.

Ce qui nous touche plus, c'est la différence même des hôpitaux et la différence plus importante de l'esprit chirurgical des hommes éminents qui sont à la tête des services.

Sous ce rapport, je n'ai pas tout vu, et cette raison me dispense d'en donner d'autres pour déclarer d'abord que je ne puis tout dire. Mais voici ce que j'ai vu : A côté des grands hôpitaux, que j'ai peu fréquentés, on trouve une multitude de petits hôpitaux comme nous n'en possédons pas en France. Vous savez, d'ailleurs, que les uns et les autres sont des institutions privées, régies par leurs administrateurs particuliers, ne relevant que d'elles-mêmes, affectées le plus souvent à une classe particulière de malades : hôpital orthopédique, hôpital des cancéreux, hôpital pour les accouchements, hôpital particulier pour les accouchements des femmes mariées, hôpital pour les maladies des femmes, etc. ; quelquefois même hôpital particulier pour un chirurgien, comme le *London Surgical Home* de M. Backer-Brown.

Or, ce qui nous frappe au premier aspect, c'est le peu d'ap-

---

dont la race a disparu. A la vérité, un certain nombre de naturalistes avaient découvert dans le sol de diverses grottes des os humains, et même des débris de l'industrie humaine, associés aux ossements des grands éléphants, des ours des cavernes, etc. ; mais on objectait que ces grottes avaient pu, à des époques très-différentes, séparées même par de grands cataclysmes, constituer des refuges où les animaux et les hommes étaient venus chercher un abri contre l'envahissement des eaux ; que souvent elles avaient servi de conduits pour l'écoulement de masses liquides placées à des niveaux supérieurs ; que les os, déposés sur le sol à des époques éloignées l'une de l'autre, avaient pu se trouver enfouis ensemble sous les stalactites détachées de la voûte, etc. ; que, par suite, la coexistence d'ossements divers dans un terrain d'origine aussi incertaine que le sol de ces grottes ne suffisait pas à prouver l'existence à la même époque des êtres auxquels ces os avaient appartenu.

Ces objections ont quelque fondement, il est vrai, et malgré le nombre aujourd'hui considérable de découvertes de ce genre, il est probable que la question serait longtemps restée indécise, si de nouvelles recherches n'avaient fait surgir d'autres arguments en faveur de la contemporanéité des espèces.

C'est à l'un des partisans les plus ardents et les plus convaincus de l'antiquité humaine, à M. Boucher de Perthes, qu'est due la découverte des preuves qui, dans ces dernières années, ont entraîné la conviction de la plupart des géologues et des anthropologistes. Très-versé dans l'étude de l'archéologie, habitué dès longtemps à recueillir et à interpréter les débris enfouis dans le sol par les plus anciens habitants des Gaules dont l'histoire nous ait transmis le souvenir, riche d'une magnifique collection d'instruments celtiques faits de silex taillés et polis, M. Boucher de Perthes émit, dès 1836, cette idée que si l'homme contemporain des grands mammifères avait existé, quelques-unes au moins de ses œuvres devaient se retrouver dans ce terrain que l'on désigne habituellement

parence de ces établissements. On n'a pas fait des plans dispendieux, encore moins des frais d'architecture, surtout pour les façades : on dirait de simples maisons bourgeoises, le *Home* anglais, la petite forteresse privée dont je vous parlais. Mais à peine entré, on y reconnaît le confort de ces mêmes maisons : évidemment le dehors est sacrifié au dedans. Ici, pas plus de luxe que là, mais une propreté exquise; de l'eau chaude et de l'eau froide à tous les étages en abondance, une ventilation parfaite à peu de frais par le moyen d'un large foyer et de la fameuse fenêtre s'abaissant de haut en bas au degré nécessaire, une hygiène pratique incontestable, de petites salles renfermant de quatre à douze lits, des couchettes simples, mais des parquets et des murs bien nets, et sur ces murs, à côté de quelques inscriptions pieuses pour soutenir le courage et la résignation, des gravures coloriées, des imitations d'aquarelles, genre éminemment national, représentant souvent des scènes champêtres, sur lesquelles les malades peuvent reposer agréablement leur vue et égayer leur douloureuse solitude. Et pardessus tout cela, aucune de ces odeurs fades, aigres, nauséeuses, engendrées par la charpie imprégnée de pus, le séjour prolongé des cataplasmes, les exhalaisons des lieux d'aisances, les miasmes des grandes salles mal ventilées, qui, à défaut de la vue, suffiraient pour caractériser, dans plusieurs de nos grands établissements, l'air insalubre de l'hôpital. J'aurai à revenir sur ces différences, en vous parlant du pansement des plaies après les grandes opérations.

Mais il me reste à vous signaler, parmi ces différences en quelque sorte sommaires, celles qui caractérisent l'esprit même de la chirurgie anglaise. C'est ici surtout que se révèle l'esprit général de la nation, cet esprit qui la pousse, non vers le changement, car peu d'hommes sont aussi constants que les Anglais dans leur chirurgie comme dans leurs coutumes (ils en donnent une preuve par leur attachement de vieille date à la réunion immédiate), mais cet esprit qui la pousse vers le progrès ou plutôt vers l'action. La chirurgie anglaise m'a paru éminemment active, et par suite entreprenante, audacieuse, sinon dans tous les sens, du moins dans certaines directions. Malades et chirurgiens s'abandonnent également à cette impulsion, et l'on trouve assurément en France, chez les premiers, des résistances qu'on ne rencontre pas en Angleterre. Ici, le malade tient à être débarrassé de son mal. Pour lui, à ce qu'il paraît, vivre n'est pas exister seulement, c'est agir. Toute entrave à l'action lui est insupportable, et il ne craint pas d'affronter les hasards de la chirurgie pour courir la chance de reconquérir la libre possession de lui-même.

Vous sentez bien, mon cher ami, que, dans cette digression sur les différences entre l'esprit, les mœurs, les habitudes de la vie commune et de la chirurgie en Angleterre et en France, je cite quelques exemples au courant de la plume. Je n'entends pas dire que tout diffère entre les deux pays, et notamment que la chirurgie s'y pratique d'après des principes opposés. Mais il est impossible que des différences aussi nombreuses et aussi sensibles existent entre l'organisation sociale de deux peuples, et entre mille détails particuliers de leur vie privée, sans qu'elles ne se reflètent dans la conception d'une science, surtout d'une science dont la certitude n'est que relative, comme la médecine, et dans les règles ou la pratique d'un art qui se prête à tant de modifications, comme la chirurgie.

Cela revient à dire que, pour juger impartialement et à sa véritable valeur la chirurgie comme toutes les choses de la Grande-Bretagne, il faut se dégager un peu de ce qu'il y a, pour ainsi dire, de national dans notre science et dans notre art; il faut se pénétrer de l'esprit des Anglais, se mettre à leur point de vue, se placer dans leur milieu.

Il faut observer aussi que, dans une ville aussi grande que Londres, avec une civilisation très-avancée, le goût et le besoin de la spécialité sont encore plus développés qu'à Paris, et que les hommes qui la cultivent, avec l'esprit entreprenant qui les anime, doivent la pousser jusqu'à des limites qui ne nous sont pas familières.

Si je ne me trompe, ces réflexions sur la différence d'esprit scientifique des deux peuples, sur la disposition à l'action, sur le caractère entreprenant des Anglais (malades et chirurgiens), sur le développement forcé de la spécialité chez eux, aident à faire la part des différences sensibles qui distinguent la chirurgie anglaise de la chirurgie française, à comprendre qu'il y a plus de courage que de témérité dans l'entreprise de grandes opérations comme l'ovariotomie, et à expliquer le succès qui couronne cette louable audace.

Vous verrez peu à peu combien, en se plaçant sur leur terrain, on finit par trouver naturelles, chez les Anglais, des tentatives qu'on serait tenté de regarder d'avance comme des excentricités chirurgicales. Je tâcherai de me rappeler, chemin faisant, les autres traits qui m'ont paru être particuliers à la chirurgie de la Grande-Bretagne, et, tout en vous les signalant, de les interpréter à ce point de vue. Mais je n'ai eu jusqu'ici d'autre dessein que de vous montrer comment on a pu se familiariser assez vite en Angleterre avec une opération que son étrangeté autant que ses dangers nous ont fait regarder si longtemps en France comme inabordable. Et puisque ce détour un peu long nous y a pourtant ramenés et nous a même placés, je l'espère, sur un poste favorable à l'impartialité de l'observation, je suis maintenant plus à l'aise pour vous communiquer mes impressions personnelles sur l'ovariotomie.

Je commence par vous déclarer ma sympathie pour cette opération et mon estime pour les hommes éminents qui l'ont conquise à l'art chirurgical, moins encore par leur audacieuse initiative que par la science profonde avec laquelle ils en ont réglé logiquement l'exécution. Cette conquête contemporaine,

---

sous le nom de *diluvium*, et auquel la science moderne attribue la dénomination de terrain quaternaire. Et comme, selon toute probabilité, cet homme devait être semblable à l'homme actuel, sentir les mêmes besoins et y pourvoir par les mêmes moyens, M. Boucher de Perthes énonça hardiment que ce terrain devait renfermer, peut-être en grand nombre, des instruments faits de silex taillés, gisant côte à côte avec les débris fossiles des grands mammifères, et plus ou moins analogues à ceux dont les Celtes faisaient usage. Cette hypothèse se trouva bientôt confirmée : dès 1838, M. Boucher de Perthes découvrait dans les terrains diluviens de la vallée de la Somme des silex évidemment taillés de main d'homme; dès 1840, il pouvait mettre sous les yeux de l'Académie des sciences une vingtaine de ces silex que l'on désigna dès lors sous le nom de *haches antédiluviennes*.

Accueillie d'abord avec une certaine faveur, la découverte de M. Boucher de Perthes ne jouit pas longtemps de cette bonne fortune; son importance effraya les convictions toutes faites, et l'hérésie nouvelle dut, pendant bien des années, rester à la porte du temple.

Cependant, et malgré le nombre de ses opposants, M. Boucher de Perthes continuait ses recherches, et quelques années après ses premières découvertes, le savant archéologue se trouvait possesseur d'une collection unique de silex intentionnellement taillés, trouvés dans les couches non remaniées de terrains antérieurs à l'époque actuelle, et se rapportant tous à un petit nombre de types déterminés, dans chacun desquels son esprit ingénieux retrouvait la forme d'un outil ou d'une arme utile à cet homme contemporain d'animaux gigantesques.

Cette persévérance devait être récompensée : en 1854, M. le docteur Rigollot, un des plus grands adversaires de M. Boucher de Perthes, se range le premier sous sa bannière; en 1858 et 1859, les savants les plus qualifiés de l'Angleterre, MM. Falconer, Pretswitch, Godwin-Austen, Flower, Mylne, etc., et enfin sir Charles Lyell lui-même, explorent la vallée de la

comme celle de la guérison des fistules vésico-vaginales, des résections osseuses et de quelques autres opérations récentes, est due certainement à la connaissance de plus en plus précise des lois de la physiologie pathologique et à l'application plus rigoureuse des règles de la *réunion immédiate*.

Si l'école anglaise est fière de cette méthode de pansement de toutes les plaies, et notamment des plaies qui suivent l'exécution des grandes opérations, dont elle a fait depuis Hunter une règle sans exception, l'école de Montpellier s'enorgueillit, à juste titre, d'avoir fait aussi de cette méthode un dogme fondamental de sa pratique chirurgicale. Tandis que Roux, malgré son voyage en Angleterre, Larrey, Dupuytren et l'école de Paris, qu'on a eu le tort de regarder comme représentant à elle seule toute l'école française, la déclaraient inacceptable comme méthode générale et absolue du traitement des plaies, notamment du pansement après les amputations, l'école de Montpellier, au contraire, la défendait ardemment par la pratique et les écrits des Delpech, des Serre, des Estor et de tant d'autres, et s'attachait à la perfectionner au point de généraliser de plus en plus son application et d'assurer son succès.

Or, si les ovariotomies réussissent aujourd'hui comme les opérations de fistule vésico-vaginale par le procédé américain, cela tient assurément à ce qu'on suit enfin dans leur exécution une marche, c'est-à-dire une méthode qui n'est que l'application logique de principes scientifiques connus, mais trop longtemps négligés.

Jusqu'ici on peut dire que, sur ce point, l'art n'était pas conséquent avec la science, la pratique était en désaccord avec la théorie. Aujourd'hui, la conviction de ne pouvoir réussir qu'à la condition de mettre les parties dans une situation vraiment favorable à la réunion, a fait imaginer les procédés les plus efficaces pour obtenir cette condition et y maintenir les tissus. On a suivi rigoureusement ces procédés, et l'on a réussi.

Dans les tentatives de guérison des fistules vésico-vaginales, on voulait réunir des lèvres de plaies trop minces, entre lesquelles rien n'empêchait l'urine de filtrer. En relevant, au contraire, vers la vessie la muqueuse vésicale, en rafraîchissant seulement le vagin, en affrontant de larges surfaces au lieu de bords, en ajustant l'affrontement de manière à empêcher la coaptation de se détruire, on ne fait pas autre chose que l'application mécanique des principes, des lois de la réunion immédiate. Mais cette application a été faite avec une exactitude, avec une logique, avec une rigueur, avec une perfection, qui placent, par cette seule opération, l'école américaine à la hauteur des écoles chirurgicales les plus sérieuses.

Dans les extirpations d'ovaires ou d'utérus, dans toutes les plaies abdominales, sachant combien il faut se garer des épanchements de pus ou de fluides étrangers dans le péritoine, sachant comme on obtient facilement l'adhérence des surfaces de cette membrane rapprochées, sachant enfin qu'on n'a d'espoir de guérir les plaies intestinales qu'en adossant la séreuse à elle-même, on était assez inconséquent pour craindre de débarrasser d'abord la cavité péritonéale du sang épanché, des fluides, de tous les corps étrangers, pour ne pas oser réunir hardiment la plaie par première intention, pour redouter enfin de comprendre le péritoine dans la suture.

Au contraire, le plus sûr moyen d'empêcher la péritonite d'éclater, c'est de ne laisser séjourner ou s'épancher aucun fluide dans la cavité du péritoine et de fermer promptement cette séreuse. Et la meilleure manière de la fermer, c'est de l'adosser à elle-même en renversant les lèvres de la plaie abdominale en dehors, par une suture profonde et qui traverse tous les tissus; de même que pour la réunion des intestins divisés on renverse en dedans les lèvres de la plaie intestinale. Par cette adhérence hâtive, on empêche de pénétrer dans la cavité péritonéale le pus qui peut se former dans une plaie dont la profondeur comprend toute l'épaisseur des parois abdominales, et dont la longueur doit suffire à l'extirpation d'un kyste ovarique. On empêche enfin autant que possible la production même du pus par une suture superficielle, par la dessiccation de la plaie, par l'application du perchlorure de fer, etc.

Vous comprenez maintenant, mon cher ami, tout l'intérêt que présentait pour moi l'étude d'une opération qui n'était pas seulement une précieuse individualité chirurgicale, si je puis m'exprimer ainsi, mais une démonstration de la vérité, une justification de la rigueur de nos principes, et qui s'élevait peu à peu à la hauteur d'un témoignage imposant en faveur d'un des dogmes les plus chers à notre école.

Du reste, à l'attrait causé par tout le bruit qui s'était fait récemment autour de cette opération, à la conviction qu'elle était pratiquée en Angleterre sur une large échelle par des hommes sérieux, s'ajoutait, pour m'inspirer un vif désir de l'étudier de plus près, une considération dont le poids était bien capable de faire pencher la balance en faveur de mon projet : c'est que l'ovariotomie venait d'être importée en France, non par un étranger suspect ou par un opérateur sans crédit, mais par un chirurgien dont la prudence est proverbiale et dont la sagesse est garantie par l'habitude du succès.

Ce n'est pas que les premières opérations de M. Nélaton aient été toutes heureuses. Quelques autres chirurgiens français ont éprouvé dans leurs tentatives des revers qui nous ont mis en garde contre un enthousiasme exagéré, et qui nous ont obligé à réfléchir plus mûrement aux véritables conditions de succès.

Mais, depuis lors, l'ovariotomie a réussi entre les mains de MM. Desgranges, Boinet, Kœberlé (de Strasbourg). M. Nélaton a montré, par les succès de sa propre pratique, la justesse de

---

Somme, visitent les gisements de Saint-Acheul, près d'Amiens, de Menchecourt et de Moulin-Quignon, près d'Abbeville, et convaincus de la coexistence dans ces terrains des ossements fossiles d'animaux antédiluviens et des silex taillés, se déclarent hautement partisans des théories de M. Boucher de Perthes. Les savants français ne restent pas en arrière, et MM. Hébert, Gaudry, le marquis de Vibraye, Lartet, Garrigou, Trutat, Filhol, etc., apportent chacun un argument nouveau en faveur de l'antiquité de l'homme, les uns par un examen approfondi des terrains explorés déjà, les autres par la découverte de nouveaux gisements. Bientôt, en effet, la vallée de la Somme n'a plus seule le privilége de fournir des haches antédiluviennes ; M. Pretswitch en rencontre dans les falaises de Mundesley (Norfolk), M. Gosse (de Genève), dans les sablières de Paris, vierges de remaniements, et enfin M. Taylor, à la suite de plusieurs fouilles opérées sous les ruines de Babylone, découvre de nombreux outils de silex analogues à ceux des terrains européens.

Tel était l'état de la question de l'antiquité de l'homme, lorsqu'il y a quelques mois, la découverte, à Moulin-Quignon, du premier os humain fossile vint donner à la doctrine nouvelle une éclatante consécration. Cette découverte fit grand bruit dès le premier jour; elle renfermait un fait capital, et la démonstration de son authenticité devait résoudre le problème d'une manière irrévocable. Aussi géologues et anthropologistes arrivèrent-ils bientôt à Abbeville pour vérifier à nouveau la nature des terrains de Moulin-Quignon et étudier les caractères spéciaux du fossile qu'ils avaient contenu. Une sorte de congrès scientifique se forma, et toutes les conditions de la découverte furent sévèrement discutées. Les savants les plus compétents assistaient à ce congrès. Du côté de l'Angleterre, MM. Falconer, Carpenter, Busk et Pretswitch; du côté de la France, MM. Lartet, Desnoyers, de Quatrefages et Delesse. M. Milne Edwards en avait la présidence, et MM. Delafosse, Daubrée, l'abbé Bourgeois, Hébert, Gaudry, Buteux, Alph. Milne Edwards, Garrigou et Delanoue lui prêtaient le concours

ses prévisions et le droit légitime de cette importation anglaise à s'acclimater en France. Peu de jours avant mon passage à Paris, notre illustre collègue venait de pratiquer à Angers, avec M. Denonvilliers, une nouvelle ovariotomie suivie d'un plein succès.

Ces observations n'ont pas encore été toutes publiées, surtout avec les détails circonstanciés qui permettent d'apprécier les véritables conditions du succès dans les réussites et les vraies causes de la mort dans les cas malheureux. Il est à désirer que chaque opérateur imite Spencer Wels, qui a déclaré, dès ses premiers essais, qu'il donnerait sans réticence l'histoire de tous les cas heureux ou malheureux de sa pratique, et qui, depuis lors, a tenu religieusement sa promesse. En attendant que ces éléments d'un jugement définitif aient le temps d'éclore chez nous, l'Angleterre est évidemment le terrain le plus favorable à l'observation des faits qui peuvent motiver le plus sûrement cet arrêt. D'autant mieux que nous suivons en France la méthode même instituée à Londres, et que M. Nélaton imite M. Spencer Wels dans les temps principaux de l'opération, dans la position de la malade, dans la constriction du pédicule de la tumeur, dans la réunion du péritoine et de la plaie abdominale.

J'ai été assez heureux pour voir pratiquer, pour la première fois, l'ovariotomie par cet habile opérateur, peu de jours après mon arrivée à Londres, et dans des conditions de difficultés et de complications qui augmentaient pour moi l'intérêt de l'observation. C'est par elle que je commencerai naturellement cette exposition.

L'opération fut pratiquée le 23 juin dans une maison particulière de Orchard Street, près de Portman Square, c'est-à-dire dans un de ces quartiers que le voisinage des *Parks* rend, à bon droit, les plus salubres de Londres. Malheureusement la patiente n'était pas dans des conditions de santé aussi satisfaisantes que celles du milieu.

La malade, âgée de trente-sept ans, mariée depuis six ans, sans enfants, était atteinte depuis environ un an d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche de la pire espèce, avec éléments solides et adhérences multiples, diagnostiqués à l'avance, et n'ayant pourtant pas suffi pour constituer, aux yeux du chirurgien, une contre-indication absolue à une opération qui était la seule chance de salut. Elle était dans un état d'émaciation et de faiblesse extrêmes. Elle fut couchée sur une table étroite, préalablement chloroformisée et entretenue dans l'anesthésie tout le temps de l'opération, qui dura environ vingt-cinq minutes. Une sorte de tablier de caoutchouc largement échancré couvrait les membres inférieurs, le pubis, les flancs et les hypochondres, ne laissant à découvert que la tumeur autour de laquelle il adhérait.

M. Spencer Wels, placé à droite de la malade, fit une incision de 10 à 12 centimètres sur la ligne blanche, entre l'ombilic et le pubis. Il fut obligé plus tard de la prolonger un peu en haut et en bas pour faciliter l'extraction de la tumeur.

Arrivé sur le péritoine, il souleva cette membrane avec une petite érigne, comme dans l'opération de la hernie étranglée, l'incisa, et passa par cette ouverture, d'abord en haut, puis en bas, une sonde cannelée, plate et large, sur laquelle il conduisit le bistouri, pour prolonger dans les deux sens l'ouverture de la séreuse, de manière à lui faire atteindre les limites de l'incision tégumentaire. Avant d'aller plus loin, il appliqua deux pinces à pression continue sur les ouvertures béantes de deux veines qui donnaient suffisamment de sang pour masquer les tissus sous-jacents. Du reste, ces pinces furent enlevées avant la fin de l'opération.

Il devint alors difficile de séparer le péritoine de la tumeur, qui lui adhérait si intimement sur presque tous les points, qu'on pouvait distinguer le kyste de la séreuse. Après avoir rompu avec la main et la sonde cannelée les adhérences les plus voisines de l'incision, le chirurgien plongea dans la tumeur son trocart, et, à l'aide d'un tube de caoutchouc ajusté sur la canule latérale de l'instrument, il vida la poche principale de plusieurs litres d'un liquide épais, filant, gris verdâtre, très-caractéristique. Les bords du kyste à demi vidé furent saisis et appliqués contre la canule du trocart par les fortes érignes adhérentes à cet instrument, de manière à empêcher l'évacuation du liquide dans la cavité abdominale.

Le ventre restant volumineux après l'évolution complète du kyste principal, il était évident que la tumeur contenait d'autres kystes considérables. Sa tension avait pourtant assez diminué pour que le chirurgien dût essayer de rompre les adhérences en passant la main entre les parois de l'abdomen et celles de la tumeur. Mais ce temps de l'opération devint très-laborieux par le fait de l'intensité des adhérences, et bientôt le kyste se rompit pendant ces manœuvres. Il fallut alors aller successivement à la recherche de toutes les adhérences, soit avec la portion pariétale du péritoine, soit avec sa portion viscérale sur plusieurs anses d'intestin. Ces adhérences furent détachées avec soin, quelques portions de kyste abandonnées sur les points adhérents pour éviter la déchirure des viscères, et, à mesure que le chirurgien cherchait à amener au dehors, avec la poche principale, les éléments profonds de la tumeur, celle-ci, cédant aux tractions, se laissa rompre alternativement sur plusieurs points, qui furent successivement amenés au dehors.

Plongeant alors la main dans l'abdomen et jusque dans la cavité pelvienne, M. Spencer Wels arracha et amena au dehors, à plusieurs reprises, des portions de tumeur auxquelles les kystes multiples de toute grosseur et les excroissances fongueuses donnaient l'apparence de ces tumeurs en forme de choux-fleurs, résultant du développement de l'encéphaloïde, bien qu'il n'entrât aucun tissu de cette espèce dans la compo-

---

de leurs lumières. Après une série de séances tenues soit à Abbeville, soit à Paris, ce congrès scientifique put formuler des conclusions d'une grande netteté. A l'unanimité moins deux voix, il fut reconnu que la découverte était parfaitement authentique, et que la demi-mâchoire trouvée au Moulin-Quignon était contemporaine des silex taillés et du terrain lui-même. Seuls, MM. Falconer et Busk ne partagèrent point entièrement la manière de voir de leurs confrères. Pour eux, la découverte est également authentique, mais les caractères que présente l'os fossile ne semblent pas concorder avec la haute antiquité qu'on lui attribue. Le sentiment de MM. Falconer et Busk eux-mêmes n'est donc pas en opposition formelle avec les conclusions du congrès d'Abbeville, et les réserves faites par ces savants expriment une hésitation, bien plus qu'elles ne renferment une négation absolue.

En s'appuyant sur l'examen sévère dont nous venons de rappeler les principales circonstances, il semblait donc permis de considérer l'antiquité de la race humaine comme bien établie et de faire remonter l'apparition de l'homme sur le globe à une date antérieure aux dernières révolutions qui l'ont agité, lorsque quelques paroles de M. Élie de Beaumont ont remis tout en question. Cet illustre géologue ne repousse en aucune façon l'authenticité de la découverte due à M. Boucher de Perthes; mais, suivant lui, les naturalistes se sont mépris sur l'âge véritable des terrains de Moulin-Quignon : ceux-ci ne sont en aucune façon diluviens; leur formation n'est pas même due à des alluvions modernes, et on doit les considérer comme des dépôts meubles produits sur des pentes par un orage violent. S'il en est ainsi, le terrain, les silex, l'os humain fossile n'appartiennent pas nécessairement à la même époque; constitués par des débris arrachés à des couches d'âges différents, ces terrains détritiques peuvent renfermer des objets de toute époque et de toute nature, et la coexistence de ces divers objets dans le même gisement n'implique entre eux aucune contemporanéité.

Une objection aussi grave aurait nécessairement porté un

sition de cet ovaire si profondément altéré, dont l'extirpation fut continuée de la même façon jusqu'à la fin, avec une rapidité et une habileté peu communes.

Les déchirures et l'extirpation de la tumeur par fragments donnèrent nécessairement naissance à une hémorrhagie qui s'arrêta lorsque, tout ayant été enlevé et la plus grande poche du kyste ayant été entièrement dégagée, le clamp fut appliqué et serré sur son pédicule.

Le chirurgien s'occupa alors à retirer successivement du bassin tous les caillots et les portions de kyste qui y étaient restés. Il coupa avec soin, à l'aide de ciseaux, toutes les parties du kyste qui restaient encore adhérentes sur quelques points à l'intérieur des parois abdominales. A l'aide d'un siphon de caoutchouc, il essaya d'aspirer et d'évacuer tout ce qui pouvait rester du liquide du kyste épanché dans la cavité pelvienne. Puis, avec des éponges fines, il essuya à plusieurs reprises toute la cavité abdominale, la portion pariétale, l'intestin, le bassin, de manière à faire, suivant l'heureuse expression de M. Worms dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, la toilette du péritoine.

L'hémorrhagie étant parfaitement arrêtée, sans suture et sans l'emploi d'aucun autre moyen, l'opérateur plaça le clamp dans l'angle inférieur de la plaie, coupa toute la portion du kyste qui dépassait cet instrument constricteur, et réunit la plaie abdominale par plusieurs points de suture profonde, avec une forte soie traversant le péritoine, espacés d'environ 2 centimètres, et par quelques points de suture superficielle. Un peu de *lint* fut interposé entre la face postérieure du clamp et la partie des lèvres de la plaie sur laquelle il reposait. Quelques larges bandelettes agglutinatives assez longues pour s'étendre d'un flanc à l'autre soutinrent l'action des points de suture; plusieurs couches de coton doux et bien cardé furent appliquées sur le ventre et soutenues par un large bandage de corps modérément serré.

La malade fut rapportée dans son lit et entretenue par des vessies de caoutchouc pleines d'eau chaude, dans un état de chaleur suffisant pour empêcher le refroidissement et les premiers effets du choc auquel elle menaçait de succomber après une si grave opération.

Elle échappa, d'ailleurs, à ce premier danger; mais ses forces ne se relevèrent pas. Le pouls indiquait par sa petitesse et sa rapidité le danger de la situation, et, malgré des améliorations passagères qui donnèrent quelques lueurs d'espoir, elle succomba le quatrième jour, quatre-vingts heures après l'opération. Il n'y eut ni douleur, ni hémorrhagie, ni gonflement, ni tension du ventre, ni symptômes de péritonite. La mort ne put être attribuée qu'à l'excès de l'affaiblissement.

M. Spencer Wels, qui n'en est pas à son coup d'essai, puisqu'il a pratiqué aujourd'hui 70 ovariotomies, et qui peut se permettre, sans danger pour sa réputation, des tentatives aussi périlleuses lorsqu'elles sont la seule chance de salut d'une malade vouée, d'ailleurs, à une mort certaine, ne tarda pas à prendre devant moi sa revanche.

Le 25 juin, il pratiqua sous mes yeux une deuxième opération aussi remarquable par sa simplicité que la première l'avait été par ses complications : c'était dans une maison de Allen Terrace (Kensington), c'est-à-dire toujours dans un des quartiers les plus aérés et les plus salubres de Londres.

La malade était une demoiselle de vingt-neuf ans, atteinte depuis deux ans environ d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Le kyste paraissant d'abord uniloculaire et pouvant donner l'espoir d'être guéri par l'injection iodée, fut ponctionné une fois au mois de mars, c'est-à-dire environ trois mois avant l'opération. Mais son caractère ayant été mieux déterminé à la suite de cette ponction, le liquide s'étant reproduit promptement et l'absence d'adhérences donnant le gage d'un succès probable, l'extirpation fut décidée.

Les divers temps de l'opération : les incisions tégumentaire et péritonéale, la ponction de la tumeur, l'évacuation du liquide, l'extraction du kyste, l'application et la constriction du clamp, la section du pédicule, la suture se composant de quatre points de suture profonde et de trois points de suture superficielle, furent pratiqués avec autant de rapidité que de précision.

Le 30 juin, la menstruation survint, quatorze jours avant la période menstruelle normale.

Le 1er juillet, j'ai vu la malade et je l'ai trouvée très-bien. Le clamp et les points de suture avaient été enlevés la veille. L'arrivée hâtive de la menstruation avait causé un peu d'insomnie, de chaleur, de douleur abdominale; mais la fréquence modérée du pouls, la souplesse du ventre, la facilité de l'alimentation, le contentement de la malade, faisaient augurer une heureuse issue, avec d'autant plus de probabilité que le moment du danger était déjà passé. N'ayant pas reçu de ses nouvelles depuis cette époque, je n'hésite pas à la considérer comme guérie.

Une troisième opération fut pratiquée le 27 juin par M. Spencer Wels dans des conditions identiques, et, bien que je n'aie pu y assister, les détails que j'en ai recueillis et les nouvelles que j'ai eues de la malade, m'autorisent à la compter comme un nouveau succès des ovariotomies que j'ai vu pratiquer pendant mon séjour à Londres.

Le 29 juin, je fus témoin d'une quatrième opération de M. Spencer Wels. Cette fois, sans être aussi compliqué que le premier, le cas n'était pas aussi simple que les deux précédents.

C'était à Samaritan Hospital (Edward's Street), près de Hyde-Park, toujours dans des conditions topographiques très-hygiéniques.

La malade était une femme mariée, âgée de quarante-neuf

---

coup fatal à la découverte de M. Boucher de Perthes, si d'autres autorités géologiques ne l'avaient victorieusement combattue : c'est ce qu'ont fait, presque simultanément, MM. Hébert, professeur à la Faculté des sciences de Paris, et F. Garrigou, membre de la Société géologique de France. Les mémoires présentés à l'Académie par ces savants établissent nettement que les terrains de Moulin-Quignon sont diluviens : 1° parce qu'ils occupent un des points culminants de la vallée de la Somme, et qu'un terrain meuble ne peut se déposer sur une pente que s'il vient d'un niveau supérieur; 2° parce que ces terrains présentent une stratification régulière où les couches de sable alternent avec les silex arrachés à la craie sur laquelle ils reposent.

Telle est aussi l'opinion de M. le vicomte d'Archiac, qui récemment, dans ses leçons du Muséum, s'exprimait ainsi à ce sujet : « Nous ne pouvons guère nous refuser à admettre que les silex taillés des environs d'Abbeville et d'Amiens se trouvent dans des dépôts en place, essentiellement quaternaires, associés avec des ossements d'animaux d'espèces perdues, et, à moins de circonstances particulières que rien ne fait encore soupçonner, la mâchoire humaine de Moulin-Quignon doit en être contemporaine. »

Du reste, ce n'est pas seulement dans ces travaux nés de la discussion actuelle que les partisans de la contemporanéité trouveront des armes pour combattre l'opinion de M. Élie de Beaumont : le plus grand géologue de l'Angleterre, sir Charles Lyell, a exploré les environs d'Abbeville à une date toute récente (1861), et, dans le remarquable ouvrage qu'il vient de publier sous le titre : THE GEOLOGICAL EVIDENCE OF THE ANTIQUITY OF MAN, il s'exprime ainsi en parlant de l'origine des terrains de Menchecourt : « Il semble qu'il y ait eu alors un soulèvement qui ait porté la contrée à un niveau supérieur à celui qu'elle occupe aujourd'hui, puis un deuxième affaissement dont l'époque est indiquée par la position des tourbières. Tous ces changements ont eu lieu alors que l'homme occupait déjà cette région. » (Lyell, *The Geological evidence of the Antiquity of man*,

ans, ponctionnée une fois avant l'opération, au mois de mai. La quantité de liquide évacué par cette ponction s'élevait à 21 livres anglaises. La tumeur était diagnostiquée multiloculaire, adhérente sur plusieurs points.

Les divers temps de l'opération ayant été exécutés, comme dans les observations précédentes, des difficultés sérieuses se produisirent par le fait des adhérences. Plusieurs de ces adhérences avec l'intestin durent être détruites avec des précautions infinies. La tumeur se rompit sur plusieurs points et dut être enlevée par fragments, comme dans la première observation; sa déchirure donna lieu à l'épanchement d'une certaine quantité de liquide dans l'abdomen. Ce liquide, d'une couleur jaune brunâtre, due sans doute aux matières grasses et à la cholestérine, pouvait être pris, à un examen superficiel et sauf l'odeur, pour de la matière fécale.

Le clamp fut appliqué comme d'habitude. Le péritoine et la cavité pelvienne furent essuyés avec soin et débarrassés des liquides épanchés, par l'introduction successive d'une trentaine d'éponges promenées dans tous les sens. Quatre points de suture profonde au-dessus du clamp et un au-dessous, plus deux points de suture superficielle, réunirent la plaie.

J'ai vu la malade le 3 juillet. Son état était entièrement satisfaisant. Aucun accident n'était survenu, et la guérison paraissait assurée.

La cinquième opération d'ovariotomie à laquelle j'assistai fut pratiquée le 26 juin, par M. Tyler Smith, avec un succès auquel ce chirurgien paraît être habitué.

La patiente était une malade de Sainte-Mary's Hospital, âgée de trente-huit ans, portant une tumeur multiloculaire, mais dont tous les kystes étaient très-petits, sauf un seul qui, par son développement, avait déterminé toute la tuméfaction du ventre. Tout unique qu'il était, ce grand kyste paraissait d'abord double ou triple, et tout autre qu'un opérateur exercé s'y serait trompé. M. Tyler Smith pensa que cette apparence était produite par des adhérences de l'épiploon, et ce diagnostic fut justifié par l'événement pendant l'opération.

M. Tyler Smith chloroformise ses malades comme M. Spencer Wels; mais il suit, sinon une méthode, du moins un procédé différent dans la position qu'il donne à la patiente, et dans plusieurs des temps de l'opération.

Observons d'abord qu'au lieu d'opérer dans l'hôpital, il eut soin de loger sa malade dans une maison particulière, située, si j'ai bonne mémoire, au nord de Regent's Park, c'est-à-dire dans un quartier très-aéré.

Quant à la position, il met la malade demi-assise, demi-couchée dans un grand fauteuil à dos très-renversé, et se place au-devant d'elle, entre les membres inférieurs tenus écartés par deux aides. Il trouve cette position plus favorable à l'évacuation du liquide.

Dans le cas dont je retrace ici le souvenir, M. Tyler Smith pratiqua sur les téguments, entre l'ombilic et le pubis, une incision latérale à 6 millimètres à peu près de la ligne médiane, d'une longueur d'environ 12 centimètres. Il divisa le péritoine sur une sonde cannelée ordinaire et arriva sur la tumeur.

Il passa alors la main, avec beaucoup de soin, de tous les côtés, entre la paroi abdominale et la surface du kyste, qui heureusement n'était pas énorme, ce qui permettait d'effectuer sans trop de difficulté cette manœuvre, à l'aide de laquelle les adhérences furent détruites une à une dans les quelques points où elles existaient. Elles étaient surtout remarquables entre la partie moyenne de la face antérieure du kyste et une bande du grand épiploon, qui, par la constriction qu'elle avait exercée dans ce point, avait déterminé sur la tumeur une dépression selon une sorte de zone équatoriale, d'où l'apparence bilobée du kyste, et l'interprétation que le chirurgien en avait donnée avant l'opération. Ces adhérences épiploïques cédèrent, d'ailleurs, assez facilement, sauf quelques déchirures de l'omentum qui n'entraînèrent aucun accident.

La ponction fut faite avec un gros trocart ordinaire à gorge longue et très-évasée, en bec d'aiguière, par laquelle le liquide jaune brun sale, filant et caractéristique du kyste, fut évacué dans plusieurs cuvettes placées successivement entre les cuisses de la malade. Les parois du kyste à demi vidé furent saisies, à une petite distance de la ponction, par de fortes pinces érignes ordinaires, à mors très-résistants et dont la forme évasée des crochets permettait de les tenir appliqués, avec la portion du kyste saisi, contre la canule du trocart.

Après l'évacuation complète, l'extraction de la poche devint facile. On ne put néanmoins la terminer sans rompre quelques adhérences profondes du kyste avec l'intestin.

Le pédicule, saisi à pleine main et porté dans l'angle inférieur de la plaie, fut traversé dans son milieu par une aiguille portant un fil ciré double très-fort. Le fil ayant été dédoublé, un des chefs fut solidement serré autour de la moitié inférieure du pédicule, arrêté par un double nœud et coupé ras; l'autre chef exerça une constriction analogue sur la moitié supérieure du pédicule et fut renversé alors de manière à embrasser, dans une troisième ligature, la totalité du pédicule au niveau des deux premières. Ses deux chefs furent coupés ras. Le pédicule fut excisé immédiatement en dehors des ligatures, et son moignon remis en place dans le bassin, avec les trois anses qui le serraient abandonnées dans la cavité pelvienne comme ligatures perdues.

Les intestins soigneusement refoulés, dans le courant et à la fin de l'opération, à l'aide des mains avec interposition douce d'une flanelle, la plaie fut réunie par première intention à l'aide de huit à dix points de suture métallique, à fil d'argent, à plans superposés : les uns profonds comprenant le péritoine, les autres superficiels n'embrassant que la peau ; tous bien

---

p. 130.) Et plus loin, sir Charles Lyell établit que les terrains de Moulin-Quignon sont encore plus anciens que ceux de Menchecourt, de cette localité dans laquelle « des races éteintes de mammifères ont vécu et ont péri à l'époque où les silex taillés ont été enfouis au milieu des dépôts fluviatiles » (Lyell, *loc. cit.*, p. 126).

Les faits les plus récemment et les plus soigneusement observés se réunissent donc pour le démontrer : l'homme, qui a laissé dans les terrains diluviens mille débris de son industrie; l'homme, dont un ossement fossile vient d'être découvert, n'est pas seulement apparu sur la terre à la suite des grands cataclysmes qui l'ont formée telle que nous la connaissons. Contemporain des grands mammifères retrouvés par Cuvier, il a partagé leur sort, et d'effrayants spectacles ont dû se dérouler sous ses yeux. Qu'est-il devenu au milieu de ces grandes révolutions du globe? La population entière a-t-elle disparu pour faire place à des populations nouvelles venant de régions que le fléau avait épargnées, ou bien quelques rares individus ont-ils échappé au désastre pour repeupler ensuite les contrées ravagées? Ce sont là des problèmes bien obscurs encore, mais dont la paléontologie et l'anthropologie nous donneront peut-être la clef quelque jour (1).

AIMÉ GIRARD.

(1) *Journal des Débats.*

La mort vient d'enlever, au terme d'une carrière cruellement éprouvée, l'un des anciens médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. le docteur Fouilhoux, membre honoraire de la Société impériale de médecine de cette ville.

— Le concours ouvert devant la Faculté de médecine pour l'agrégation, section des sciences accessoires, vient de se terminer. Ont été nommés : 1° Pour la physique, M. Desplats; 2° Pour la pharmacologie, M. Naquet; 3° Pour l'histoire naturelle, M. de Seynes.

serrés. Un linge huilé, du coton cardé très-doux et un bon bandage de corps complétèrent le pansement.

La malade, replacée dans son lit, une sonde d'argent, analogue par sa courbure à celle qu'on emploie à la suite de l'opération de la fistule vésico-vaginale, et munie d'un long tube évacuateur de caoutchouc, fut placée dans la vessie, pour éviter les moindres mouvements.

J'ai vu l'opérée le 3 juillet, sept jours après l'opération. Les points de suture avaient été enlevés; la plaie, complétement réunie, ne donnait pas de pus. Le ventre peu tuméfié était souple, sans douleur. L'état de la langue, du pouls et de toutes les fonctions était satisfaisant. Il n'était pas douteux que le rétablissement ne dût être complet.

La sixième opération d'ovariotomie dont je fus témoin, fut pratiquée le 3 juillet par M. Backer-Brown, à *London Surgical Home*, hôpital particulier de ce chirurgien, situé à Stanley Terrace, 18, Saint-John's Church, Nottinghill, c'est-à-dire comme pour les opérations précédentes et plus encore si l'on peut dire, dans la partie de Londres la plus aérée, la plus hygiénique, et dans une maison de l'apparence la plus confortable.

Elle ne fut pas moins remarquable par les complications qu'elle offrit, que par l'habileté et la hardiesse avec lesquelles elle fut exécutée.

La malade, jeune femme de vingt-cinq à trente ans, portait un kyste multiloculaire d'un moyen volume, qui donnait au ventre une apparence bosselée. Elle fut préalablement chloroformisée dans sa chambre, pendant que M. Backer-Brown pratiquait une autre opération, et fut emportée tout endormie dans la salle d'opérations, où elle fut couchée sur un lit étroit, le siége sur le bord du lit, faisant face au chirurgien, qui se plaça entre les membres inférieurs écartés et maintenus à droite et à gauche par deux aides.

Une longue incision pratiquée sur la ligne blanche, prolongée en haut et en bas de l'ombilic au pubis, pénétra rapidement dans la cavité péritonéale. Après avoir passé la main entre la paroi abdominale et les kystes, reconnu les rapports de la tumeur et rompu quelques adhérences antérieures et supérieures, pour arriver sur le kyste le plus volumineux, qui était un des plus profonds, M. Backer-Brown ponctionna celui-ci avec un gros trocart simple, et procéda à l'évacuation d'un liquide filant, jaune verdâtre, dont il remplit successivement deux grandes cuvettes.

Le kyste, saisi alors au delà du trocart avec de fortes pinces érignes, fut peu à peu ramené hors du ventre. Il dépendait de l'ovaire droit. Il adhérait non-seulement à l'épiploon et à l'intestin, mais encore à l'utérus, ainsi qu'à l'ovaire et au ligament rond du côté opposé.

Ces adhérences furent déchirées avec rapidité, et le pédicule fut assez isolé pour recevoir l'application du clamp destiné à en opérer la constriction. Ce clamp est plus grand que celui de M. Spencer Wels, et la partie qui opère la constriction ne se sépare pas des manches, comme cela a lieu pour ce dernier, ce qui augmente de beaucoup le volume et le poids de l'instrument qui doit rester sur l'angle inférieur de la plaie. Le kyste fut reséqué à une courte distance de l'instrument constricteur.

M. Backer-Brown, examinant alors avec soin l'ovaire gauche, y constata le commencement de formations cystiques qui faisaient présumer, pour un avenir peu éloigné, le développement d'une nouvelle tumeur. Il n'hésita donc pas à en pratiquer aussi l'extirpation, en ayant soin d'appliquer préalablement sur son pédicule (trompe et ligament de l'ovaire réunis) une forte ligature de fil ciré, serrée par un nœud double, et dont un des chefs, conservant toute sa longueur, fut placé dans l'angle inférieur de la plaie de manière à être arrêté sur les téguments.

La matrice, d'un volume un peu plus considérable qu'à l'état normal, rouge, congestionnée, légèrement excoriée en plusieurs points sur sa face antérieure, par suite de la déchirure de ses adhérences avec le kyste, fut soulevée hors de la cavité pelvienne pour être soumise, ainsi que ses annexes, à un minutieux examen.

Le ligament rond gauche avait été coupé. Il fut lié, ainsi que deux points déchirés de l'épiploon, dont l'un très-rapproché de l'intestin, qui menaçaient de donner lieu plus tard à une hémorrhagie. Ces trois ligatures, faites avec un fil d'argent assez fin, dont les bouts tordus avaient été coupés ras, furent abandonnées et renfermées avec les organes dans la cavité abdominale (ligatures perdues).

Le clamp, au-dessous duquel fut placé un morceau de *lint*, et le fil de la ligature du pédicule ovarique gauche placés dans l'angle inférieur de la plaie, les intestins doucement repoussés, et la cavité de la séreuse essuyée avec des éponges fines, la plaie fut réunie par sept points de suture en fil d'argent bien serrés et arrivant jusqu'au péritoine, s'ils ne le traversaient pas.

Le lendemain, il n'y avait pas de symptômes de péritonite; mais le ventre était légèrement tendu et le pouls avait une fréquence qui pouvait inspirer des doutes sur l'issue favorable de l'opération. Ayant quitté Londres ce jour-là, je ne pus suivre la marche des accidents ultérieurs.

Vous voyez, mon cher ami, que du 23 juin au 3 juillet, c'est-à-dire dans l'espace de dix jours, j'ai vu faire à Londres six opérations d'ovariotomie, dont quatre pratiquées en une semaine par un seul opérateur. Sur ces six opérations, je puis compter au moins quatre succès, en omettant la dernière opération, dont je n'ai pu constater les suites.

Ces chiffres prouvent suffisamment combien l'ovariotomie est entrée dans la pratique chirurgicale. Ils démontrent qu'elle réalise d'assez beaux succès pour qu'on doive lui accorder un rang honorable dans le cadre des opérations réglées, au même titre que la plupart des autres grandes opérations depuis longtemps en possession de notre confiance.

Ce n'est pas à dire pour cela qu'à Londres même et dans le reste de l'Angleterre elle soit acceptée universellement et sans conteste. L'école chirurgicale qui la pratique aujourd'hui sur une si large échelle, vient à la suite de courageux opérateurs, dont les premières tentatives pour la faire entrer dans le domaine de l'art furent vivement disputées. L'ovariotomie a eu sa période militante, avant d'arriver à sa période triomphante. Il sera curieux de jeter un coup d'œil sur cette première époque.

De plus, il est nécessaire de discuter les raisons puissantes qui font adopter cette opération, comme la seule voie de salut, par des chirurgiens ayant suivi avec soin l'évolution d'une maladie dont les ponctions, les injections iodées et les autres traitements ne parviennent qu'exceptionnellement à prévenir l'issue fatale. Il est nécessaire, après le tableau que j'ai cherché à vous retracer d'après les opérations que j'ai vu pratiquer, de dépouiller les statistiques sérieuses qui ont été publiées, pour y déterminer la moyenne des succès que l'on peut raisonnablement se promettre. Enfin, il est bon de faire intervenir à la fois, dans cette exposition, le souvenir des malades que j'ai observés n'ayant pas encore été opérées, celui des succès récents et anciens que j'ai constatés à Londres et à Édimbourg, et même celui de la terminaison funeste de la maladie abandonnée à elle-même.

A l'aide de ces divers éléments d'appréciation, je compte justifier prochainement auprès de vous l'opinion favorable que je me suis formée à cet égard.

Votre affectionné,

A. Courty.

III

CORRESPONDANCE.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Mon cher Dechambre,

Il y a quinze jours que vous auriez dû recevoir cette lettre, et voici la cause du retard. Je connaissais l'observation de M. Parrot, et désirant la comprendre dans ma réponse à M. Charcot, j'ai dû attendre qu'elle fût publiée; or, c'est vendredi dernier seulement qu'elle a paru dans la Gazette.

Dans le numéro du 17 juillet, M. Charcot a publié une nouvelle observation d'aphémie qui semble infirmer ce que j'ai dit au sujet de la localisation de la faculté spéciale du langage articulé. — Il s'agit d'une femme qui a perdu la parole, et chez laquelle les lésions anatomiques avaient leur siége au fond de la scissure de Sylvius, sur le lobe temporal et sur l'insula de Reil. Toutes les circonvolutions, examinées avec soin, ne présentèrent à l'œil nu aucune altération appréciable; mais des fragments de la substance nerveuse prise sur la troisième circonvolution furent portés sous le microscope, et l'on rencontra *quelques corps granuleux, et plusieurs vaisseaux capillaires ayant subi la dégénérescence graisseuse.* M. Charcot ajoute : « Je ne sais si les faits contenus dans mon observation pourront modifier l'opinion si nettement exprimée de M. Auburtin. »

Une observation n'a de valeur qu'à la condition d'être *complète*, et elle ne l'est que lorsque les détails symptomatologiques et anatomiques ne laissent rien à désirer. Or, les premiers sont très-insuffisants pour la malade de M. Charcot, et, d'un autre côté, je ne puis considérer comme étant dans un état d'*intégrité parfait* une circonvolution dans laquelle *les vaisseaux capillaires sont altérés* au point de modifier probablement la circulation. Nous ignorons encore quel est le degré d'altération nécessaire pour produire l'aphémie, mais nous savons parfaitement que souvent des symptômes graves sont engendrés par des lésions peu profondes de la pulpe cérébrale.

Plus haut, en parlant des faits de M. Charcot, qui semblaient favorables à la doctrine que j'ai défendue ici, j'ai montré qu'ils étaient de simples notes recueillies à la hâte, d'un laconisme tel, qu'ils pouvaient bien peu nous éclairer. Que doit-on penser de celui-ci, qui est entaché des mêmes défauts, et de plus qui est en opposition avec ceux que nous possédons en grand nombre, et en particulier avec ceux que j'ai mis sous les yeux de vos lecteurs, qui ont pu juger de leur valeur par l'exactitude des détails sous le double point de vue de la description des symptômes et des altérations anatomiques.

M. Charcot est placé dans de bonnes conditions pour recueillir de nouvelles observations, et l'occasion ne lui manquera pas; qu'il nous en donne donc de *complètes*. Quand il s'agit de l'étude d'une question physiologique de la nature de celle-ci, il ne faut pas reculer même devant l'aridité des descriptions; c'est à cette seule condition que les doutes peuvent être dissipés.

Une fois qu'il possédera une série de cas dans lesquels la perte de la parole aura coïncidé avec un état d'*intégrité parfait* des lobes antérieurs, il restera à faire la contre-épreuve, en nous montrant, toujours au moyen d'observations complètes et exactes, que la parole peut être conservée avec une destruction de *toutes les circonvolutions frontales*. En effet, s'il n'y a pas de centre cérébral propre à l'articulation des mots, si la lésion d'un point quelconque de l'encéphale peut abolir cette faculté, on devra quelquefois la trouver intacte lorsque les lobes antérieurs seront détruits.

Lorsque nous posséderons les faits que je demande, et sans lesquels je considère la doctrine que je défends comme non ébranlée, nous les mettrons en parallèle avec ceux qui existent dans la science, et après les avoir *comptés* nous les *pèserons*, car il faut la quantité et la qualité. — *Non* SOLUM *numerandæ, sed* ETIAM *perpendendæ sunt observationes.*

Je rappellerai à M. Charcot qu'il y a plus de quinze ans qu'un prix de *cinq cents francs* a été offert en pleine Académie de médecine, à la suite d'une longue discussion sur le sujet qui nous occupe, à celui qui pourrait apporter une observation, avec tous les détails que l'on est en droit d'exiger, et *dans laquelle la parole aurait été conservée, toutes les circonvolutions frontales ayant été détruites.* — Ce prix n'a pas encore été décerné, faute de concurrents.

Passons maintenant à l'observation de M. Parrot.

Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans morte d'une tuberculisation pulmonaire; je ne m'y arrêterai pas, et je laisserai également de côté certaines particularités relatives au membre supérieur gauche, pour n'examiner que ce qui a rapport au langage articulé.

Il y a huit ans que cette femme avait eu une perte de connaissance de quarante-huit heures, suivie d'une hémiplégie gauche complète. A ceux qui l'ont soignée, l'intelligence a paru intacte, et la parole n'a subi aucune atteinte, puisqu'elle a donné elle-même tous les détails de sa maladie.

Voici maintenant les résultats de l'autopsie : La lésion a son siége sur le lobe frontal droit; le gauche est sain. Une fois les deux bords de la scissure de Sylvius écartés, on constate les particularités suivantes : les circonvolutions du lobe de l'insula ont disparu; la *troisième* circonvolution frontale est détruite dans toute sa partie postérieure; la deuxième circonvolution frontale est un peu atrophiée à sa base et dans deux points de sa périphérie; enfin le lobe temporo-sphénoïdal est aussi atrophié.

L'auteur fait suivre cette observation des réflexions suivantes : « Nous ferons remarquer que ce fait prouve d'une manière incontestable que l'intégrité absolue de l'intelligence et de la faculté du langage articulé peut coïncider avec une atrophie complète du lobe de l'insula de Reil et de la troisième circonvolution frontale, qui, suivant quelques observateurs, serait constamment atteinte dans les cas d'aphémie. »

Les observateurs auxquels M. Parrot fait allusion ne sont pas restés dans des termes aussi vagues, ils ont mieux précisé les choses en faisant remarquer que pour une série de quatorze ou quinze cas observés dans ces derniers temps, la perte de la parole a coïncidé, non avec une altération de la troisième circonvolution frontale droite ou gauche, mais toujours avec une lésion de cette dernière. J'avoue cependant que ces observations ne sont pas toutes assez complètes pour que l'on puisse considérer cette localisation particulière comme parfaitement établie, mais le fait de cette altération constante de la troisième circonvolution *gauche* mérite bien d'être signalé. Pour que la démonstration fût complète, il faudrait voir la parole conservée avec une altération de la troisième circonvolution frontale *droite*. Or, jusqu'ici nous n'avions aucune observation de cette nature; celle de M. Parrot est donc fort intéressante, mais elle n'est pas en opposition, comme il semble le croire, avec ce qui a été dit.

Sans doute, si de nouveaux faits venaient confirmer ceux que nous possédons déjà en fixant ce point de physiologie cérébrale, à savoir : que la troisième circonvolution frontale *gauche* est le centre exclusif de coordination des mouvements propres à l'articulation des mots, ce serait tout une révolution dans les notions que nous possédons. En effet, si les deux hémisphères cérébraux n'étaient pas affectés à des fonctions identiques, les localisations seraient bien plus nombreuses, car la troisième circonvolution droite n'étant pas comme la gauche le siége de la faculté du langage articulé, elle serait chargée, sans doute, d'une autre fonction, et il nous resterait à rechercher quelle elle est.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons encore nous demander si la parole a son siége dans l'ensemble des lobes antérieurs ou bien dans l'une de leurs circonvolutions. Bien que les faits recueillis dans ces derniers temps semblent rendre la seconde hypothèse plus probable, il ne faut pas trop se hâter de conclure. En supposant que des observations ultérieures nous montrent

cette faculté spéciale intacte dans des cas où la troisième circonvolution frontale droite ou gauche est altérée, elles ne détruiraient pas ce que nous avons avancé, savoir : que le principe qui régit les mouvements propres à l'articulation des mots réside dans les lobes antérieurs. Le centre cérébral, s'il existe, resterait à rechercher, voilà tout. Nous saurions une fois de plus que la parole peut être conservée avec une altération *partielle* des lobes antérieurs.

Nous ne pouvons trop le répéter, cette question de physiologie cérébrale a besoin d'être clairement posée pour être bien résolue, et c'est pour ne l'avoir souvent examinée que d'un côté que nous avons à signaler tant d'erreurs. Enfin, si de nouvelles observations venaient infirmer la doctrine que j'ai défendue, il ne m'en coûterait pas d'y renoncer, en déclarant que je me suis trompé, et que j'ai pris l'ombre pour la réalité.

Vous penserez comme moi, mon cher ami, que ces questions ne doivent jamais être examinées avec d'autre passion que celle de la vérité scientifique, et qu'il est bon d'avoir souvent à l'esprit cette sage pensée de Rousseau : *Je sais que la vérité est dans les choses et non dans mon esprit qui les juge.*

Agréez, etc. ERNEST AUBURTIN.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Mon cher ami,

Je ne puis me rendre aux remarques critiques qui viennent de vous être adressées par M. le docteur Auburtin concernant l'observation d'aphémie dont je vous ai entretenu il y a une quinzaine de jours. J'accorderai à la vérité, bien volontiers, que cette observation est laconiquement présentée, — et ce n'est pas vous qui m'en ferez un crime ; — mais, au risque d'associer deux termes que M. le docteur Auburtin semble considérer, je ne sais trop pourquoi, comme inconciliables, je persiste à croire qu'elle est en même temps complète. — Elle est complète en tant, du moins, qu'elle établit péremptoirement l'existence de l'aphémie chez une malade qui avait conservé une bonne partie de son intelligence et chez laquelle, d'ailleurs, les mouvements de la langue étaient restés libres ; elle est complète encore, si je ne me trompe, en ce sens qu'elle détermine avec une précision suffisante le siége et la nature des altérations de l'encéphale que l'autopsie a fait découvrir ; elle est trop complète même, peut-être, si l'on peut ainsi parler, puisqu'en mentionnant certains détails d'anatomie microscopique évidemment sans intérêt pour la question à débattre, elle provoque M. le docteur Auburtin à laisser paraître quelque peu d'inexpérience en matière d'histologie pathologique, en ce qui concerne tout au moins l'appréciation de la valeur réelle des altérations de la substance nerveuse cérébrale.

Sans aucun doute, cette observation se trouve être en opposition formelle avec la plupart de celles qu'a rassemblées M. le docteur Auburtin. Mais pourquoi ne céderai-je pas à mon tour à la tentation de rappeler qu'il convient parfois de peser les observations, non de les compter? On prétend localiser une faculté dans un point déterminé de l'encéphale à l'aide des données combinées de la clinique et de la nécroscopie. J'ai le droit d'exiger que le rapport qu'on cherche à établir entre le trouble fonctionnel et la lésion d'organe soit démontré être un rapport constant ; de quel poids dès lors n'est pas, dans une question ainsi posée, une observation contradictoire, fût-elle même complétement isolée ?

En pareille matière, les procédés de la statistique ne sont certainement pas rigoureusement applicables ; mais j'admets pour un instant qu'on laisse intervenir les chiffres. Quelles seront ces observations si nombreuses qu'annonce M. le docteur Auburtin et qu'il veut opposer à la nôtre? Sans doute il ne viendra pas invoquer les faits recueillis dans le temps où la question de l'aphémie était encore dans sa première phase ; car, à cette époque, la délimitation anatomique des lobes antérieurs n'était point faite suivant le mode adopté aujourd'hui ; de plus, l'importance de l'étude *par circonvolutions* n'avait pas encore été mise dans tout son jour, et, à ce double point de vue, les observations anciennes cessent évidemment d'être comparables aux observations récentes. Cette déduction faite, quels cas restent donc à l'appui de la thèse soutenue par M. Auburtin? En vain ai-je cherché dans le volumineux travail de cet auteur des faits tirés de son propre fonds ; mais j'y rencontre d'abord, par compensation, les observations de M. le docteur Broca, observations fort remarquables sans aucun doute, mais qui, en fin de compte, ne pourront jamais compter que pour deux ; vient ensuite le fait relevé à la clinique de M. le professeur Trousseau, et enfin les quelques faits recueillis à l'hospice de la Salpêtrière, et qui m'appartiennent. Je pourrais bien, à la vérité, réclamer contre la signification qu'on a prêtée, un peu arbitrairement, à quelques-unes des observations du dernier groupe, au profit de la doctrine soutenue par M. le docteur Auburtin ; mais, pour le moment, je passe outre. Voici donc, en tout, dix cas au plus plaidant pour la doctrine, contre un cas contradictoire. En fin de compte, vous le voyez, mon cher ami, la disproportion numérique entre les deux ordres de faits n'est pas aussi énorme qu'on voudrait le laisser croire.

Mais, hélas! fussé-je riche de cent observations établissant que l'aphémie peut exister sans altération des lobes antérieurs du cerveau en général, et de la troisième circonvolution frontale en particulier, que M. le docteur Auburtin, je le vois bien, ne se laisserait pas encore convaincre ; il réclamerait ce qu'il appelle la contre-épreuve : c'est, à savoir, l'histoire complète et détaillée d'un individu *chez lequel la parole aurait été conservée, alors que chez lui toutes les circonvolutions frontales auraient été détruites!* Serons-nous jamais assez heureux pour mettre la main sur un fait d'un caractère aussi singulier, et qui mériterait certainement d'être nommé la perle des cas rares? Pour stimuler notre zèle, sans doute, M. le docteur Auburtin veut bien nous faire connaître qu'un prix de 500 francs attend l'heureux possesseur d'une telle trouvaille. Mais la récompense proposée se montre-t-elle à la hauteur du but à atteindre? Pour moi, je pense qu'une observation remplissant toutes les conditions requises par M. le docteur Auburtin serait vraiment inestimable, et qu'elle ne saurait être payée d'aucun prix.

Agréez, etc. J. M. CHARCOT.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 JUILLET 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Nous donnerons le compte rendu de cette séance dans le prochain numéro.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 AOUT 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Trois rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Mangin* (de Lamarche), *Bancel* (de Toul), *Amiot* (de Baume). — *b.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans les départements des Hautes-Pyrénées, du Cher, de la Sarthe et de Tarn-et-Garonne. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Un rapport de M. le docteur *Damourette* sur le service médical des eaux minérales de Sermaize (Marne) pour l'année 1861. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Putégnat* (de Lunéville), exprimant « le désir de changer son titre de correspondant en celui d'associé ». —

b. Une lettre de M. le docteur *Charnoux*, accompagnant l'envoi d'une espèce de champignons qui végètent sur les parois intérieures de la salle d'aspiration de l'établissement thermal de Bourbon-l'Archambault. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*, Une note de M. le docteur *Perron* (de Besançon) sur la mortalité par phthisie pulmonaire dans cette ville pour l'année 1862. (*Comm.*: MM. Patissier, Barth, Roger.)

M. *le secrétaire perpétuel* offre à l'Académie, au nom de M. *Husson*, le Compte moral de l'Assistance publique pour l'année 1861.

M. *Larrey* présente : 1° une communication de M. le docteur *L. Coindet*, médecin militaire au Mexique, sur la fièvre jaune et les fièvres rémittentes de ces contrées (*Commission de la fièvre jaune*) ; 2° deux rapports de M. le docteur *Gouget*, sur deux épidémies de goître aigu, observées dans la garnison de Colmar, l'une pendant le premier semestre de 1861, l'autre pendant les mois de janvier et février 1863 (*Commission des épidémies*) ; 3° une réclamation de priorité de M. le professeur *Tigri* (de Sienne) à l'occasion de la découverte de la thrombose et des documents à l'appui ; 4° le premier fascicule du tome I^{er} du Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par M. le docteur *Wecker* ; 5° cinq volumes sur divers sujets de médecine, par M. *Antonacci*, directeur de la pharmacie du collége romain.

— M. *Tardieu* fait hommage, au nom de M. le docteur *Hippolyte Gosse*, d'une thèse inaugurale intitulée : Des taches au point de vue médico-légal.

Lectures et rapports.

Vivisections. — M. *Charles Robin*, au nom de feu M. *Moquin-Tandon*, lit un rapport officiel sur l'utilité des vivisections.

Voici les conclusions de ce rapport, que les règlements interdisent de livrer à la publicité, avant qu'il n'ait été communiqué au ministre :

1° Les vivisections sont indispensables aux progrès de la physiologie, et les opérations sur les animaux vivants nécessaires pour l'étude de la médecine opératoire et vétérinaire.

2° Elles doivent être faites avec réserve, et l'on doit surtout éviter de leur donner un caractère apparent de cruauté.

3° Un progrès réel doit toujours être le but de l'expérimentateur.

4° Les élèves ne doivent se livrer à des expériences que dans les grands centres d'étude, sous la direction de professeurs, dans les facultés, les écoles, etc.

5° Les expérimentateurs doivent mettre en œuvre tous les moyens dont la science dispose pour diminuer la douleur des animaux soumis à l'expérience.

La discussion sur ce rapport est ajournée jusqu'à la fin des discussions déjà pendantes.

Physique appliquée. — M. *Scoutetten*, membre correspondant, expose des recherches sur l'*électricité considérée comme cause de l'activité des eaux minérales*, et sur l'*électricité du sang*.

M. Scoutetten constate d'abord que tous les auteurs reconnaissent qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de fixer la limite qui sépare l'eau minérale de l'eau ordinaire ; que la première possède des propriétés actives que la seconde ne manifeste pas ; que cette différence d'action tient à une cause inconnue, vainement cherchée jusqu'à ce jour, et qu'il espère avoir découverte.

Les principaux faits sur lesquels l'auteur s'appuie sont : 1° que les eaux de rivière, et toutes celles qui sont exposées à l'air libre, manifestent une réaction électrique opposée à celle donnée par les eaux minérales ; qu'ainsi, en se servant d'un galvanomètre de Nobili, dont les fils de laiton enveloppés de soie font dix mille tours sur le châssis de l'instrument, les eaux ordinaires, dans leur contact avec les terres adjacentes, sont positives, tandis que les eaux minérales, chaudes ou froides, examinées à la source, étudiées dans les mêmes conditions, sont toujours négatives ; que ces mêmes eaux minérales, mises en contact avec l'eau de rivière à l'aide d'un vase poreux, donnent aussi, dès que le circuit est fermé, le signe négatif, tandis que l'eau de rivière est positive.

M. Scoutetten insiste sur ce fait que la minéralisation ne donne pas la raison de l'activité des eaux minérales, puisqu'il en est, comme celles de Plombières et du Mont-Dore, qui contiennent de 20 à 25 centigrammes de sels divers par litre, tandis que l'eau de la Seine en renferme 30 et même 35 centigrammes ; que cependant personne ne peut nier l'efficacité des eaux minérales désignées : il y a donc une action intrinsèque appartenant à l'eau elle-même.

Cette activité des eaux minérales prises à la source paraît tenir à une modification moléculaire du liquide, déterminée par l'action prolongée de l'électricité, action produite par les courants qui ont lieu dans le sein de la terre, par le frottement de la colonne liquide contre les parois des roches, par les réactions chimiques incessantes, par l'élévation de la température.

M. Scoutetten ne méconnaît pas la part d'action qui revient à la minéralisation, mais il la croit secondaire ; il pense que les effets thérapeutiques des eaux minérales, prises à la source, tiennent à deux causes, savoir : l'action dynamique et l'action médicamenteuse. L'action dynamique suffit seule pour exciter l'organisme et provoquer les phénomènes observés fréquemment pendant l'emploi des eaux : l'agitation, l'insomnie et même la fièvre.

Pour prouver le degré d'excitation produite par l'électricité dégagée au contact des eaux minérales avec le corps de l'homme, M. Scoutetten a fait les expériences suivantes : il s'est mis dans un bain, et pendant qu'il s'y trouvait il s'est fait enfoncer dans le muscle deltoïde trois aiguilles de platine reliées entre elles, et aboutissant à un fil de même métal communiquant avec le galvanomètre ; une autre électrode, formée d'une lame de platine de 10 centimètres carrés de surface, plongeait dans l'eau du bain ; aussitôt que le circuit était fermé, l'aiguille du galvanomètre déviait, et attestait qu'il s'établissait un courant électrique partant de l'eau et passant à travers le corps : l'intensité du courant variait selon la nature du liquide ; l'eau de rivière ne faisait dévier l'aiguille que de 10 à 15 degrés ; l'eau salée ou rendue sulfureuse artificiellement donnait une déviation de 25 à 30 degrés, et l'eau de Plombières, prise à la source, déterminait une réaction énergique poussant vivement l'aiguille contre l'arrêt du cadran du galvanomètre, et la fixant définitivement à 75 ou 80 degrés. On peut se dispenser d'enfoncer des aiguilles dans les fibres musculaires ; on obtient des résultats identiques et plus prononcés encore en mettant dans la bouche, qu'on ferme exactement, une lame de platine, pendant que l'autre électrode plonge dans l'eau du bain.

Ces phénomènes n'auraient eu qu'une valeur secondaire aussi longtemps qu'il n'était pas démontré que les actions chimiques qui se produisent sans cesse dans les corps des êtres vivants déterminent un dégagement constant d'électricité.

Pour éclairer la question, l'auteur a fait des expériences sur l'*électricité du sang*. Il en rapporte quatre, ayant pour but de prouver l'existence et de déterminer le caractère de la réaction électrique du sang rouge sur le sang noir.

La première série d'expériences a consisté à introduire dans l'artère carotide droite et la veine jugulaire gauche d'un cheval deux tubes de verre longs de 10 centimètres et de 1 centimètre de diamètre, ouverts à chaque extrémité. A l'intérieur de chacun de ces tubes est une lame de platine de 10 centimètres carrés de surface, pliée plusieurs fois sur elle-même, selon sa longueur, en forme d'éventail ; un fil de platine d'un demi-centimètre de section est soudé à la lame ; ce fil, long de 25 centimètres, est enduit d'un vernis de gutta-percha, excepté à l'extrémité libre qui doit se rattacher au fil de laiton, lequel est entouré de soie et aboutit à un excellent galvanomètre de Nobili.

Dès que le circuit fut fermé, l'aiguille de l'instrument,

chassée vivement contre l'arrêt, indiqua un courant positif pour le sang artériel, c'est-à-dire que le sens du courant intérieur allait du sang veineux au sang artériel. L'aiguille du galvanomètre se fixa dans un cas au 50^{e}, dans un autre cas au 55^{e} degré.

Dans une autre série d'expériences pratiquées sur du sang artériel et du sang veineux récemment obtenus par une double saignée, les résultats furent les mêmes : la direction du courant fut identique du sang noir au sang rouge ; l'aiguille du galvanomètre se fixa à 75 degrés, et s'y maintint invariablement pendant dix minutes. Lorsque le sang fut coagulé, mais non décomposé, elle marquait encore 70 degrés.

Puisqu'il est démontré, ajoute M. Scoutetten, que le sang rouge et le sang noir, dans leur contact à travers les parois des vaisseaux qui font l'office de véritables vases poreux, donnent des réactions électriques constatées par le galvanomètre, on doit admettre que, toutes les parties de notre corps étant parcourues par les fluides sanguins, il y a nécessairement dégagement constant d'électricité jusque dans la trame la plus déliée de nos tissus; que chaque molécule organique est sans cesse stimulée par le fluide électrique qui s'échappe, et que c'est principalement sous l'influence de cette excitation incessante que s'exécutent toutes les fonctions. C'est ainsi que l'oxygène contenu dans le sang rouge brûle les molécules organiques avec lesquelles il est en contact, et produit la calorification, merveilleuse fonction sans laquelle la vie est impossible. C'est également sous l'influence de l'électricité que s'opère, pendant la digestion, l'élection des molécules nutritives, et plus tard l'assimilation; il en est de même de la respiration, des sécrétions internes et externes, et, en un mot, de toutes les fonctions quelque simples ou compliquées qu'elles soient. L'électricité est le moteur de tous les actes organiques; tout s'arrête lorsque le mouvement électrique cesse. Ajoutons que cette électricité dégagée se recompose à l'instant, et qu'il n'y a pas d'électricité libre s'échappant du corps.

Les faits que nous venons de rapporter concordent parfaitement avec les phénomènes électriques développés pendant la combustion ; en effet, on sait que, pendant la combustion, le charbon prend l'électricité négative et l'air ambiant l'électricité positive, ou, pour être plus exact, que le courant s'établit du charbon à l'oxygène de l'air; or, la principale action du sang rouge, en raison de l'oxygène qu'il contient, est de produire dans nos tissus une véritable combustion.

Cet ensemble d'expériences établit une corrélation régulière entre les faits. L'énergie des réactions produites par le sang rouge sur le sang noir variant selon l'état de santé ou de maladie, on comprend l'utilité des eaux minérales, prises à la source, lorsqu'il faut déterminer un *remontement* général, comme disait Bordeu; en effet, elles excitent l'organisme, raniment les fonctions et rendent la santé.

Après cette dissertation, M. Scoutetten prie l'Académie de vouloir bien répéter ses expériences, et d'en vérifier l'exactitude.

— M. *Devergie* demande si l'expérimentation de M. Scoutetten a porté sur les eaux minérales *transportées* ou non.

— M. *Scoutetten* répond qu'il a expérimenté sur des eaux minérales transportées et des eaux prises sur lieu. C'est sur ces dernières surtout qu'il a obtenu les résultats qui viennent d'être exposés à l'Académie.

Physiologie. — M. *Béclard*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Regnault* et *Gavarret*, lit un rapport sur un mémoire de M. *Giraud-Teulon*, relatif à la cause et au mécanisme des images multiples dans la vision monoculaire.

M. le rapporteur dit que le travail de M. Giraud-Teulon a été précédé d'un mémoire de M. *Trouessart* sur le même sujet, et que ce dernier avait entrevu ce que le premier a pu rigoureusement démontrer. M. Trouessart s'était aperçu que plusieurs images se produisaient normalement chez certains vieillards sans qu'il y ait trouble de l'accommodation, et il pensait qu'il se passait dans l'œil quelque phénomène physique tendant à transformer les milieux transparents de l'œil en une espèce d'optomètre. M. Giraud-Teulon a présumé que le rôle d'optomètre appartenait au cristallin. Ce physicien a fait des expériences avec des cristallins de bœuf, de cheval et de mouton ; il a employé, soit le cristallin seul, soit le cristallin avec la cornée et le corps vitré. Il les a placés comme la lentille dans la chambre noire de Haldat; il a constaté alors que le cristallin était aplanétique et qu'il représentait une lentille à un seul foyer, ainsi que cela est généralement connu. Lorsqu'il se servait de cristallins d'animaux âgés ou malades, il observait des images multiples ; et quand il éloignait l'écran recevant la lumière réfractée, on finissait par ne plus apercevoir que des images de segments du cristallin séparées par des lignes d'ombre.

Des expériences de M. Giraud-Teulon, il résulte que l'altération de la structure du cristallin entraîne un trouble dans la transmission de l'image, et que les images multiples sont produites par la division du cristallin, dont les segments sont séparés par lignes opaques commençantes. L'auteur conclut, d'après l'observation d'un opéré de cataracte, que ces lignes opaques peuvent exister dans le corps vitré et même sur la cornée.

M. Béclard, en terminant, pense que la fève de Calabar, expérimentée par M. Bowmann sur lui-même, faisant à la fois contracter l'iris et le muscle ciliaire, produit, en vertu de cette dernière propriété, la myopie; et, comme on sait que la polyopie coïncide souvent avec la myopie, à un âge avancé, il semble que l'emploi de cette substance peut faire apparaître des images multiples dans la polyopie monoculaire. Il recommande ce point pour l'édification de nouvelles expériences.

La commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de renvoyer son mémoire au *Comité de publication*. (Adopté.)

Thérapeutique. — M. *Lefèvre* lit une note sur un nouvel appareil destiné à administrer des bains de vapeurs sèches et aromatiques.

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. *Devilliers*, sur les titres des candidats pour la place vacante dans la *section d'accouchements*.

La section présente : en première ligne, et par ordre alphabétique, MM. *Blot* et *Pajot* ; en deuxième ligne, M. *Tarnier*; en troisième ligne, M. *Laborie* ; en quatrième ligne, M. *Salmon*.

L'Académie ajoute à cette liste le nom de M. *Mattei*.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 7 AOUT 1863.

M. *Boys de Loury*. Des maladies régnantes, et particulièrement de la fièvre typhoïde.

Discussion.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Du travail dans l'air comprimé. — Étude médicale, hygiénique et biologique faite au pont d'Argenteuil, par le docteur A. E. Foley.

Dans un écrit publié récemment, M. le docteur Foley a décrit avec beaucoup de soin les effets produits sur l'homme par le séjour dans l'air comprimé. Les observations ont été faites dans les tubes établis pour la construction des piles du

pont d'Argenteuil, près de Paris. Dans ces tubes, l'air était introduit avec force, de manière à chasser l'eau, et à permettre ainsi aux hommes d'habiter la chambre de travail (1).

« L'impression générale qu'on éprouve sur la face et toute la peau lorsqu'on entre dans les tubes où l'air est comprimé, varie suivant la nature des individus, l'intensité de la pression et la rapidité de l'éclusement, dit M. Foley. Tel est immédiatement pris de tremblement, tandis que son voisin a des douleurs de ventre; celui-ci a des battements de cœur, celui-là de la toux. Chez l'un, la sensation générale cause une inquiétude vague et faible; chez l'autre, elle amène une démoralisation complète. Un des plus robustes ouvriers du pont du Rhin a confessé qu'il s'était cru perdu la première fois qu'il était entré dans l'écluse. »

L'ouïe est celui de nos sens que la compression affecte le plus. « Je ne connais personne, poursuit l'auteur, qui n'ait souffert des oreilles en entrant dans les tubes pour la première fois. Cette universalité de douleur tient à ce que la membrane du tympan, si lentement qu'on s'écluse, est toujours déprimée avant que la trompe d'Eustache ait livré passage à l'air comprimé.

» Les organes destinés à saisir les différences d'humidité, de température et de résistance sont, après l'oreille, ceux de nos sens qu'impressionne le plus vite l'air comprimé. A peine le robinet qui met en communication les tubes et l'écluse est-il ouvert, qu'on éprouve aux lèvres d'abord, et bientôt sur toute la peau, la même sensation que dans une étuve. Cependant le thermomètre, dans l'air comprimé, ne marque qu'un cinquième de plus qu'au dehors. Quant à la vue, à l'odorat et au goût, ce n'est qu'après un certain séjour dans les tubes qu'une modification a été appréciée.

» Dès que la tension de l'air est fixe et qu'il presse également sur les deux faces du tympan, les douleurs d'oreilles disparaissent, mais l'audition reste exagérée. Tous les sons dans les tubes ont un timbre métallique qui ébranle le cerveau. L'air comprimé, en aplatissant en totalité la muqueuse aérienne, rend les cavités pharyngo-laryngiennes et nasales plus grandes et plus *osseusement* sonores.

» Les muscles délicats sont loin de pouvoir toujours vaincre les résistances que leur offre l'atmosphère des tubes. C'est ainsi que, vu la faiblesse des lèvres, le sifflement devient impossible. Dans ce même milieu, le pouls devient rapidement filiforme et même insensible. La *vis à tergo* manque promptement dans les veines, la circulation languit. La grande tension de l'air, en favorisant la combinaison de l'oxygène avec le sang, comme avec tous les autres combustibles, le rend si riche, qu'il sort aussi rutilant des veines que des artères, phénomène qui a été constaté à Kehl et ailleurs.

» Dans l'air comprimé, la capacité pulmonaire augmente, et les mouvements des côtes diminuent. L'excès de pression qui fait dissoudre l'oxygène dans les plus fines ramifications vasculo-sanguines rend superflu le jeu du thorax.

» Les ouvriers qui travaillent dans les tubes sentent moins la fatigue qu'à l'air libre, et ne s'essoufflent pas aussi facilement. La faim les prend vite; ils suent beaucoup, et cependant n'ont jamais soif.

» L'absence de soif, malgré d'énormes déperditions sudorales, a pour cause la grande quantité d'eau que l'air comprimé tient en dissolution et fait pénétrer dans l'organisation. La faim tient à l'énorme consommation que font des tissus divers, l'excès d'oxygène qui les pénètre, et les contractions plus énergiques de certains d'entre eux.

» L'essoufflement moindre est produit par le ralentissement circulatoire qui ne ramène (vers les poumons, le foie et la rate) que peu de sang veineux, puisque, à vrai dire, il n'y en a plus. Enfin l'absence de fatigue dépend précisément de la richesse de ce même liquide nourricier, qui, sans relâche, répare les muscles à mesure que leurs propres contractions les affaiblissent.

» Si l'on reste quelque temps dans les tubes, tous les phénomènes douloureux s'effacent; malheureusement, ils reparaissent quand on en sort.

» Au sortir de l'air comprimé, quand aucune maladie ne doit s'ensuivre, on éprouve immédiatement du bien-être. Il semble qu'on respire comme malgré soi, qu'on ait la poitrine pleine d'air et qu'on soit plus léger. Rien ne vous écrase plus.

» Ces sensations ne sont au reste bien manifestes que les premières fois qu'on subit l'influence de l'air comprimé. Lorsqu'on y est habitué, on entre dans l'atmosphère artificielle des tubes comme on la quitte, sans rien éprouver ou sans rien remarquer. »

M. Foley traite ensuite des accidents consécutifs, naturellement très-variables, suivant le tempérament ou la constitution des individus. Il examine les phénomènes morbides qui peuvent naître quand on quitte l'air comprimé, et il termine en indiquant les précautions qui doivent être prises dans l'emploi de l'air comprimé, et en précisant la nature des soins à donner aux individus qui en ont ressenti des effets fâcheux. (*Revue des Sociétés savantes*, 24 juillet 1863.)

(1) Voy. l'appréciation d'un travail de M. Willemin sur le même sujet (in GAZETTE HEBDOMADAIRE, t. VIII, p. 18).

VI

VARIÉTÉS.

M. le baron Barbier, ancien chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, a légué à la Faculté de médecine de Paris une rente de 2000 francs, destinée à la fondation d'un prix annuel « pour celui qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale, et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. » Le prix sera décerné au mois de novembre prochain, dans la séance solennelle de rentrée de la Faculté. Les pièces des concurrents seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 1er octobre prochain. Le prix ne s'appliquera qu'aux inventions faites postérieurement au 8 septembre 1856, date du décret impérial qui autorise l'acceptation du legs.

— La Société de médecine de Strasbourg, dans sa séance solennelle du 2 juillet 1863, a décerné un prix de 500 francs à M. Bouchard (de Lyon) pour ses *Recherches sur la pellagre*. Une première mention a été accordée à M. Lancereaux pour son mémoire *Sur les hémorrhagies méningées*, et une mention à M. Abeille, auteur d'un *Traité sur les maladies à urines albumineuses et sucrées*.

— A la revue que l'Empereur a passée le 29 juillet à Vichy, Sa Majesté a remis à M. Durand (de Lunel), médecin en chef de l'hôpital thermal militaire, la croix d'officier de la Légion d'honneur.

MM. Reuille, médecin aide-major de première classe, et Lapertat, pharmacien-major du corps de santé, ont été nommés chevaliers du même ordre.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Endémo-épidémie et météorologie de Rome, études sur les maladies dans leurs rapports avec les divers agents météorologiques, par le docteur *F. Balley*. Grand in-8 de 128 pages, avec un *Atlas de météorologie et météorographie, pathogénie et nosographie, ou Éléments de recherches sur la connexion entre les divers agents météorologiques et la pathogénie civile et militaire à Rome* (de 1856 à 1861). 25 planches in-4. Paris, Victor Rozier. 9 fr.

Cette brochure et l'atlas sont extraits des nos 41 et 42 du *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.*

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 14 AOUT 1863. N° 33.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine : Fièvre jaune de Saint-Nazaire. — Nouvelles remarques sur l'électricité du sang. — II. **Travaux originaux.** Pathologie interne : Des lésions bronchiques et pulmonaires, et particulièrement de la bronchite pseudo-membraneuse et de la broncho-pneumonie dans le croup. — La fève de Calabar. — III. **Correspondance.** Siége de la faculté du langage articulé. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — V. **Bibliographie.** Sur quelques publications récentes relatives à la pathologie mentale. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.

I

Paris, 13 août 1863.

Académie de médecine : FIÈVRE JAUNE DE SAINT-NAZAIRE ; RÉPONSE DE M. MÉLIER. — NOUVELLES REMARQUES SUR L'ÉLECTRICITÉ DU SANG.

Dans le discours que M. Mélier a lu mardi dernier à l'Académie de médecine, il a si judicieusement et si clairement rétabli les vrais principes touchant l'origine infectieuse et les moyens de transmission de la fièvre jaune, que nous le laissons faire ici même toute la besogne, en reproduisant ci-après (p. 531) de sa longue dissertation tout ce qui va droit aux points litigieux et en constitue la partie essentiellement critique.

La réponse de M. Mélier méritait de clore la discussion. L'Académie en a décidé autrement; nous le regrettons et elle le regrettera elle-même. On peut prédire, sans être un Calchas, que la controverse renaîtra surtout dans ce qu'elle a eu jusqu'ici d'excentrique et d'insoutenable. Rien n'est plus incorrigible que le paradoxe, par cette raison qu'il ne vient le plus souvent ni d'un vice de raisonnement, ni de l'inexpérience, mais simplement d'un travers constitutionnel. Or, il n'est pas sans inconvénient de lutter avec l'erreur qui ne veut ni ne peut se rendre. On lui donne l'air défendable en lui fournissant l'occasion de se défendre. Et cela est plus particulièrement fâcheux quand on puise, comme M. Mélier, dans une urbanité inaltérable, le désir et comme le besoin de trouver à toute chose un bon côté, et matière à compliments dans les doctrines les plus fausses, les plus singulières, les plus dangereuses. L'honorable académicien ne s'en est pas aperçu sans doute; mais, en portant mardi dernier sur de pareilles doctrines, dans une forme non exempte de moquerie, un jugement tel, qu'il ne laisserait pas le choix de l'épithète à qui voudrait les caractériser d'un trait; et en les rattachant néanmoins à de prétendus principes de haute philosophie, il a donné une fâcheuse idée ou de ces principes mêmes, ou de l'esprit qui les interprète et les applique de cette façon.

Quant à nous, à moins d'incidents nouveaux et imprévus, nous regardons la discussion comme épuisée. A. D.

L'Académie a procédé mardi à l'élection d'un membre dans la section d'accouchements. Une forte majorité a été acquise d'emblée à M. Blot. Presque toutes les autres voix ont été données à M. Pajot.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Mon cher confrère,

Vous me faites l'honneur de me consulter au sujet de la communication faite à l'Académie de médecine par notre savant confrère, M. Scoutetten, dans la séance du 4 août dernier, sur l'*électricité du sang*. Je m'empresse de répondre à votre appel.

J'aurais désiré vous satisfaire en peu de mots, mais le sujet n'est pas aussi simple qu'il le paraît. Pour bien comprendre l'influence que peuvent exercer sur les résultats obtenus les méthodes suivies dans la recherche des courants, il sera nécessaire d'invoquer quelques-unes des lois de l'électricité dynamique, et de rappeler quelques points de son histoire. Veuillez donc excuser l'étendue de cette lettre; je serai pourtant aussi bref que possible.

Ainsi que vous le rappelez vous-même dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE du 7 août (1), des expériences sur le même sujet ont

(1) ERRATUM. — Dans l'article auquel M. Béclard fait allusion, il s'est glissé plusieurs fautes d'impression qui doivent être corrigées comme il suit :
Page 514, deuxième colonne, au lieu de : « On peut produire un courant *muscu-*

été faites autrefois par Bellingeri. Au nom de Bellingeri vous auriez pu ajouter ceux de quelques-uns de ses devanciers, et en particulier les noms de Vassali et de Pfaff. Comme il ne s'agit point ici d'une question de priorité, nous n'examinerons que le travail de Bellingeri; expérimentant après les deux autres, il a eu recours à des procédés analogues.

Les recherches de Bellingeri sont consignées dans les Mémoires de l'Académie royale de Turin. Son premier travail est intitulé : *Sulla elettricità del sangue nelle malattie* (t. XXIV, p. 107, et en extrait dans les *Bulletins de la Société philomathique* pour 1823); le second porte pour titre : *In electricitatem sanguinis, urinæ et bilis animalium* (t. XXXI, p. 295, 1827). Ce que Bellingeri paraît surtout s'être proposé, c'est de déterminer le degré de ce qu'il appelle la *faculté* ou le *pouvoir* électrique du sang. Son premier mémoire se termine ainsi : « 1° Dans les phlegmasies aiguës il y a diminution dans la *faculté électrique* du sang; 2° dans les maladies chroniques le contraire a lieu; 3° le sang *ne donne pas constamment* au sortir de la veine l'électricité positive; 4° dans certains cas d'inflammation grave, l'électricité du sang veineux est *négative;* 5° au début d'une phlébotomie, le sang est *moins électrique* que celui qui coule à la fin. »

Les conclusions que je viens de transcrire prouvent encore que, dans la pensée de Bellingeri, le sang veineux est *ordinairement* chargé d'électricité positive, ce qui n'est pas précisément en rapport avec les opinions que vous lui prêtez sur l'autorité du Dictionnaire de médecine. Dans ce premier mémoire, Bellingeri ne parle que du sang veineux, et non du sang artériel. Dans le second mémoire, où il s'occupe de l'étude comparative du sang veineux et du sang artériel, il ne songe pas à les opposer l'un à l'autre sous le rapport de la nature différente des deux électricités. Il cherche l'électricité libre, dont il croit le sang chargé, et il s'efforce surtout de signaler les différences de tension électrique entre le sang veineux et le sang artériel. Dans sa pensée, les deux sangs sont normalement chargés d'électricité positive, mais la charge électrique du sang veineux l'emporte sur celle du sang artériel.

Examinons le procédé à l'aide duquel Bellingeri a cru pouvoir mettre en évidence l'électricité libre dans le sang. Après avoir renoncé à l'électromètre de Vassali, ainsi qu'à un instrument construit par son collègue Avogadro, Bellingeri a recours à un appareil très-sensible, fort employé à cette époque, ainsi que de nos jours, dans ce genre de recherches. Cet appareil, désigné sous le nom de *patte galvanoscopique*, n'est autre chose qu'un membre postérieur de grenouille dépouillé de sa peau, et dont le nerf sciatique a été conservé dans une aussi grande longueur que possible, c'est-à-dire jusqu'à la colonne vertébrale. La patte galvanoscopique est, en effet, une sorte de galvanomètre, ou un instrument révélateur de courants, dans lequel l'énergie de la contraction sert de mesure approximative pour les intensités.

Bellingeri commençait par régler son galvanoscope. A cet effet, la patte étant placée sur une lame de verre, il disposait une plaque de laiton sous la masse musculaire de la cuisse, et une autre plaque de même métal sous la partie libre du nerf; puis il réunissait ces deux plaques à l'aide d'un arc métallique

laire en réunissant *sa* surface extérieure à sa surface de section », lisez : « un courant *électrique*, en réunissant la surface extérieure *d'un muscle...* »

Même page, même colonne, au lieu de : « Des lames de platine munies *d'un fil métallique* qui vont se rendre à un galvanomètre », lisez : « Des lames de platine munies *de fils métalliques* qui vont... »

Page 515, première colonne : « Les courants *musculaires* qu'on peut déterminer dans beaucoup de tissus », lisez : « Les courants *électriques...* » A. D.

également de laiton. Ainsi qu'on le sait, l'établissement du circuit déterminait la contraction des muscles par la production du courant musculaire, courant qui se produit également sans intervention d'aucun métal lorsqu'on touche la surface musculaire avec le tronc nerveux lui-même.

Ici, la patte était à la fois l'organe producteur et l'organe révélateur du courant. Lorsque le courant musculaire était épuisé, c'est-à-dire lorsque la patte avait cessé de se contracter sous l'influence de l'arc métallique homogène, ce qui arrive au bout d'un certain temps, Bellingeri remplaçait la plaque de laiton sur laquelle reposait la masse musculaire, par une plaque métallique d'étain ou de plomb, tout en conservant sous le nerf la plaque de laiton. Lorsqu'on réunissait ces deux plaques à l'aide d'un arc métallique, la contraction musculaire reparaissait, mais la patte n'était plus alors qu'un simple galvanoscope mettant en évidence le courant engendré par les deux métaux hétérogènes, au contact d'une matière organique humide pénétrée de liquides salins, et jouant le rôle d'électrolyte.

Il ne restait plus qu'à mettre le sang en expérience. Ce liquide, extrait par une saignée soit de la veine jugulaire, soit de l'artère maxillaire (veau, mouton, cheval), était placé dans un verre. L'expérimentateur établissait la communication entre la plaque de laiton placée sous le nerf, et le sang contenu dans le verre à l'aide d'un conducteur de *laiton ;* la plaque de plomb placée sous la masse musculaire était reliée au sang par un conducteur de fer. Le circuit était dès lors établi, et Bellingeri constatait que la patte galvanoscopique entrait en contraction.

Partant de cette donnée, reconnue inexacte, que dans un circuit formé de deux métaux, et dont les deux extrémités sont appliquées l'une sur le muscle et l'autre sur le nerf, c'est au point de contact des deux métaux, c'est-à-dire au sommet de l'arc, qu'il faut rechercher la source de la force électromotrice, Bellingeri qui, dans les expériences dont nous parlons, avait remplacé le sommet de l'arc par le sang lui-même, plaçait naturellement dans le sang l'origine du courant observé; de là, suivant lui, la démonstration expérimentale de l'existence de l'*électricité libre* dans le sang.

Dans l'expérience dont nous parlons, c'est bien en effet dans le sang que prend naissance la force électromotrice, mais non pas comme Bellingeri l'entendait.

Au contact avec le sang de ces deux métaux hétérogènes, dont l'un est plus attaquable que l'autre, il se produit un courant, mais le liquide sanguin n'est que le milieu où il apparaît. Ce courant prend naissance au contact du liquide et du métal et en vertu d'une action chimique provoquée. Ce courant n'existait pas tout formé dans le sang : les métaux ne le recueillent pas, ils l'engendrent. Ajoutons que dans les expériences de Bellingeri les plaques métalliques de nature différente, placées sous le nerf et sous la masse musculaire, étaient de nature soit à renforcer le courant, soit à l'atténuer, suivant que la direction du courant accessoire déterminé en ces points était de même sens que le courant principal ou de sens contraire. Il n'est pas nécessaire d'être profondément versé dans l'étude de l'électricité dynamique pour comprendre que la nature différente des métaux plongés dans le liquide d'exploration, aussi bien que la nature différente des plaques métalliques disposées sous le nerf et sous la masse musculaire, suffit amplement à déterminer la production d'un courant, ainsi que

la contraction galvanoscopique qui n'en est que la conséquence.

On conçoit aisément, d'après ce qui précède, que les recherches de M. Scoutetten échappent aux objections que soulèvent les expériences de Bellingeri. En effet, M. Scoutetten opère avec un seul métal, le platine, et ce métal est de tous les métaux le plus inaltérable. L'expérimentateur introduit dans l'artère carotide, d'un côté et dans la veine jugulaire du côté opposé, des tubes de verre ouverts à leurs extrémités, renfermant dans leur intérieur des lames de platine; puis, au moyen de fils de platine dont ces lames sont munies, il établit le circuit à l'aide d'un galvanomètre. Or, lorsque le circuit est fermé, l'aiguille du galvanomètre est déviée, et elle accuse le passage d'un courant se dirigeant, dans le fil du galvanomètre, du sang artériel vers le sang veineux, et par conséquent, dans les organes, du sang veineux vers le sang artériel. Dans une autre série d'expériences, l'expérimentateur place dans deux compartiments séparés par une cloison poreuse, d'un côté du sang artériel, et de l'autre du sang veineux récemment obtenus par une double saignée, et, à l'aide de lames de platine immergées dans chacun de ces deux sangs, il obtient le même résultat, soit un courant dirigé du sang artériel au sang veineux dans le circuit métallique, et du sang veineux au sang artériel dans la masse du liquide. D'où M. Scoutetten tire la conclusion qu'il y a normalement un dégagement constant d'électricité de nom contraire dans les deux sangs, électricités qui, d'ailleurs, se recombinent dans l'intimité des tissus.

Les expériences de M. Scoutetten démontrent-elles ce qu'il annonce? La masse du sang artériel est-elle positive et la masse du sang veineux négative, ainsi qu'il semble résulter des recherches de notre savant confrère; ou bien ne serait-ce qu'une apparence?

Vous savez, mon cher confrère, que ce qui différencie essentiellement le sang artériel du sang veineux, c'est surtout la différence de couleur, différence liée à la nature du mélange gazeux dissous dans les deux sangs. Vous savez que c'est à l'oxygène très-faiblement uni aux globules que le sang artériel doit sa couleur vermeille. Dans le sang artériel, il y a un mélange gazeux qui n'est pas le même que celui du sang veineux; le rapport proportionnel de l'oxygène avec l'acide carbonique est différent. Or, les gaz dissous dans les liquides peuvent, sous l'influence du platine, donner naissance à des courants.

De ce fait capital en électro-dynamique, signalé pour la première fois par M. Schönbein, M. Grove a tiré une des plus heureuses applications de la théorie dans la construction de sa pile à gaz. Il est parfaitement établi aujourd'hui, je le répète, que l'action des fluides élastiques, dans leur contact avec un liquide électrolytique, peut, sous l'*influence du platine*, développer des courants électriques. Cet effet, produit par les lames de platine, est dû au pouvoir que possède ce métal de condenser les gaz à sa surface, et de prendre ainsi des états électriques différents, ou en d'autres termes de se *polariser*. Il s'ensuit que, lorsqu'on unit métalliquement des lames placées dans des liquides séparés par des lames poreuses et chargés de gaz ou de mélanges gazeux différents, l'électricité négative de l'une des lames se réunit avec l'électricité positive de l'autre, d'une manière continue, de manière à donner naissance à un courant, et ce courant est lui-même accompagné de phénomènes chimiques au sein de l'électrolyte. Le point de départ de tout cet ensemble de phénomènes est dans le platine.

Dans les expériences de M. Scoutetten, ne se produit-il pas des phénomènes de même nature? Le courant observé par lui est bien celui qui doit se produire dans la supposition où il serait dû à l'action prépondérante de l'oxygène dans le sang artériel. Ce courant est dirigé, en effet, dans le circuit métallique interposé, du sang artériel au sang veineux.

En résumé, et, jusqu'à démonstration contraire, nous inclinons à penser que, dans les expériences de M. Scoutetten, de même que dans celles de Bellingeri, le métal employé à la démonstration des courants n'en est pas seulement le révélateur, mais le producteur.

Agréez, etc. JULES BÉCLARD.

RÉPONSE DE M. MÉLIER AUX DISCOURS PRONONCÉS SUR LA QUESTION DE LA FIÈVRE JAUNE.

La réponse de M. Mélier aux argumentations dont sa relation de la fièvre jaune de Saint-Nazaire avait été le sujet à l'Académie de médecine est un discours en quatre points, où MM. Rufz, Beau, Guérin et Poiseuille sont pris à partie chacun à son tour. Nous suivrons le même ordre dans les extraits qui vont suivre.

A. D.

M. RUFZ.

. . . .

« *Sur la contagion.* — M. Rufz admet, sans hésiter, le cas de Chaillon, et, en principe, les cas de *seconde main*, mot dont je me suis servi, et qu'il adopte comme rendant bien l'idée qu'il s'agissait d'exprimer. Mais M. Rufz croit que là se borne la propriété de transmission de la fièvre jaune; il ne croit pas aux cas de troisième main. La transmission, pour lui, s'arrête à la deuxième génération. « Le deuxième pas de la fièvre » jaune sur le territoire de la France en a été le dernier », dit M. Rufz, et il ajoute que « partout et toujours, jusqu'à présent, » les choses paraissent s'être passées ainsi. » (*Bulletin*, p. 655.)

. . . .

Les faits paraissent être en opposition avec cette manière de voir et lui donner un démenti.

Ce n'est pas, je m'empresse de le dire, que j'aie des cas positifs de troisième main à citer. Avant le fait de Chaillon, on n'en connaissait pas de seconde main qui parût complétement inattaquable; à plus forte raison n'en connaissait-on pas de troisième. Les cas de cette dernière espèce me paraissent démontrés rationnellement, par la marche des grandes épidémies de fièvre jaune observées en Europe, par le nombre des cas, leur succession, et surtout par la durée totale de l'événement.

Prenons Barcelone pour exemple et raisonnons. Je l'ai rappelé, ce ne fut pas, comme à Saint-Nazaire, un navire seulement qui en fut la cause; plus de vingt entrèrent à la fois dans le port, ce qui explique l'étendue du désastre. Disons vingt navires. Combien veut-on que chacun d'eux ait occasionné de malades directement ou de première main? A Saint-Nazaire, l'*Anne-Marie* à elle seule en a donné 41. Supposons qu'à Barcelone, chaque navire ait donné 50 malades, ce serait 2000. Doublez, et disons 100 malades occasionnés par chaque navire, ce serait 4000. Or, on sait qu'il y eut à Barcelone 60 000 malades au moins. Pour arriver à ce chiffre, combien voulez-vous que chacun de ces malades de première main en ait donné de seconde? A Saint-Nazaire, il en a fallu 41 pour en donner 1 : soit environ 2 1/2 pour 100. Grossissons encore là et disons que chaque malade de première main en a engendré 10 de seconde, c'est-à-dire que, pour chaque malade de première infection, il y a eu 10 Chaillons; c'est sans doute bien exagéré; même en y comprenant les foyers qui ont pu se former, et qui nécessairement se sont formés, on n'arriverait encore qu'à 40 000 malades.

On est ainsi conduit à admettre qu'il a dû y avoir plusieurs générations successives de malades, plusieurs couches, si l'on peut ainsi parler, c'est-à-dire des malades de deuxième, de troisième, de quatrième et peut-être de cinquième main. Et ce qui prouve, à mon sens, qu'il en a été ainsi, c'est la durée de l'épidémie. S'il n'y avait eu en effet que les malades de première main, ou par intoxication directe, tout eût été fini en douze ou quinze jours, et l'on en aurait été quitte pour 1200 à 1500 malades. S'il n'y en avait eu ensuite que de deuxième main, l'épidémie aurait pu durer le double, soit un mois ou six semaines. Elle a duré près de cinq mois, du milieu de juillet, époque de l'arrivée des navires, jusqu'à la seconde semaine de décembre. Donc il résulte de cette espèce de genèse et de chronologie, qu'il y a eu, ou, si l'on veut, qu'il a dû y avoir à Barcelone plusieurs générations successives de malades, et qu'on ne peut guère, avec la meilleure volonté du monde, accepter l'espérance de M. Rufz, que la fièvre jaune ne va pas au delà de la deuxième génération...

Sur le sabordement. — M. Rufz veut qu'on en fasse une mesure exceptionnelle. Je vais plus loin : je me flatte que l'art de manier les désinfectants se perfectionnant, on pourra se dispenser tout à fait de recourir au sabordement, mesure toujours grave, quoi qu'on fasse.

A cet égard d'ailleurs, voyez les progrès. Autrefois on brûlait les navires sans hésiter. Marseille nous en fournit encore un exemple en 1821, et la chose est racontée en termes tels, que l'on voit parfaitement que rien alors ne semblait plus simple : « Le capitaine Fohn, qui a eu six malades et deux morts, » n'est point compris dans ce tableau, dit-on dans le récit du temps; il fit naufrage le 5, *et son navire fut brûlé le* 6.

Plus tard, on se contentait de couler les navires. Par des nécessités de circonstances et la gravité des événements, nous avons jugé nécessaire et prudent de faire laver le navire par la marée. On finira par s'en tenir aux seuls désinfectants, ainsi que je l'ai fait d'ailleurs pour les navires venus après l'*Anne-Marie*, bien que pourtant ils fussent, certains du moins, dans les plus fâcheuses conditions et éminemment infectés.

Sur les navires qu'il faut décharger, et ceux qui peuvent être exemptés de cette mesure. — Cette question, touchée par M. Rufz, a, comme il l'a fort bien dit, une véritable importance. M. Rufz, dont l'expérience en ces matières est d'un si grand poids, restreindrait le déchargement aux seuls navires qui auraient eu des malades ou des morts pendant la traversée. Formulée en ces termes, la règle serait trop absolue; il y a des distinctions à faire parmi les navires. Mais, en général, la tendance est celle-là; peut-être même est-il permis, dans des circonstances données, d'aller un peu plus loin.

A cet égard, le plus ou moins de renseignements obtenus à l'arrivée peut influer beaucoup sur la détermination à prendre. Ces renseignements sont souvent très-incomplets, et c'est pour cela que l'on voudrait voir établir en Amérique des médecins sanitaires pour la fièvre jaune, comme nous en avons dans le Levant pour la peste. Je m'étonne que l'idée d'une pareille création, demandée par la conférence sanitaire, n'ait pas l'assentiment de M. Rufz. Mais je suppose entre nous, sur ce point, une sorte de malentendu. M. Rufz ne saurait être opposé à l'établissement, en Amérique, d'un bon système d'information, établi soit au moyen des ressources du pays, que nous savons être grandes, soit au moyen de médecins nommés *ad hoc*, là où ce serait nécessaire.

M. Rufz a terminé son excellent discours en exprimant le regret de ce que je n'avais pas fait connaître dans mon travail ce qui se pratique en Angleterre. Bien que ce ne soit pas mon sujet, je vais dire ce que j'en sais. On se persuade généralement que les Anglais ne prennent aucune précaution, et qu'en fait de pratiques sanitaires, ils en sont absolument au *laissez faire* et *laissez passer*, si fort en honneur aujourd'hui, chez eux surtout. Il n'en est rien. Il est bien vrai que, par des considérations que n'inspire pas uniquement l'intérêt de la santé publique, les Anglais font parfois très-bon marché des mesures sanitaires. Arriver vite et arriver les premiers, les occupe incontestablement beaucoup; nos lignes de paquebots en savent quelque chose. Mais il n'est pas exact de dire qu'ils ne fassent rien. Ils n'ont pas de lazaret, et c'est un grand mal. Arrivant un navire évidemment infecté, ils sont obligés ou de faire faire aux passagers quarantaine à bord, ce qui est irrationnel au premier chef, une pareille quarantaine ne pouvant qu'ajouter aux chances de la maladie en prolongeant le séjour des hommes dans un milieu infecté; ou bien ils mettent les passagers à bord de pontons, pontons ne valant guère mieux, à ce qu'il paraît, que ceux où, à une autre époque, ils détenaient leurs prisonniers; pratique aussi mauvaise que la quarantaine à bord, et qu'on ne devrait employer qu'à titre d'expédient, comme nous avons été obligés de le faire à Saint-Nazaire, faute de mieux. Généralement, ces pontons sont établis en rade de Spithead, à Portsmouth.

Maintenant, qu'arrive-t-il de cela? Il en arrive des accidents. M. Rufz était bien informé quand il disait qu'il y en avait eu à Southampton. Il y en a eu de sérieux, et à différentes époques. Les Anglais sont peu portés à les faire connaître. Cependant deux de leurs médecins, le docteur Wiblin et le docteur Harvey, en ont publié de très-concluants, fournis en 1852 par le navire *la Plata*, venant des Antilles. Ils sont exposés dans un travail plein d'intérêt imprimé en anglais, et qu'a traduit M. le docteur Collas (*Gazette des hôpitaux*, année 1858, nos 58 et 59).

Il est incontestable que, même là, en Angleterre, par 51 degrés de latitude nord, il y a eu non-seulement des cas de première main, mais encore des cas de seconde main. »

M. Mélier en cite un exemple. Le chauffeur Binstead, arrivant de Saint-Thomas avec les symptômes de la fièvre jaune, est admis à l'hôpital des Pauvres, et y meurt le 27 juillet. Un peintre nommé Buller, résidant dans la même maison, est atteint à son tour de la maladie, et mis en péril de mort.

M. BEAU.

. . . .

« Comme moi, comme M. Rufz et comme la plupart des auteurs, M. Beau voit dans la fièvre jaune le produit d'un principe à part, *un x étiologique*, comme il l'appelle, inconnu dans sa nature et dans sa production, mais étranger à nos climats, et qui ne s'y voit que quand il y est apporté.

Ce principe se transporte et s'importe comme tout autre produit; M. Beau a dit *comme du vaccin dans un tube.*

Étudiant d'ailleurs les divers modes de propagation de la fièvre jaune, M. Beau a caractérisé d'un mot plein de justesse et de vérité la situation à laquelle on arrive bien vite dans un lieu où se déclare la fièvre jaune. On arrive à un *lacis inextricable* de transmission par divers modes, et dans lequel, quelle que soit la sagacité qu'on y mette, il est souvent bien difficile de se reconnaître. Cela est si vrai, messieurs, qu'à Saint-Nazaire, où les faits étaient simples et peu nombreux, j'ai eu, quoique sur les lieux, la plus grande peine à bien m'en rendre compte, et que, comme je l'ai dit, il en est quelques-uns que je n'ai pas pu élucider complétement.

M. Beau a terminé par des réflexions d'une grande importance. Il est certain qu'aux difficultés naturellement si grandes de tout ce qui se rattache aux questions de fièvre jaune, il s'est joint, pendant un certain temps, des préventions plus ou moins politiques. Une idée de libéralité ou de *libéralisme*, comme on disait alors, s'attachait aux doctrines de non-contagion, et l'on tenait volontiers pour rétrogrades ceux qui soutenaient la possibilité de la transmission.

Aujourd'hui, Dieu merci, on ne tient pour libéral que ce qui est vrai, et pour rétrograde que ce qui est faux. »

M. GUÉRIN.

. . . .

« Je veux me borner, dans ce résumé, aux seules questions à l'égard desquelles j'ai le regret de me trouver en dissidence

avec M. Guérin. Je les réduis à trois : l'*incubation*, la *période prémonitoire* et l'*infection des navires*. Malgré tout l'intérêt que présentent les autres, je les passerai sous silence ou n'en dirai que quelques mots, de peur d'abuser par trop de l'attention de l'Académie. Ces trois points, d'ailleurs, *période d'incubation*, *période prémonitoire* et *infection des navires*, sont les points essentiels des discours de M. Guérin. »

M. Mélier rappelle que pour M. Guérin lui-même, dans tous les cas dont on connait bien toutes les circonstances, l'incubation a été de quatre ou cinq jours.

« Je me suis abstenu de toute détermination pour les autres malades, ne les trouvant pas suffisamment dégagés de toute obscurité. A mon sens, M. Guérin aurait dû imiter cette réserve et s'en tenir, comme moi, aux cas dont les circonstances sont bien connues.

M. Guérin voulait aller plus loin ; il voulait montrer, j'essayerai de dire pourquoi, que si ces premiers cas simples avaient donné une incubation courte, il y en avait d'autres qui avaient donné, au contraire, une incubation longue, et en conséquence il s'est mis à étudier, à ce point de vue, les cas obscurs et à circonstances mal déterminées, ceux-là précisément que je m'étais appliqué à éliminer. Procédant sur ces cas à un travail de dépouillement des observations, qui toutes ont été fidèlement rapportées par moi dans les pièces justificatives, M. Guérin a dressé un tableau de l'ensemble de mes malades. Pour chacun il donne le *commencement* de l'exposition au danger, la *fin* de l'exposition et une *date intermédiaire* ou *moyenne* entre les deux... Par la manière dont il groupe les chiffres et arrange les choses, M. Guérin arrive à ce résultat, qu'au lieu de l'incubation, généralement courte, qui m'a paru ressortir des faits, il y aurait eu de très-longues incubations, des incubations de dix-sept, dix-huit, vingt, vingt-quatre, trente, trente et un, trente-sept et même quarante jours.....

Au premier coup d'œil, il y a dans l'appareil de chiffres et de colonnes (présenté par M. Guérin) quelque chose qui impose, et il semble que rien ne soit plus concluant. En réalité, rien ne l'est moins. Remarquez bien que ce ne sont pas les chiffres que je conteste; ils sont bien tous dans mon travail; ce que je conteste, c'est la signification qu'on leur donne et l'interprétation qu'on en fait. Je vais essayer d'en démontrer l'erreur.

Deux groupes de malades ont surtout servi à M. Guérin pour chercher à établir les longues incubations ; ce sont, d'une part, les malades de la traversée, et d'autre part ceux de l'*Aréquipa*. Je parlerai surtout des premiers, ce que j'en dirai s'appliquera parfaitement aux derniers. J'avoue, pour mon compte, que je ne me serais pas douté que ces cas pussent donner matière à controverse....

Sans hésiter, M. Guérin, tranchant une des questions les plus controversées, et il faut le dire, des plus difficiles, fait remonter ces malades à la Havane, et au jour du départ. Pourquoi au jour du départ ? Je ne saurais le dire. Pourquoi pas tout aussi bien à tel ou tel autre moment du séjour à la Havane ? Pourquoi pas, par exemple, au jour de l'arrivée ? C'est ce jour-là, en effet, que le danger a commencé, et puisque M. Guérin recherchait une longue incubation, il l'aurait eue d'un mois de plus, c'est-à-dire de quarante-sept jours au lieu de dix-sept. Il s'en tient à dix-sept pour les premiers malades, à dix-huit, vingt, vingt-quatre pour les autres.

Je nie, sans balancer, une incubation pareille ; je nie que des hommes ayant puisé le principe de la fièvre jaune au lieu de départ, ce principe puisse rester latent pendant des semaines ; c'est contraire à tout ce que démontrent les observations faites dans des circonstances où les faits ont quelque valeur, où ils sont simples et non sujets à une double interprétation. Comment pourrait-il se faire, en effet, que la fièvre jaune, qui est si prompte à se déclarer sur terre, comme nous l'avons vu à Indret et à Saint-Nazaire, pût être si tardive à se montrer en mer ? Cette différence seule aurait dû mettre en garde M. Guérin et lui faire soupçonner une erreur, erreur qui fut longtemps admise, il est vrai, mais dont les faits modernes bien interprétés ont fait justice. On ne croit plus à ces longues incubations, tandis que l'on croit essentiellement à l'infection des navires, infection dont nous parlerons tout à l'heure.

En thèse générale, on peut soutenir que quand la fièvre jaune a été prise au lieu de départ, trois, quatre ou cinq jours ne se passent pas en mer sans qu'elle se déclare ; tarde-t-elle davantage, vous pouvez être assuré que la cause en est ailleurs, qu'elle est dans le navire ou dans quelques-uns des objets qu'il transporte.

M. Guérin n'excepte pas de ses appréciations le fait du commandant. Comme il l'a raconté lui-même, ce brave commandant s'était fait l'infirmier de ses malades en même temps qu'il en était forcément le médecin. Il n'est personne qui n'eût dit, le commandant est resté constamment auprès de ses hommes malades; il les a soignés sans cesse, la nuit comme le jour : c'est d'eux qu'il a pris la maladie. M. Guérin voit autrement ; même pour ceux-là, il fait remonter la maladie au jour du départ de la Havane ; incubation vingt-quatre jours.

Il n'y a pas jusqu'au cas de Chaillon où M. Guérin ne soit tenté de trouver une preuve d'incubation d'une certaine longueur. J'ai pris tous les soins imaginables pour bien savoir la vérité sur ce fait si important du malheureux médecin de Montoir; j'ai interrogé tout le monde ; j'ai été sur les lieux ; j'ai vu la veuve. On s'en souvient, Chaillon avait vu quatre malades. Les deux premiers étaient légers et ont guéri. Chaillon n'est resté auprès d'eux que le temps d'une visite ordinaire, et cette visite n'a présenté rien de particulier. Le dernier, au contraire, était grave ; il figure au nombre des morts. Chaillon est resté auprès de lui longtemps, très-longtemps ; il l'a frictionné, il s'est penché sur lui.

Les premiers malades sont du 4 août ; le dernier du 11. Auquel de ces malades semble-t-il naturel de faire remonter l'infection de Chaillon? Là encore, tout le monde répond, tout le monde a répondu, c'est au dernier, c'est à celui qui était le plus grave, à celui que Chaillon, dévoué à l'excès et malgré des répugnances instinctives, a soigné, frictionné, avec lequel il a confondu, si l'on peut ainsi dire, son haleine et sa sueur. C'était, dis-je, le 11. Chaillon tombe malade le 13, deux jours d'incubation ; j'avais dit trois par erreur. Tenant essentiellement à faire prévaloir les longues incubations, M. Guérin montre toute espèce de tendance à admettre que l'infection de Chaillon doit être reportée aux premiers malades, à ceux que Chaillon a à peine vus, qu'il n'a pas suivis et qui, notez bien, étaient et sont restés légers. M. Guérin vous prouve même que Chaillon a été malade dans l'intervalle, et, par conséquent, a eu des prémonitoires. Mais nous savons positivement par madame Chaillon qu'il n'a rien éprouvé entre les premiers malades et le dernier, et que c'est seulement à la suite de ce dernier, et deux jours après, qu'il est tombé malade lui-même, brusquement, dans le cours d'une visite.

En deux mots, et sans insister sur ces détails de chiffres et de dates que l'Académie ne pourrait suivre et qui doivent lui paraître obscurs, malgré tout ce que je m'efforce de faire pour les éclaircir, toutes les fois qu'il y a deux chiffres, M. Guérin prend le plus éloigné, celui qui donne l'incubation la plus longue, et cela sans s'inquiéter si cette date est en effet valable, et s'il est démontré que l'infection ait eu réellement lieu à ce moment. Elle était possible ; cela lui suffit.

Je n'hésite point à le dire, une pareille manière de procéder est arbitraire au plus haut degré. En conscience, est-ce ainsi que l'on peut arriver à la vérité ?....

Les faits à date simple et certaine et, en même temps, bien dégagés de toute cause d'erreur, sont très-rares pour la question d'incubation ; ils le sont presque autant que pour celle de la contagion. Cependant, messieurs, il en existe dans la science, et chose remarquable et qui, je l'espère, frappera l'Académie, tous ceux de cette espèce que l'on connaît, tous ceux du moins que je connais, donnent pour la fièvre jaune

une incubation courte, en général de trois à quatre jours.

Je demande la permission d'en citer quelques-uns ; les suivants, extraits de mon travail, me paraissent aussi concluants que possible.

1° Marseille, 1821. Fait de Pomègues, dont j'ai parlé avec détail. Les écoutilles du navire infecté sont ouvertes le 8 septembre; les accidents se déclarent le 11. Incubation, deux jours.

2° Barcelone. Fait de Mazet. Arrivée de la commission dont il faisait partie le 9 octobre. Mazet voit des malades le 11. Il est pris le 12, c'est-à-dire le troisième jour si l'on date de l'arrivée ; le lendemain si l'on date des malades vus.

3° La Havane, épidémie de 1836, vue et décrite par M. Maher. Arrivée de la frégate *l'Herminie* exempte de toute maladie, le 3 août ; elle est prise le 7. Quatre jours d'incubation.

4° Fait de Chaillon, que je persiste à regarder comme certain. Il voit son dernier malade, celui qu'il a frictionné, le 11 août; il est pris le 13. Deux jours d'incubation.

Je pourrais citer plusieurs autres faits, cela me paraît inutile. Dans tous, le point de départ étant bien connu, le temps nécessaire à l'évolution des accidents, la durée de l'incubation a été de deux, trois et quatre jours.

A mon avis, c'est la règle.....

Deuxième question. — Je passe à la *deuxième question* examinée par M. Guérin, à la période *prodromique*.

..... Après avoir admis cette période rationnellement, M. Guérin en cherche des *preuves de fait*. Il en trouve ou croit en trouver chez les malades d'Indret, où personne n'en avait vu. Il en trouve surtout chez les hommes de *l'Anne-Marie* pendant la traversée.....

Dans les pièces parvenues à l'Académie, se trouve un travail complétement dans le sens des idées de M. Guérin, un travail de M. Bertulus, nom souvent cité dans les anciennes discussions sur la fièvre jaune et dont s'appuie M. Guérin. M. Bertulus admet très-explicitement que certains signes peuvent permettre, plus ou moins longtemps à l'avance, de prédire l'apparition de la fièvre jaune.

J'ai lu moi-même à ce sujet, dans différents auteurs, des choses dont j'ai été frappé. Mais, il faut bien le dire, tout cela est bien vague, bien fugace : *odeur de l'haleine, défaut d'appétit, chaleur à la peau, enchifrènement*, etc., et il serait bien difficile, quant à présent, d'en tirer parti.

On a fait intervenir à plusieurs reprises dans cette partie de la question, le nom de M. Bellot (de la Havane) que j'ai cité moi-même. Comme je le dirai plus loin, M. Bellot vient justement d'adresser à l'Académie un très-grand travail, fruit de sa longue expérience. J'ai lu ce travail ; il y est bien question, en effet, des précurseurs de la fièvre jaune, mais j'affirme que M. Bellot est loin d'être aussi explicite qu'on le dit.

Pour moi, je n'ai pas vu assez de faits pour avoir une opinion bien arrêtée ; mais je dois dire que le peu que j'en ai observé ne m'a rien présenté de semblable. A mon sens, les signes prodromiques, ou d'avertissement de la fièvre jaune, sont encore à trouver ou du moins à préciser. C'est tout ce que je crois pouvoir en dire.

J'ai interrogé à cet égard M. Louis. Il ne nie point la réalité de certains phénomènes précurseurs de la fièvre jaune, mais il n'indique rien de particulier. Il en est, m'a-t-il dit, de la fièvre jaune, au point de vue des phénomènes précurseurs, comme des maladies en général; et en somme, M. Louis m'a paru pencher plutôt pour une invasion brusque,

Troisième question. — J'arrive à un autre point non moins grave de l'argumentation de M. Guérin, à ce qu'il appelle *la théorie de l'infection de la fièvre jaune*..... »

M. Mélier fait d'abord remarquer que personne ne conteste l'infection de certains navires par les malades ; mais il y a un autre mode, qui est celui de l'infection par le pays lui-même, par le port dans lequel le navire a séjourné.

« Un navire bien portant, dit-il, n'ayant pas de malades, va dans un pays à fièvre jaune, dans un port où elle règne, disons à la Havane, puisqu'il s'agissait de la Havane. Il y séjourne plus ou moins, souvent très-peu, et quand il en part ou même avant d'en partir, il a la fièvre jaune ; et notez bien ceci, il l'a ou peut l'avoir sans avoir reçu de malades, sans avoir communiqué, comme on dit dans le langage sanitaire, c'est-à-dire simplement pour avoir été dans les eaux du port, à distance plus ou moins grande, comme on en cite de nombreux exemples et comme j'en ai vu moi-même plus d'une fois.

Il n'est pas nécessaire qu'il y ait intervention des hommes. Que s'est-il passé?

On considère que le navire qui a ainsi séjourné dans un pays à fièvre jaune est devenu en quelque façon lui-même *pays à fièvre jaune*, et cette idée a été rendue avec beaucoup de bonheur quand on a dit (je ne sais plus qui) que le navire en s'en allant emportait en quelque sorte avec lui une portion du climat, qu'il était, dans une certaine mesure, *ce climat flottant*.

Dans cette hypothèse, la fièvre jaune est dans le navire avant d'être dans les hommes, comme la fièvre intermittente est dans le marais avant d'être dans les malades. Ce ne sont plus, comme tout à l'heure, les malades qui font l'infection du navire, puisqu'il n'y a pas encore de malades; autrement ce serait dire que l'effet a précédé la cause. C'est au contraire l'infection du navire qui donne ou qui donnera les malades, et cette infection du navire est puisée au foyer même du mal, c'est-à-dire dans le port.

En d'autres termes, l'infection des navires est tantôt secondaire et tantôt primitive. Dans le premier cas, elle procède des malades; dans le second, elle en est indépendante et provient du port.

On dira peut-être, même pour celle-là, que ce sont les malades qui la font, les malades existant actuellement dans la localité ; j'avoue que je l'ignore. Je sais seulement qu'on n'a guère l'habitude de recevoir des malades à bord des navires en chargement, et surtout dans leurs cales. Est-il donc, d'ailleurs, si difficile de comprendre que *l'air fièvre jaune*, que le principe quelconque qui produit cette maladie, puisse entrer dans le navire, de lui-même et sans avoir des malades pour véhicule? et n'avons-nous pas bien positivement vu à Saint-Nazaire que l'air, l'air seul, poussé par le vent, peut suffire au transport de ce principe, et que ce transport peut même s'effectuer à une assez longue distance?

M. Guérin ne paraît pas admettre ce second mode d'infection : dans son opinion, si je l'ai bien comprise, il n'y aurait d'autre infection pour les navires que celle qu'y déposent les malades, et il n'y en aurait pas sans eux. C'est là du moins ce qui me paraît résulter des discours de M. Guérin.....

Passant aux malades de *l'Anne-Marie*, M. Guérin attribue sans hésitation à ces malades l'infection du navire. La supposition est impossible. Pour infecter un navire avec des malades, il faut évidemment commencer par avoir des malades. L'Académie ne l'a point oublié, il n'y en avait pas encore à bord de *l'Anne-Marie*. Le commandant l'a dit formellement : dix-sept jours se sont passés sans malades. Ce n'est que le dix-septième jour qu'ils se sont déclarés *subitement*.

Il y avait eu des malades, soutient M. Guérin, et la preuve c'est que le commandant les a purgés. Mais il vous l'a dit lui-même, ce brave commandant, il a purgé ses hommes par précaution ; non parce qu'ils étaient malades, mais pour les empêcher de le devenir, et pour obéir aux conseils, fondés peut-être, d'un médecin de la Havane, qui voit dans les purtifs un moyen préservatif de la fièvre jaune. De ces hommes fatigués par une chaleur énervante et des calmes plus énervants encore à ce qu'il paraît, M. Guérin fait des malades proprement dits, et c'est de ces *malades sans le savoir* qu'il fai

procéder l'infection du navire; ce sont eux qui ont produit cette infection.

Ici se place un argument de M. Guérin qui montre jusqu'où peut aller l'habileté de notre savant collègue à soutenir une thèse, et comment il peut faire servir à la défendre même ce qui prouve le contraire.

Le commandant avait fait une remarque très-judicieuse et qui prouve une véritable sagacité, remarque qu'il m'a confirmée de vive voix; c'est que tous les hommes qui sont tombés malades à son bord pendant la traversée étaient logés au-dessous du pont, dans une cabine placée au même niveau que la cale et n'en étant séparée que par une cloison mal jointe. J'ai vu cette cabine et cette cloison.

Les hommes logés sur le pont, dans les cabines supérieures aux ponts qui s'y trouvaient, ont tous été épargnés. Le sens de cette remarque du commandant est très-clair, et l'Académie l'a certainement déjà deviné. La cale était infectée; ses émanations passant au travers de la cloison et de ses joints béants se sont étendues à la cabine, et c'est ainsi, dans la pensée du commandant, que les hommes logés dans cette cabine sont tombés malades; il m'a, à plusieurs reprises, exprimé cette idée, je pourrais dire cette conviction.

Rien de plus rationnel, commeon le voit. M. Guérin retourne tout simplement la question : il veut, lui, que ce soient les hommes qui aient infecté la cabine d'abord, puis ensuite la cale. En deux mots, et pour le besoin de sa thèse, M. Guérin prend, d'un bout à l'autre, l'effet pour la cause et la cause pour l'effet. La cause, c'est l'infection primitive de la cale, l'infection puisée dans le port; l'effet, ce sont les malades produits par cette infection, dont les miasmes, pénétrant dans la cabine, ont atteint les hommes auxquels ils ont donné la fièvre jaune pendant la traversée, comme, plus tard, ils devaient la donner aux déchargeurs de Saint-Nazaire et à tous ceux qui se trouveraient à la portée du navire.

Voilà au vrai le sens de la remarque du commandant, et avec elle l'explication toute simple et toute naturelle des accidents.

M. Guérin ne pouvait admettre cette explication; il lui fallait autre chose; il lui fallait, comme je l'ai dit, une longue incubation pour y placer les prémonitoires; il lui fallait ensuite les prémonitoires eux-mêmes. Il a su voir l'un et l'autre dans les faits de la traversée interprétés d'une certaine façon. Il est assurément de très-bonne foi en raisonnant de la sorte, je n'hésite point à le dire. Le désir de faire prévaloir ses idées, désir bien naturel d'ailleurs et que je comprends, que j'aurais probablement à sa place, a poussé M. Guérin au delà du vrai, et l'a conduit à voir ce qui n'a réellement pas existé..... »

L'orateur essaye de montrer que la doctrine des ferments, végétaux ou animaux, rendrait mieux compte des faits, que celle des longues incubations.

M. POISEUILLE.

« Partisan convaincu de l'infection des cales, M. Poiseuille avait fait de cette infection, lors de la discussion sur la peste, l'objet d'une étude spéciale. Il avait proposé à cette époque un système particulier d'arrimage pour les navires. Il l'a reproduit à propos de la fièvre jaune, mais en y apportant un notable changement. Autrefois M. Poiseuille proposait de se servir de la chaleur comme moyen de ventilation. Personne n'ignore le parti que la marine sait en tirer à bord des bateaux à vapeur; la combustion du charbon y est utilisée à produire de puissants courants d'air. Rien de pareil ou d'approchant n'étant praticable à bord des navires à voile, ainsi que j'en avais moi-même fait la remarque. M. Poiseuille a cherché un autre expédient. Il s'est arrêté à l'idée d'un double système d'aspiration et d'expulsion de l'air, proposé dans ces derniers temps et connu sous le nom d'appareil Noualhier, du nom de l'inventeur. M. Poiseuille l'a décrit; il a fait mieux, il l'a montré à l'Académie. Je connaissais cet appareil pour avoir eu à l'étudier dans la commission des logements insalubres. Primitivement, il avait eu pour destination d'empêcher la fumée des cheminées; il a été appliqué ensuite à l'assainissement des fosses d'aisances. Je l'ai vu en place, il ne m'a pas paru avoir une bien grande puissance. Peut-être en aurait-il davantage sur un navire en marche. L'expérience seule pourra l'apprendre, et je me garderai bien, en attendant, de décourager l'estimable industriel qui a proposé cet appareil.

La ventilation des navires est, d'ailleurs, une question à l'étude et dont s'occupe beaucoup en ce moment le ministre de la marine. Divers systèmes sont en expérimentation.

M. Poiseuille ne s'est pas montré favorable au flambage par le gaz que j'ai proposé comme moyen d'assainir les cales à la suite de leur déchargement, d'après un savant ingénieur, M. de Lapparent, attaché au ministère de la marine. Ce n'est pas que M. Poiseuille doute de l'efficacité du moyen. Il craint seulement qu'il n'en résulte une couche de charbon qui pourrait absorber et retenir les gaz. Je puis le rassurer à cet égard : il ne se produit pas de charbon, ou s'il s'en produit, la couche en est si superficielle, qu'un coup de brosse suffit pour l'enlever; et, en définitive, l'opération se borne à durcir le bois à sa surface par une sorte de distillation de ses sucs et sans l'attaquer autrement. Je persiste donc, malgré les doutes exprimés par M. Poiseuille, à considérer le procédé de M. de Lapparent comme appelé à rendre d'utiles services, et, si je suis bien informé, la marine ne serait pas éloignée d'en faire un moyen réglementaire d'assainissement des cales, après le déchargement. »

M. Mélier jette ensuite un coup d'œil rapide sur quelques travaux envoyés à l'Académie. Il se félicite notamment de l'appui donné à ses idées par les articles qu'a publiés M. Dutroulau dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE. *Puis il termine en rappelant qu'il a signalé comme pouvant être plus particulièrement soupçonnés de faire naître la fièvre jaune les points du littoral américain* où la phosphorescence de la mer est le plus prononcée, *et que, précisément, ce sont les symptômes et même les lésions hépatiques propres à la fièvre jaune qui ont été observés par M. Lancereaux dans le cas d'empoisonnement par le phosphore. M. Mélier, du reste, n'entend que signaler un rapprochement, sans vouloir même affirmer que la phosphorescence de la mer tienne à la présence du phosphore.*

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

DES LÉSIONS BRONCHIQUES ET PULMONAIRES, ET, PARTICULIÈREMENT, DE LA BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE ET DE LA BRONCHO-PNEUMONIE DANS LE CROUP, par le docteur MICHEL PETER, chef de clinique de la Faculté, à l'Hôtel-Dieu.

(Suite. — Voir les nos 29 et 31.)

2° Quand la bronchite pseudo-membraneuse se développe progressivement après la trachéotomie, au bien-être qui a suivi l'opération succèdent, au bout de quelques heures ou de quelques jours, un malaise croissant, de l'agitation et une dyspnée vraiment thoracique.

A l'auscultation de la poitrine, on entend des râles de bronchite généralisée, parfois mélangés de souffle.

Enfin, au lieu de rejeter des crachats muqueux et d'aspect catarrhal, le malade n'expectore pas ou ne rend par la canule que des crachats séreux ou grisâtres, et parfois fétides.

Exemples de bronchite développée après l'opération.

OBS. IX. — Magnier (Marie), âgée de quatre ans, entre, le 22 janvier 1859, dans le service de M. Gillette, pour une angine couenneuse avec croup.

La maladie date de trois jours environ; il n'y a de symptômes de croup que depuis hier au soir. La nuit s'est passée dans une grande anxiété et une dyspnée toujours croissante.

A l'entrée de la malade, couenne grise, peu épaisse, sur l'amygdale gauche et sur le sommet de l'amygdale droite. Pas de tuméfaction ganglionnaire ni de coryza. Voix éteinte, toux peu fréquente, aphonie. *Pouls à 136*, petit; *respiration à 24*, une des plus laborieuses qui se puissent voir; il y a un temps de repos après chaque mouvement d'inspiration et d'expiration, et *interversion très-manifeste du rhythme respiratoire;* dépression de toute la moitié inférieure du sternum. Joues fouettées de rouge; somnolence; affaissement; décubitus dorsal. Absence d'anesthésie.

Opérée sur-le-champ et avec habileté par M. Fritz. Tous les temps de l'opération s'accomplissent sans difficulté comme sans accident, et il y a un soulagement immédiat très-marqué. La face de la malade exprime la satisfaction. Le pouls tombe à 128, la respiration s'élève à 28 et devient paisible. L'enfant se réchauffe un peu.

Le lendemain 23 janvier, la nuit a été bonne. Le pouls est à 128, la respiration à 36, facile; toux peu fréquente, *expectoration à peu près nulle.*

Le murmure vésiculaire s'entend partout.

Le deuxième jour après l'opération, expectoration un peu purulente; cou tuméfié, érythémateux. Fièvre plus forte; vomissements.

Le troisième jour, éruption de scarlatine; fièvre très-intense. Haleine fétide par la canule; *pas d'expectoration.* Respiration sèche à l'auscultation.

Deux jours plus tard, le 26, l'éruption pâlit un peu, mais il y a une rougeur érysipélateuse autour de la plaie du cou qui s'est ulcérée et recouverte d'une espèce de pourriture d'hôpital. Pouls à 128; toux fréquente, oppression. *Râles de bronchite* généralisés, sous-crépitants; souffle léger aux bases.

Le 27, la malade semble moribonde par le fait de l'asphyxie. Pouls à 136, respiration à 46, haute, mais non intervertie; face violacée, ongles cyanosés; cependant il n'y a pas d'anesthésie. Décubitus dorsal.

Même résultat par l'auscultation.

La mort a lieu le 28, septième jour après la trachéotomie, par une asphyxie lente, et sans que la malade ait jamais rejeté de fausses membranes.

Autopsie. — Le *larynx* et la *trachée* sont recouverts d'une matière pulpeuse, débris de la fausse membrane. Les *bronches* sont tapissées dans presque toute leur étendue et parfois même jusqu'à leurs dernières divisions de cette même matière, d'autant plus cohérente et membraniforme, qu'on l'observe en un point plus inférieur de l'arbre aérien, mais ne formant nulle part de tube complet ni même de fausse membrane de plus de 3 millimètres d'étendue. La muqueuse sous-jacente est d'une rougeur violacée et le parenchyme pulmonaire enflammé.

Emphysème vésiculaire de la presque totalité des lobes supérieurs des poumons; *broncho-pneumonie* des deux tiers du parenchyme, qui est dur, friable, mais surnage le liquide.

Réflexions. — Cette malade a présenté aussi bien les signes de la broncho-pneumonie que ceux de la bronchite, mais, en tant que bronchite, il n'y avait rien qui caractérisât la bronchite pseudo-membraneuse, puisque la jeune malade n'a rejeté aucune de ces fausses membranes qui, par leur faible calibre, indiquent le lieu d'où elles proviennent.

On notera seulement le désaccord entre les râles muqueux perçus à l'auscultation et l'absence presque complète d'expectoration.

Obs. X. — Coquille (Arthur), âgé de deux ans et demi, entre, le 27 février 1859, dans le service de M. Bouvier.

Il est à Paris depuis un mois seulement. Il a du malaise et de la toux depuis quatre jours, de l'enrouement et de la suffocation depuis la veille de son entrée à l'hôpital.

Au moment de son admission, dyspnée marquée, pâleur, coloration violacée des lèvres.

La marche des accidents dyspnéiques est extrêmement rapide, car, une heure et demie après l'entrée de l'enfant, l'asphyxie est telle, qu'on est obligé d'opérer et que le petit malade est comme à demi mort.

L'opération procure un *soulagement immédiat et marqué qui persiste douze heures*, au bout desquelles la canule s'engorge par des mucosités rapidement renouvelées.

Le petit malade ne tarde pas à s'affaisser.

Le 28 février, moins de vingt-quatre heures après l'opération, le pouls est à 170, la respiration à 50, haute, avec gargouillement trachéal perceptible à distance.

A l'auscultation, on perçoit des râles muqueux disséminés des deux côtés de la poitrine, avec souffle léger, en arrière, à la base du poumon droit, du côté sur lequel le malade est couché.

L'enfant rejette quelques *mucosités claires et de mauvaise qualité.*

Mort le même jour.

A l'*autopsie*, on trouve le larynx dépouillé de fausse membrane et un peu tuméfié. La trachée est également débarrassée de couenne dans sa moitié supérieure et tapissée, au contraire, dans sa moitié inférieure d'une fausse membrane épaisse, blanche et adhérente. Les bronches sont recouvertes de cette même exsudation dans presque toute leur étendue.

La membrane muqueuse est rouge sous la production diphthéritique qui la recouvre, mais la rougeur est d'autant moins vive, qu'on remonte vers le larynx, où la muqueuse est pâle.

Il y a une congestion hypostatique des deux poumons.

Réflexions. — La rougeur, si vive dans les parties inférieures des voies respiratoires, alors qu'elle était éteinte aux parties inférieures, indique bien que la marche de l'inflammation diphthéritique s'était effectuée de haut en bas; et il y a concordance entre les lésions anatomiques, plus récentes dans les bronches, et les symptômes bronchiques, qui ne furent perçus qu'une douzaine d'heures après la trachéotomie. Évidemment c'est dans cet espace de temps que les bronches furent envahies par la phlegmasie spécifique.

Diagnostic. — De tout ce qui précède, il résulte, au point de vue du diagnostic, que les signes de la bronchite diphthéritique sont ou *certains* ou *rationnels* seulement.

Le seul signe *certain* de l'existence d'une bronchite pseudo-membraneuse est le *rejet de fausses membranes tubulées* et *ramifiées.* En dehors de ce signe véritablement pathognomonique, on ne possède que des signes rationnels d'une valeur plus ou moins contestable.

Voici maintenant pour les signes *rationnels.*

Les fausses membranes n'existent dans les bronches que sous l'un de ces deux états : ou molles et diffluentes, ou sèches, membraniformes et adhérentes. Dans les deux cas, la présence du produit morbide a pour conséquence physique de rétrécir le calibre des tuyaux bronchiques, et pour conséquence physiologique nécessaire d'entraîner de la dyspnée et de la toux.

Quant aux conséquences symptomatologiques, elles diffèrent suivant que la fausse membrane est molle et diffluente, ou qu'elle est sèche et adhère à la muqueuse. Dans le premier cas, elle agit dans les bronches à la façon des mucosités fluides, et, par son conflit avec le fluide aérien introduit pendant l'inspiration, elle donne naissance, comme les mucosités, à des *râles muqueux* plus ou moins fins; dans le second cas, elle détermine la *sécheresse* du murmure vésiculaire, ou bien, vibrant à la manière d'un mucus visqueux et tenace, elle engendre des *râles secs, ronflants* et *sibilants.*

D'ailleurs, l'existence des fausses membranes bronchiques n'augmentant pas sensiblement la densité du poumon, il n'y a point de matité perceptible à la percussion.

Quant à la nature de l'*expectoration*, elle a une certaine importance diagnostique.

Tant que la bronchite reste simplement catarrhale, les crachats sont franchement muqueux et de bonne apparence.

Or, dans les cas de bronchite pseudo-membraneuse circonscrite, nous avons observé qu'ils étaient rares et visqueux, puis que, les fausses membranes bronchiques expulsées, ils redevenaient progressivement plus abondants et plus muqueux.

Au contraire, dans tous les cas de bronchite pseudo-membraneuse étendue, nous avons vu l'expectoration manquer et la canule rester sèche, ou bien les crachats étaient rares et séreux, ou grisâtres, purulents et fétides, le produit de l'expectoration représentant, en quelque sorte, les matières que l'on rencontre dans certaines autopsies de diphthérite bronchique, et n'étant probablement rien autre chose que de la fausse membrane en détritus mêlée à une quantité plus ou moins abondante de mucus.

En résumé, l'existence d'une bronchite pseudo-membraneuse est très-probable, alors que, chez un croupeux qui asphyxie, la dyspnée est plus thoracique que laryngée, c'est-à-dire alors

que le sifflement laryngé n'est pas très-intense, la dépression du creux épigastrique très-marquée, le rhythme respiratoire non interverti.

On devra croire encore à une diphthérite des bronches quand, la trachéotomie faite, la dyspnée et la toux persistent; quand, à l'auscultation, on constate, soit de la sécheresse du murmure respiratoire, soit des râles secs ou humides, et, à la percussion, de l'absence de matité; quand enfin l'expectoration est rare ou nulle, ou que les crachats sont séreux, visqueux, ou grisâtres et fétides.

Pronostic. — Je crois avoir démontré la fréquence de la diphthérite bronchique et la rapidité de son développement; mais on se méprendrait sur la portée de cette étude, si l'on en arrivait à conclure à l'extrême gravité du pronostic dans les cas de croup avec diphthérite bronchique concomitante, et à voir dans celle-ci une contre-indication formelle à la trachéotomie.

D'une part, en effet, on n'est jamais sûr qu'un croupeux qui asphyxie n'est point atteint de bronchite pseudo-membraneuse, et, d'autre part, on en voit plus d'un guérir après avoir rejeté par la canule des fausses membranes ramifiées et manifestement bronchiques.

On peut donc guérir à la fois de son croup et de sa bronchite pseudo-membraneuse.

J'en ai observé des exemples, et M. Millard en a rapporté des cas très-probants; 4 des 21 enfants dont il a relaté l'histoire, et qui guérirent de leur croup par la trachéotomie, rejetèrent des fausses membranes tubulées, ramifiées, et qui venaient évidemment des bronches.

« Vingt-cinq heures après l'opération, M. Millard, en retirant la canule, provoque une quinte de toux très-violente, suivie du rejet de plusieurs fausses membranes bien caractérisées. Une surtout est épaisse, tubulée dans une étendue de plusieurs millimètres, et paraît, par son calibre, provenir d'une des grosses bronches. » (Millard, *Thèse inaugurale*, p. 122.) — Au vingtième jour après l'opération, l'enfant eut tous les symptômes d'une broncho-pneumonie, qui, dix jours plus tard, entrait en résolution. Enfin, le quarante-troisième jour après l'opération, la petite malade sortait guérie de son croup, de sa bronchite pseudo-membraneuse et de sa broncho-pneumonie.

« Le deuxième jour après la trachéotomie (quatrième de la maladie), une petite opérée (*Ibid.*, p. 137) rejette par la canule une fausse membrane très-remarquable par sa longueur, son épaisseur, sa forme et sa disposition *ramifiée*. Elle n'a pas moins de 8 centimètres de longueur et représente exactement, à sa partie supérieure, le demi-cylindre postérieur de la trachée... Son épaisseur et sa résistance vont en décroissant de haut en bas... A 6 centimètres au-dessous du bout supérieur, la fausse membrane devient tubulée et présente le calibre d'une plume d'oie, puis elle se trifurque en trois branches canaliculées, et il est facile de voir que ces divisions correspondent à la *bronche droite*. » L'enfant n'en sortit pas moins guérie le seizième jour après la trachéotomie.

« Une petite fille (*Ibid.*, p. 170), opérée le huitième jour de sa diphthérite, rejeta, pendant la trachéotomie, quatre fausses membranes remarquables par leur volume et leur consistance. La principale représente un tube complet, moulé sur la trachée, long de 3 centimètres et demi, et semblable à un tuyau de macaroni. Une autre non moins curieuse, longue de 3 centimètres environ, est trifurquée; une seule des trois branches est canaliculée et a le calibre d'une plume de corbeau. Ces caractères permettent de supposer que cette fausse membrane provient de la *bronche droite*. » A l'auscultation, on trouvait des râles de bronchite généralisée, mais l'air pénétrait partout. Le vingt-deuxième jour après l'opération, l'enfant est rendue guérie à sa famille.

L'*expectoration* fournit de bonnes indications pronostiques: ainsi, quand, après la trachéotomie, l'expectoration continue à être rare ou nulle, ou bien séreuse, grisâtre et fétide, — la dyspnée et les râles persistant, — il est vraisemblable qu'il y a diphthérite bronchique généralisée, c'est-à-dire mortelle, parce qu'elle produit des troubles profonds dans l'hématose et parce qu'elle indique une intensité plus grande de la diphthérite. Au contraire, si les crachats, d'abord visqueux et rares, deviennent peu à peu abondants et muqueux, on peut croire à une bronchite pseudo-membraneuse circonscrite, et par conséquent curable.

Ainsi, la bronchite pseudo-membraneuse est grave, mais elle peut guérir, et nous ne doutons pas que cela soit dans un grand nombre de cas où elle est méconnue.

Traitement. — En général, dans la bronchite pseudo-membraneuse avec croup (et en admettant qu'on ait pu la diagnostiquer exactement), je crois qu'il y a plutôt indication que contre-indication à faire la trachéotomie. En effet, le rejet des fausses membranes bronchiques est impossible, puisque le larynx est oblitéré par le croup; de sorte qu'à l'indication d'urgence fournie par la dyspnée croupale, et résultant de l'oblitération plus ou moins complète du larynx, se joint cette autre indication rationnelle, que le rejet des fausses membranes bronchiques, impossible à travers un larynx rétréci, deviendra plus facile à travers la canule. Ainsi, dans ce cas, la trachéotomie n'empêche pas seulement de mourir asphyxié, elle permet de guérir de la diphthérite des bronches.

Quant au traitement général, il est exactement celui de la diphthérite et de la bronchite tout à la fois.

Contre la diphthérite, je crois très-utile de prescrire, suivant les conseils de M. Blache, le chlorate de potasse à la dose de 4 à 6 grammes dans un julep gommeux.

Contre la bronchite, on fera bien d'employer le kermès à la dose de 10 à 15 centigrammes dans un looch blanc dont on alternera les doses avec celles du julep au chlorate de potasse.

Quant au régime diététique, il est de la plus haute importance: on devra soutenir les forces du malade par le vin, le café noir, le quinquina et les aliments substantiels, sous un petit volume et en quantité subordonnée à l'âge et aux forces du malade, ainsi qu'à l'intensité du mouvement fébrile.

Il ne s'agit pas ici d'un simple chapitre de pathologie: j'ai voulu, dans cette étude, faire voir quelle est la fréquence de la bronchite pseudo-membraneuse; montrer à quelle époque et de quelle manière elle se développe dans le cours de la diphthérite des voies aériennes; signaler les caractères sémiotiques certains et rationnels de cette forme de la maladie; mais j'ai voulu surtout démontrer que, — si la bronchite pseudomembraneuse n'était qu'un degré plus avancé que le croup (ou diphthérite du larynx) dans l'évolution de la diphthérite des voies aériennes, — elle ne constituait nullement, sauf de rares exceptions, une contre-indication formelle à la trachéotomie, ainsi qu'on l'a trop souvent enseigné (1).

Comparez:

Rapport de Royer-Collard, 3 cas à la suite de ce rapport (analyse du mémoire de Jurine).

Pour Jurine, le croup commence et finit par les symptômes du catarrhe.

Le *catarrhe suffocant aigu* (dénomination adoptée par Jurine) est regardé par lui comme une sorte de croup qui attaque spécialement la membrane muqueuse des bron-

(1) Je suis donc en complet désaccord, — et l'on a pu en voir plus haut la raison, — avec M. Bretonneau, par exemple, lequel admet non-seulement que la diphthérite bronchique est irrémédiable, mais encore que la trachéotomie est funeste dans une telle occurrence, car il dit, à propos d'un cas de cette nature: « Indubitablement, les principales divisions des bronches étaient déjà envahies, *et la trachéotomie, dans de telles circonstances, ne pouvait intervenir sans précipiter l'extinction de la vie.* » (*Archives de médecine*, septembre 1855, p. 260.)

ches, et qui ne se distingue des croups ordinaires que par le siége différent qu'il occupe.

Le mode d'irritation qui constitue le croup est aussi celui qui constitue le catarrhe suffocant aigu. Il y a dans l'un et dans l'autre, *toux*, *oppression*, *sécrétion* abondante de mucosités plus ou moins épaisses et *quelquefois concrètes*, progrès rapide des symptômes, nécessité d'un traitement prompt et actif.

Seulement, dans le catarrhe suffocant aigu, la *toux* est moins rauque que dans le croup ; l'*inspiration* est plutôt stertoreuse que sifflante; l'*oppression* est plus constante (veut-il dire continue ?), et les *rémissions* sont beaucoup moins sensibles.

C'est un véritable *croup des bronches*.

Laennec, *Traité de l'auscultation*, 4ᵉ édition, t. I, p. 296 (un cas).

Billard (*De l'état actuel de nos connaissances sur le croup* [*Archives*, 1826, t. XII]) admet que la fausse membrane peut exister isolément dans le larynx, la trachée, les bronches, sans que les amygdales et le voile du palais en présentent.

Andral, *Clinique médicale*, 3ᵉ édition, 1834, t. III, p. 251 (un cas).— *Précis d'anatomie pathologique*, 1829, t. II, p. 464.

Gendrin, *Histoire anatomique des inflammations*, t. I, p. 547.

Cazeaux, *Bulletins de la Société anatomique*, 1836, p. 337.

Dans sa thèse sur le croup et la trachéotomie (1833, Paris, n° 63), M. Hussenot a trouvé, chez 87 sujets où l'état des bronches est mentionné :

10 cas dans lesquels la diphthérite avait envahi les grosses bronches ;
5 cas où elle existait dans les petites bronches sous forme de plaques entremêlées de mucus.
4 cas où elle se présentait dans les petites bronches sous forme de ramifications.
19

C'est-à-dire 19 cas de diphthérite bronchique sur 87 cas de croup, ou 1 sur 4,5.

Guersant a observé un cas très-remarquable de bronchite pseudo-membraneuse, *sans laryngite concomitante*, et qui peut éclairer fortement la symptomatologie de cette forme de diphthérite.

C'était chez un jeune garçon de treize ans, qui présentait tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie droite; quoique la maladie parût à l'auscultation peu étendue et circonscrite au sommet du poumon, les inspirations étaient *très-accélérées*, le malade se plaignait de *beaucoup d'oppression*, et les quintes de toux déterminaient une grande anxiété et presque des signes de *suffocation*, suivies du rejet de crachats simplement muqueux et sanglants, comme au premier degré de la pneumonie, jusqu'au cinquième jour. Après une de ces quintes de toux très-fortes, accompagnées de vomissements, il expectora plusieurs morceaux de *tubes membraniformes ramifiés*, de la longueur de 2 pouces environ. Dès le lendemain de cette expectoration, les signes de la pneumonie se dissipèrent, le râle crépitant se convertit en râle muqueux, la matité diminua progressivement, et la maladie marcha promptement vers la convalescence.

Guersant en conclut que les caractères de la bronchite pseudo-membraneuse sont d'abord ceux d'une *bronchite simple* ou d'une pneumonie si elle est compliquée de cette dernière maladie; mais elle en diffère bientôt par les *suffocations* que déterminent les quintes de toux et par l'expulsion de *fausses membranes tubuleuses*. (*Dict.* en 30 vol., t. IX.)

Dans ses *Recherches sur la bronchite capillaire suffocante*, M. Fauvel a rapporté cinq observations de bronchite pseudo-membraneuse sans laryngo-trachéite concomitante. Ces cinq cas ont été observés chez des enfants et se sont terminés par la mort ; c'est à l'autopsie seulement qu'on a pu reconnaître l'existence de fausses membranes dans les bronches. La nature des symptômes et la marche des accidents avaient été celles de la bronchite capillaire généralisée (catarrhe suffocant). Aussi M. Fauvel n'a-t-il considéré ces cas que comme des variétés de la bronchite capillaire suffocante, et donne-t-il ces observations en tête de celles qu'il rapporte à la fin de son travail. (*Mémoires de la Société d'observation*, t. II, p. 561-574, 1844.) Il ne s'agit évidemment pas là de bronchite diphthéritique.

« Les *bronches*, indépendamment des fausses membranes, sont souvent enflammées; elles l'étaient à divers degrés chez *tous les malades* que nous avons observés. Cette inflammation consiste tantôt dans la simple rougeur, tantôt dans de la rougeur avec ramollissement; en outre, les conduits aériens contiennent un liquide muqueux ou purulent plus au moins océ, et assez abondant. » (Rilliet et Barthez, t. I, p. 276, 2ᵉ édition.)

(*La suite prochainement.*)

La fève de Calabar (*Physostigma venenosum*), par le docteur Wecker.

Nous résumerons ici quelques expériences faites à notre clinique, avec un papier préparé à l'extrait de fève de Calabar. Ce papier, préparé à Londres, chez MM. Allen et Hanburys, nous a été remis par M. le docteur Grassi ; il est débité par petits carrés représentant chacun à peu près une goutte d'une solution de 10 centigrammes d'extrait pour 30 grammes d'eau distillée.

Les effets obtenus diffèrent de ceux notés par d'autres observateurs : 1° par l'absence complète de douleur; 2° par une plus grande lenteur dans l'action du médicament ; 3° par une contraction moins énergique de la pupille.

Un effet physique déterminé dans l'œil par l'application de la fève de Calabar, est l'augmentation de sa réfrangibilité, augmentation exactement comparable à celle qu'on obtiendrait en plaçant devant l'œil une lentille convexe de 1/10, 1/9, 1/8. En même temps, le point le plus rapproché de la vision distincte devient moins éloigné de l'œil.

Ces changements doivent être attribués à un véritable spasme du muscle ciliaire, spasme qui se prononce presque en même temps que survient la contracture des fibres du sphincter de l'iris, mais qui cesse bien plus rapidement. Au bout d'une heure, en effet, les conditions normales de réfrangibilité sont rétablies et la myopie a disparu ; tandis que l'action d'une solution, même faible, du médicament sur le sphincter pupillaire persiste de dix-huit à vingt-quatre heures.

Chez tous les sujets soumis à l'application de ce papier médicamenteux, on a observé un peu de gêne due à la présence de ce corps étranger, et qui cessait aussitôt qu'on enlevait le papier (au bout d'un quart d'heure à une heure).

Expérience I. — M. le docteur Paclovan (de Corfou). Œil normal. Le point le plus rapproché de la vision distincte est à trois pouces. Diamètre de la pupille, 3 millimètres. Le papier est placé dans le cul-de-sac conjonctival à 1 h. 30 min.; à 2 heures, la pupille offre 2 millim. de diamètre ; à 2 h. 10 min., 1 millim. 1/2; à 2 h. 20 min., 1 millim.; à 2 h. 39 min., 3/4 de millim. L'œil de M. Pactovan présente alors une myopie 1/9, c'est-à-dire que pour voir distinctement de loin il lui faut un verre concave 9. Le point le plus rapproché de la vision distincte est venu à 1 pouce 3/4.

Expérience II. — M. le docteur Hunt (de Boston). Œil myope (1/12). Le point le plus rapproché de la vision distincte est à trois pouces. Diamètre de la pupille, 4 millim. L'expérience commence à 11 h. 50 min.; à 12 h. 20 min., la pupille mesure 2 millim.; à 12 h. 30 min., 1 millim. 3/4 ; à 12 h. 45 min., 1 millim. 1/2. Ce degré de resserrement n'est pas dépassé. Le point le plus éloigné de la vision distincte est alors à 10 pouces ; le point le plus rapproché, à 1 pouce 3/4.

Expérience III. — M. le docteur Salazar (de Guatemala). Œil hypermétrope (1/33). Le point le plus rapproché de la vision distincte est à 4 pouces. Diamètre de la pupille, 3 millim. Application du papier à 11 h. 40 min.; à 12 h., la pupille mesure 2 millim.; à 12 h. 15 min., 1 millim. 1/2 ; à 12 h. 30 min., 1 millim. 1/4. L'œil de M. Salazar est devenu myope ; il lui faut, pour voir distinctement de loin, un verre concave 22. Le point le plus rapproché de la vision distincte est à 3 pouces de l'œil.

Expérience IV. — M. Pouillet présente, à l'œil gauche, une pupille dilatée de 4 millim. de diamètre et complétement immobile. Le malade a, il y a sept ans, été atteint d'une paralysie de la troisième paire de ce côté, paralysie qui n'a disparu qu'incomplétement. Application du papier à 12 h. 40 min.; à 1 h., la pupille mesure 3 millim. 1/2 de diamètre ; à 1 h. 30 min., 3 millim.; à 1 h. 50 min., 2 millim. Le resserrement n'augmente pas davantage; il a complétement disparu au bout de vingt-quatre heures.

Expérience V. — Depuis quatre mois, M. Feit a instillé dans son œil gauche, trois ou quatre fois par jour, une solution de sulfate neutre d'atropine (5 centigrammes pour 10 grammes d'eau distillée). Le diamètre de la pupille est de 8 millim. Introduction du papier médicamenteux à 1 h.; à 1 h. 15 min., le diamètre de la pupille est de 7 millim.; à 1 h. 30 min., de 6 millim.; à 2 h., de 5 millim., à 2 h. 20 min., de 4 millim. Ce degré de resserrement n'est pas dépassé.

Expérience VI. — M. Emmery, soumis depuis plusieurs jours aux mêmes instillations d'atropine que celles de l'observation précédente, a une pupille gauche dont le diamètre mesure 5 millim. Le papier médicamenteux est introduit à 12 h. 45 min.; à 1 h. 15 min., le diamètre de la pupille est de 3 millim. 1/2; à 1 h. 45 min., de 2 millim.

Expérience VII. — Chez l'enfant Leroy, âgé de six ans, on a fait, à 12 h. 45 min., une instillation de quelques gouttes d'une solution faible de sulfate neutre d'atropine (2 centigrammes pour 100 grammes d'eau). A 1 h. 45 min., le diamètre de la pupille mesure 6 millim. On introduit alors le papier médicamenteux. A 2 h. 15 min., le diamètre de la pupille est de 3 millim. 1/2. Le rétrécissement ne va pas au delà.

Expérience VIII. — L'enfant Lépine présente une irrégularité de la pupille due à l'existence de plusieurs synéchies. A 1 h. 30 min., instillation d'une solution de sulfate neutre d'atropine; à 2 h., la pupille a un diamètre de 8 millim.; elle est irrégulièrement dilatée ; à 2 h., introduction du papier médicamenteux, qu'on laisse 1 h. 1/2 dans le sac conjonctival; à 2 h. 15 min., le diamètre de la pupille est de 7 millim.; à 2 h. 35 min., de 4 millim. 1/2. On n'obtient pas un degré plus considérable de resserrement; et, après 2 h., la pupille avait recouvré son diamètre initial de 8 millim.

Ces dernières expériences prouvent qu'il y a antagonisme entre les actions de l'atropine et de la *calabarine* (tel est le nom que nous proposons pour le principe actif de la fève de Calabar). Mais ces actions antagonistes se montrent très-variables suivant les doses relatives employées. Ainsi, lorsqu'on instille une solution un peu forte d'atropine (Exp. VIII), l'effet de la calabarine peut faire défaut, ou du moins être très-peu prononcé, alors même qu'on revient à diverses reprises à l'emploi de cet agent. L'action de la calabarine une fois épuisée, et l'on voit que cet épuisement ne tarde pas à se produire, l'influence de l'atropine reprend le dessus : le sphincter se paralyse, et la dilatation redevient ce qu'elle était auparavant.

Il nous paraît intéressant de rechercher si la fève de Calabar (*Physostigma venenosum*) jouit seule parmi les légumineuses de propriétés *myotiques* aussi nettement caractérisées. De même que, parmi les solanées, la belladone ne présente pas seule une action mydriatique, il se pourrait qu'on trouvât, parmi les légumineuses, quelques plantes offrant des propriétés analogues à celle de la fève de Calabar. Les essais que nous poursuivons dans le but de résoudre cette question ne nous ont cependant donné jusqu'ici aucun résultat satisfaisant.

III

CORRESPONDANCE.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Siége de la faculté du langage articulé.

Mon cher Dechambre,

Le dernier numéro de la *Gazette* m'est parvenu loin de Paris, dans une délicieuse campagne qui a pour moi le charme des souvenirs d'enfance, où je voudrais bien songer à autre chose qu'aux lobes antérieurs du cerveau, et cependant je me vois forcé de vous demander encore l'hospitalité pour répondre à M. Charcot, qui a déplacé la question afin de se donner le malin plaisir de livrer quelques escarmouches devant lui assurer une trop facile victoire.

Tout d'abord, il se pose en micrographe au petit pied, déclarant que les lésions signalées chez le malade ne peuvent être prises en considération que par des inexpérimentés en matière d'histologie pathologique.

Je ne le suivrai pas sur un terrain où il manœuvre si bien en maître; mais puisque, malgré l'existence de ces lésions, il persiste à considérer ce point du cerveau comme étant dans un état *parfait d'intégrité*, je lui demanderai quel nom il donnera lorsque le microscope ne découvrira que des éléments anatomiques dans des conditions physiologiques?

Supposons pour un moment que l'observation de M. Charcot soit contraire à la doctrine que j'ai défendue, il est au moins étrange de voir qu'il lui accorde une telle valeur. La disproportion entre ce fait *unique* et dix autres, n'est pas très-considérable, dit-il ; ne trouvez-vous pas que M. Charcot a une manière toute particulière d'établir ses équations; — un est presque égal à dix ! Sans doute, c'est parce que ce fait vient de lui qu'il acquiert une si formidable valeur. — Vous en déciderez.

J'arrive maintenant au côté vraiment plaisant de la lettre de M. Charcot. Il me reproche d'avoir fondé la doctrine que j'ai soutenue sur des lambeaux d'observations à lui, quand je me suis efforcé de démontrer que, au point de vue de la localisation de la troisième circonvolution frontale gauche, elles étaient impuissantes à nous éclairer, et que, pour avoir quelque valeur, il fallait les rapprocher de celles très-détaillées, très-complètes de M. Broca. Cette circonvolution, ai-je dit, tient peut-être exclusivement sous sa dépendance la faculté spéciale du langage articulé, mais ce point de physiologie ne me paraît pas encore rigoureusement établi. Certes, j'aurais prêté le flanc aux critiques de M. Charcot, si j'avais eu la témérité de donner à ses notes un poids qu'elles n'ont pas; je m'en serais bien gardé, et, chose étrange, il me reproche aujourd'hui de leur avoir donné une valeur telle, que sur elles seules j'aurais assis toute une doctrine!

Vous avez pu remarquer, mon cher ami, que je me suis efforcé de démontrer par des faits complets, que ce sont les lobes antérieurs du cerveau qui tiennent sous leur dépendance le principe coordinateur des mouvements propres à l'articulation des mots, mais sans établir quel est le point précis de cette localisation. En laissant de côté les cas douteux, dont je fais bon marché, le nombre des faits sur lesquels je me suis appuyé est certes assez considérable pour satisfaire à toutes les exigences, et ce n'est pas à M. Charcot, qui est sans doute bien au courant de cette question, qu'il est besoin de redire encore une fois où il les trouvera.

Non, je ne suis pas de feu pour l'erreur, et le jour où M. Charcot aura, non pas *cent observations*, mais une dizaine seulement, établissant que toutes les parties de l'encéphale, aussi bien les lobes moyens et postérieurs que les lobes antérieurs, tiennent sous leur dépendance la faculté du langage articulé, comme je vous l'ai dit dans ma précédente lettre, il ne m'en coûtera pas de confesser publiquement que je me suis trompé. Mais, en vérité, mon contradicteur n'a pas la prétention que son observation unique compte pour cent, et surtout pour cent bonnes.

Je tiens à vous prouver, mon cher ami, que je ne recule pas devant les épreuves. Il y a un an que, à pareille époque à peu près, M. Bouillaud et moi nous allions voir à Bicêtre, dans le service de M. Broca, aujourd'hui à M. Foucher, un malade aphémique fort curieux au point de vue de la question qui nous occupe : que M. Charcot l'examine, je sais qu'il y est encore. Je recommande aussi à son attention, un nommé Bacle, dans ce moment aux Incurables (hommes), et qui a été pendant une quinzaine de mois couché au n° 18 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, à l'époque où j'étais chef de clinique à la Charité. L'histoire de ce malade ressemble beaucoup à celle de *Tau*, de M. Broca. Lorsqu'il est arrivé à l'hôpital, la seule lésion fonctionnelle était la perte de la parole; toutes les autres fonctions de l'encéphale étaient intactes, puis une paralysie a successivement envahi les membres supérieur et inférieur droits.

Je ne sais quel sera le diagnostic de M. Charcot; mais, pour mon compte, je suis certain qu'une lésion plus ou moins étendue, et sans que j'ose encore établir le point précis, des lobes antérieurs existe chez les deux malades, et s'ils étaient sains, je déclare que la doctrine que j'ai soutenue ici recevrait le démenti le plus net, et j'y renoncerais sans retour.

Il me semble, mon cher ami, que la question est posée dans des termes assez précis pour qu'il soit inutile de prolonger plus longtemps ce débat; vos lecteurs sont suffisamment édifiés pour juger en toute connaissance de cause.

Agréez, etc. Ernest Auburtin.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 JUILLET 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Pathologie. — *Recherches sur les infusoires du sang dans la maladie connue sous le nom de* sang de rate, par M. *C. Davaine*, note présentée par M. Cl. Bernard. — Sous le nom de *sang de rate* on désigne une maladie très-meurtrière des bêtes à laine qui règne fréquemment par épizootie durant les grandes chaleurs de l'été.

En 1850, j'ai pu examiner avec M. Rayer plusieurs cas de cette maladie, soit dans son laboratoire à Paris, soit dans une excursion à Chartres, où j'accompagnai ce savant maître. Avant ce voyage, M. Rayer avait inoculé un mouton avec le sang de la rate d'un autre mouton mort de la maladie dont il est ici question, et cette inoculation avait déterminé la mort au troisième jour. Je répétai cette expérience sous ses yeux à Chartres, et en présence de plusieurs médecins et vétérinaires distingués du pays; elle fut suivie du même résultat. De nouvelles inoculations, pratiquées ensuite sur divers animaux par les savants dont je viens de faire mention, montrèrent que la maladie du *sang de rate* est transmissible, non-seulement au mouton, mais encore au bœuf, au cheval et à d'autres animaux qu'elle tue en deux ou trois jours.

J'ai donc pu, dès cette époque, faire des recherches sur la constitution du sang dans cette maladie épizootique. Dans une première observation, le sang, examiné au microscope huit à dix heures après la mort, m'offrit un très-grand nombre de *bacterium;* or, chez le mouton vivant et sain ou tué à la boucherie, on ne trouve jamais d'infusoires de ce genre.

Chez le mouton inoculé par M. Rayer avec le sang de la rate du précédent, l'examen étant fait deux heures et demie après la mort, je trouvai également dans le sang un grand nombre de corpuscules identiques avec les premiers.

De nouvelles inoculations pratiquées du 21 au 26 juillet dernier ont fourni des résultats analogues.

Les *bacterium* du *sang de rate* sont des filaments libres, droits, roides, cylindriques, d'une longueur variable entre 4 et 12 millièmes de millimètre, d'une minceur extrême; les plus longs offrent quelquefois une et très-rarement deux inflexions à angle obtus; par un très-fort grossissement on distingue des traces d'une division en segments; ils n'ont absolument aucun mouvement spontané. Par la dessiccation, ils conservent leur forme et leur apparence. L'acide sulfurique, la potasse caustique en solution concentrée ne les détruisent pas; ils se comportent à l'égard de ces réactifs comme les conferves les plus simples.

Lorsque le sang se putréfie, les traces de leur segmentation deviennent plus visibles; ils s'infléchissent en divers sens, et se divisent par segments. Autant que j'en puis juger aujourd'hui, ils disparaissent complétement lorsque le sang est tout à fait en putréfaction. Ce fait seul les séparerait nettement de toute cette catégorie d'infusoires qui se forment dans les matières en putréfaction, si d'ailleurs ils ne s'en distinguaient déjà par leur développement dans du sang vivant, pour ainsi dire, et sans aucune odeur caractéristique.

Je me borne, pour le moment, à signaler un fait que je crois nouveau. L'examen de six animaux atteints ou morts du *sang de rate* a montré six fois dans leur sang les mêmes êtres microscopiques. Ces corpuscules se sont évidemment développés pendant la vie de l'animal infecté, et leur relation avec la maladie qui a entraîné la mort ne peut être mise en doute.

SÉANCE DU 3 AOUT 1863.

Physiologie. — *Sur les mariages consanguins*, extrait d'une note de M. *Séguin aîné*. — L'auteur partage l'opinion de M. Bourgeois sur l'innocuité des alliances consanguines contractées entre parents sains et valides, et il met sous les yeux de l'Académie le tableau « de dix alliances de sa propre famille avec celle des Montgolfier, afin de combattre, par des résultats sur une aussi grande échelle, des observations sans suite et sans liaison entre elles, et que cependant leurs auteurs ont cru suffisantes pour servir de base à une prétendue loi qui devait en être la conséquence...

» Je n'ai jamais appris, ajoute M. Séguin, qu'il y eût parmi tous les enfants provenant de ces mariages aucun cas de surdimutité, d'hydrocéphalie, de bégayement ou de six doigts à la main. »

Médecine légale. — M. *Brierre de Boismont* lit un mémoire sur la responsabilité légale des aliénés, qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° Le meilleur moyen d'apprécier la nature de la responsabilité des aliénés est de tenir un journal quotidien, et longtemps continué, de leurs paroles et de leurs actes.

2° Les monomanies (délires partiels), les folies dites raisonnables, sont les catégories qui réunissent le plus d'exemples propres à éclairer la question.

3° Les observations des malades appartenant à ces sections établissent de la manière la plus incontestable qu'ils sont mobiles, variables, inconsistants, sans esprit de suite, cédant à tous les courants d'idées, dépourvus de sens moral, artificieux, rusés, menteurs, irritables, pensant tout haut, divulguant leurs projets, et par conséquent incapables de se conduire comme les autres hommes, parce qu'ils ont perdu le pouvoir de se contrôler.

4° Ces caractères ne sont pas les seuls qui modifient la responsabilité : elle est encore fortement influencée par les changements du tempérament, de l'humeur, l'affaiblissement, l'abaissement du niveau intellectuel et moral, la perversion des instincts, l'éclosion des plus mauvais sentiments, etc.

5° Un fait d'une haute importance, c'est qu'il n'est pas rare, au milieu de cette variété de phénomènes morbides, de voir les malades parler, agir, écrire très-raisonnablement dans les intervalles souvent fort courts de leurs accès.

6° Les monomanies, les folies dites raisonnantes peuvent se manifester, tantôt avec de l'excitation, tantôt avec de la dépression, et ces deux formes, qui se succèdent souvent, constituent des états également morbides.

7° L'analyse des faits indiqués nous autorise à émettre l'opinion que les aliénés ne sont pas responsables de leurs actes pendant la durée de leur mal, et qu'en conséquence il n'existe pas de responsabilité générale.

8° Sans nier la responsabilité partielle, que nous admettons dans une certaine mesure pour les intervalles lucides, les monomanies au début, celles dont l'idée fixe est reconnue et toujours maintenue, nous déclarons que l'altération de l'intelligence, limitée à un seul ou à un petit nombre de points, suivie dans ses manifestations consécutives, ne nous permet pas de comparer cette responsabilité à celle des accusés dont la raison est restée intacte. C'est aussi la conséquence qui résulte de la doctrine de l'unité de l'âme et de la solidarité de ses facultés.

9° Si les aliénés accusés de crimes ne peuvent être punis comme les coupables dont la raison n'a jamais souffert, ils doivent être séquestrés dans leur intérêt et dans celui de la société.

10° Ce sont les différences tranchées qui séparent ces deux responsabilités qui nous ont fait proposer de créer un asile particulier pour cette catégorie d'insensés.

11° Les recherches sur la responsabilité doivent être étendues aux aliénés à instincts irrésistibles, à folie transitoire, aux faibles d'esprit et aux épileptiques, parce qu'il est également impossible de contester que l'impuissance de la volonté, l'imperfection native du cerveau, physique et intellectuelle, la complication de la folie et de l'épilepsie, ne soient des conditions toutes puissantes qui changent la nature des actes criminels.

12° Pour établir une doctrine sur ces questions capitales, il faut faire entrer dans l'éducation les notions de la science de l'homme (rapports du physique et du moral), qui ont été jusqu'alors complétement bannies de l'enseignement. (*Comm.*: MM. Serres, Flourens, Andral.)

Chirurgie. — *Mémoire sur la réduction des hernies étranglées par la compression élastique des bandes de caoutchouc*, par M. *Maisonneuve*. — L'auteur donne la description de deux procédés variables suivant le volume de la tumeur herniaire.

« 1° *Procédé par enveloppement applicable aux hernies volumineuses*. — Par trois ou quatre tours circulaires fortement serrés, on pédiculise d'abord la tumeur herniaire avec la bande de caoutchouc, puis, dirigeant les doloires de la bande sur le corps même de la tumeur, on enveloppe celle-ci très-exactement, en la recouvrant d'une série de tours obliques qui, par leur nombre, finissent par exercer une pression puissante et continue, sous l'influence de laquelle la hernie se réduit avec une rapidité surprenante, deux ou trois minutes en moyenne.

» 2° *Procédé par compression directe applicable aux hernies peu saillantes*. — On passe sous les reins du malade la plaque lombaire du réducteur herniaire; on applique sur la hernie la pelote réductrice, armée de sa tige transversale, dont les extrémités correspondent à celles de la plaque lombaire; on réunit ces extrémités correspondantes au moyen de plusieurs tours de la bande élastique : cette manœuvre produit déjà une compression puissante; puis, si l'on veut l'augmenter encore, on fait mouvoir la vis de la pelote qui, remontant la tige transversale, tend de plus en plus la bande de caoutchouc et produit en conséquence une pression considérable, mais toujours élastique.

» La théorie de cette méthode est basée sur ce principe, que, dans les hernies étranglées, ce n'est pas l'orifice herniaire qui se resserre pour produire l'étranglement, mais bien

l'organe borné qui se gonfle et vient s'étrangler lui-même. D'où la conséquence qu'en ramenant par une compression méthodique l'organe tuméfié à son volume normal, il est toujours possible de le faire repasser par l'orifice qu'il avait franchi. » (*Comm.:* MM. Serres, Cloquet, Jobert [de Lamballe].)

PHYSIOLOGIE. — *De l'absorption des médicaments par la peau saine*, note de M. *X. Delore*, présentée par M. *Bernard*. — Selon l'auteur, un médicament absorbé est celui qui s'est introduit dans les vaisseaux du derme, et dont on retrouve la trace évidente dans l'organisme. Il y a, pour constater l'absorption, un procédé médical qui peut induire en erreur, car l'effet thérapeutique n'implique pas nécessairement l'absorption du médicament. Il y a aussi un procédé physiologique qu'il a suivi exclusivement. Il a admis la pénétration du mercure, quand il y avait salivation; de la belladone, quand il y avait dilatation de la pupille; de l'iode, quand il le retrouvait dans les urines.

Les expériences qu'il rapporte s'élèvent au chiffre de 138, qui ont donné les résultats suivants : résultats positifs, 69; négatifs, 60; douteux, 9. Dans la moitié des faits, il y a donc eu absorption.

De ces recherches, il tire les conclusions suivantes : 1° la peau saine est susceptible d'absorber toutes les substances solubles dans l'eau; 2° cette absorption est tellement difficile et irrégulière, qu'on ne peut compter sur la méthode iatraleptique d'une façon certaine; 3° l'absorption de la peau est favorisée ou contrariée par plusieurs conditions qui sont relatives à l'énergie ou à la mollesse du sujet, à la nature du médicament et à son mode d'emploi.

Le meilleur moyen pour faire absorber, c'est d'employer une substance irritante. Les alcooliques et les alcalins séparés, mais surtout unis ensemble, réussissent fort bien.

Les corps gras, comme véhicule, sont préférables; ils permettent, en effet, de prolonger la friction, qui est le meilleur mode pour faire pénétrer les médicaments, à cause de la pression qui l'accompagne toujours. (*Comm.:* MM. Rayer, Bernard, Longet.)

— M. *le Secrétaire perpétuel* présente au nom de l'auteur, M. *F. Balley*, un mémoire imprimé ayant pour titre : ENDÉMO-ÉPIDÉMIE ET MÉTÉOROLOGIE DE ROME, ÉTUDES SUR LES MALADIES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES DIVERS AGENTS MÉTÉOROLOGIQUES. Ce travail est accompagné d'un atlas dans lequel les résultats des observations faites à Rome de 1850 à 1861 sont offerts dans des tableaux synoptiques et figurés par des courbes, de manière à faire ressortir la connexion entre la météorologie et la pathogénie.

M. *le Secrétaire perpétuel* signale encore, parmi les pièces imprimées de la correspondance, un travail de M. *Brun-Séchaud*, intitulé : DE L'ALIÉNATION MENTALE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE ÉTIOLOGIQUE, ET DE LA COLONISATION COMME MOYEN HYGIÉNIQUE ET CURATIF DE CETTE MALADIE.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 AOUT 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Une brochure de M. *Barbot*, ex-pharmacien à Saintes, sur un système de contre-étiquettes pharmaceutiques. (*Comm.:* MM. Guibourt, Bouchardat et Gobley) — *b*. Le rapport final de M. le docteur *Langenhagen* sur une épidémie de rougeole bénigne à Wisviller, en 1862 et 1863. — *c*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans le département de la Moselle. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit une lettre de M. le docteur *Windrif*, accompagnant l'envoi d'une brochure *sur les eaux ferrugineuses du Mont-Cassel*. (*Commission des eaux minérales.*)

M. *Larrey* communique une lettre que lui adresse M. le professeur *Stoltz* (de Strasbourg), au sujet d'un phénomène sur lequel MM. Blot et Pajot ont appelé récemment l'attention de l'Académie et du public. Selon M. Stoltz, le ralentissement du pouls chez les femmes en état puerpéral est, depuis trente ans, signalé dans l'enseignement officiel de la Faculté de médecine de Strasbourg.

M. *Larrey* mentionne encore une lettre de M. le professeur *Heyfelder* (de Saint-Pétersbourg), membre correspondant, qui sollicite le titre d'associé étranger.

MM. *Heyfelder* et *Know*, membres correspondants à Saint-Pétersbourg, assistent à la séance.

M. *Larrey* présente, au nom de M. le docteur *Périer*, médecin principal de l'armée, un opuscule SUR L'ETHNOGÉNIE ÉGYPTIENNE; et au nom de M. le docteur *Raimondo di Kalb* (de Cagliari), une brochure en italien sur le traitement curatif de la gale par l'acide sulfurique.

Élection.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre titulaire dans la section d'accouchements, en remplacement de M. Cazeaux, décédé.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 67, M. *Blot* obtient 44 suffrages; M. *Pajot*, 21; M. *Laborie*, 2.

En conséquence, M. *Blot* est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

Discussion sur la fièvre jaune.

Voyez le discours de M. Mêlier (*premier-Paris*) p. 531.

M. *J. Guérin* demande la parole pour la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

V

BIBLIOGRAPHIE.

Sur quelques publications récentes relatives à la pathologie mentale.

(Suite et fin. — Voir les numéros 22, 24, 28 et 31.)

M. Marcé définit la paralysie générale : « Une affection caractérisée anatomiquement par les adhérences des méninges et une congestion chronique de la substance corticale, et symptomatiquement par les troubles de la motilité, de la démence et un délire variable, mais souvent de nature ambitieuse. » Par son côté symptomatologique, cette définition est irréprochable; mais anatomiquement, elle dit trop et pas assez. En effet, les adhérences des méninges sont, il est vrai, *à peu près constantes* dans la folie dite paralytique; mais elles peuvent manquer quelquefois, notamment dans les cas aigus. Quant à l'altération de la substance corticale, c'est ordinairement plus qu'une congestion chronique, c'est une désorganisation profonde, une dégénérescence véritable, attestant une action plus intime, plus énergique et plus destructive que celle d'un simple travail hypérémique.

La définition donnée par M. Dagonet manque un peu de précision; mais elle tient compte, avec raison, je crois, de l'élément inflammatoire.

Un fait essentiel et dont il importe de prendre acte, c'est que les deux auteurs s'accordent pour rattacher *toujours* la folie paralytique à une lésion anatomique de l'encéphale, et qu'ils en retranchent formellement, comme appartenant à d'autres variétés morbides, tous les cas de paralysie généralisée, sans altération encéphalique, publiés par Requin et Sandras, par MM. Lélut, Brierre de Boismont et Lasègue. Il est possible, quelque étrange que cela paraisse, qu'on ait vu des paralytiques ne présenter à l'autopsie aucune altération matérielle appréciable des centres nerveux; mais je crois, avec tous les maîtres en paralysie générale, avec Bayle, avec MM. Calmeil,

Delaye, Parchappe, Jules Falret, Marcé et Dagonet, que les cas de ce genre, où l'intelligence et le cerveau, son organe, restent habituellement intacts, ne doivent pas être confondus avec ceux où les troubles intellectuels s'associent invariablement avec les désordres somatiques, et dans lesquels on trouve d'une manière certaine, et pour ainsi dire fatale, soit à l'œil nu, soit au microscope, les plus graves altérations de texture de l'encéphale ou de ses membranes.

Ces altérations anatomiques, un peu trop sommairement signalées par M. Dagonet, ont été décrites par M. Marcé avec tous les détails que réclamait l'importance du sujet. M. Dagonet mentionne à peine les laborieuses et belles recherches de M. Calmeil, tandis que M. Marcé les expose d'une manière assez complète, en y ajoutant le résultat des investigations qu'il a entreprises lui-même avec MM. Ch. Robin et Luys, et qui semblent confirmer pleinement l'exactitude des observations nécropsiques du savant médecin de Charenton.

M. Dagonet est très-visiblement enclin à regarder la paralysie générale comme une phlegmasie encéphalique et à se rallier, sous ce rapport, à la doctrine de MM. Bayle, Calmeil et Parchappe. M. Marcé « éprouve quelques scrupules à partager une opinion aussi nettement affirmative ». Quoique j'aie, dans une autre occasion, soutenu ardemment la nature inflammatoire des lésions anatomiques de la folie paralytique (*Thèse de doctorat*, Paris, 1857), je respecte et j'approuve les réserves de M. Marcé; elles seront légitimes tant que les micrographes et les anatomo-pathologistes n'auront pas déterminé d'une manière précise et définitive les éléments caractéristiques de l'inflammation en général, et de l'inflammation méningo-cérébrale en particulier.

M. Marcé cependant n'hésite pas à admettre une forme aiguë dans la paralysie générale, et, chose digne de remarque, la description qu'il en donne ressemble de tous points à celle que donne M. Calmeil de la péri-encéphalite aiguë. Voici même un passage que je m'empresse de relever comme une adhésion assez nette à une opinion que j'ai longuement développée moi-même dans ma dissertation inaugurale : « Il peut arriver, dit M. Marcé, que la maladie, après avoir ainsi débuté avec une extrême violence, s'arrête tout à coup dans sa marche; le délire perd alors de son intensité, la fièvre tombe, et *la méningo-encéphalite diffuse aiguë passe à l'état chronique.* » Est-ce clair, et est-il possible de mieux affirmer l'origine et la nature inflammatoire de la folie paralytique?

M. Dagonet ne parle que de la forme chronique de la paralysie générale, et pourtant il devait moins balancer que M. Marcé à admettre la forme aiguë, lui qui tient cette maladie pour une méningo-encéphalite diffuse.

Les symptômes, l'évolution et le diagnostic ont été tracés de main de maître par M. Marcé. Cet auteur a beaucoup plus insisté que ne l'a fait M. Dagonet sur les rémittences qui suspendent quelquefois le cours de la paralysie générale, et sur les complications de toute espèce qui très-souvent en accélèrent la marche et en précipitent le dénoûment.

Ni l'un ni l'autre de ces auteurs n'a signalé cette variété de manie que M. Baillarger a rattachée au début de la paralysie générale sous le nom de *manie congestive*, espèce de période prémonitoire ou plutôt de forme subaiguë, passagère, *ébauchée*, de la méningo-encéphalite diffuse, pouvant se dissiper spontanément sans aboutir d'une manière fatale à la paralysie générale confirmée, et curable, à plus forte raison, par l'application opportune d'un traitement approprié.

MM. Marcé et Dagonet n'ont pas cru devoir adopter non plus l'opinion de M. Baillarger relativement à l'importance prodromique et à la fréquence caractéristique d'une variété prétendue *spéciale* de délire hypochondriaque. Ce délire, à leurs yeux, est loin d'être spécial à la paralysie générale et n'a de valeur, au point de vue du diagnostic, que lorsqu'il est associé à des troubles de la motilité. Nous avons fait nous-même une très-vive opposition aux idées de M. Baillarger sur ce point; mais, je me plais à l'avouer, l'ardente conviction avec laquelle le savant médecin de la Salpêtrière a soutenu et soutient encore son opinion impose à ses contradicteurs de nouvelles recherches, avant de se prononcer en dernier ressort et de trancher ce problème par la négative.

Parmi les symptômes physiques de la paralysie générale commençante, il en est un que j'ai souvent observé et que j'ai mentionné dans ma thèse, c'est la *déviation de la luette*. Sans doute, c'est en soi un signe de mince apparence; mais il peut, au même titre que la dilatation inégale des pupilles, acquérir, par sa fréquence et par son association à d'autres phénomènes, une valeur réelle dans le diagnostic souvent obscur et douteux de la période initiale. Je crois donc devoir le signaler de nouveau à l'attention des observateurs.

M. Marcé ne croit guère, pour le présent, à la curabilité de la paralysie générale; mais il ne désespère pas de l'avenir. Cependant il expose assez longuement les moyens thérapeutiques à l'aide desquels on peut conjurer ou combattre les complications de la maladie, diminuer l'intensité de ses manifestations, améliorer même l'état des malheureux paralytiques et obtenir des rémissions de longue durée. M. Dagonet, qui croit, comme son confrère, à l'efficacité palliative d'une médication bien dirigée et d'un régime sainement institué, aurait dû, ce me semble, consacrer plus d'une page aux détails d'un traitement si délicat et si difficile.

Ici finit l'histoire de la folie proprement dite, et commence celle des états morbides qui se rattachent indirectement à l'aliénation mentale, soit par une sorte d'affinité ou d'analogie pathologique, comme l'idiotie ou le crétinisme, soit à titre de causes ou de complications, comme l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, la pellagre et l'alcoolisme.

M. Dagonet a bien décrit l'idiotie et le crétinisme; mais il n'a point consacré de chapitres spéciaux à l'étude des autres affections précitées; il les a signalées en traitant de la manie et de la monomanie, tantôt comme épiphénomènes, tantôt comme variétés de ces vésanies. C'est, je crois, un peu trop amoindrir le rôle et l'importance de ces états morbides; c'est un peu méconnaître à quel point ils intéressent la santé publique, l'hygiène des populations, l'économie sociale, la jurisprudence et la législation, que d'en parler ainsi d'une manière sommaire et, pour ainsi dire, accessoire. M. Marcé a mieux fait d'en tracer, dans autant d'articles distincts, des descriptions détaillées, en insistant sur le point essentiel, c'est-à-dire sur les rapports de ces maladies avec la folie.

L'hystérie a tout naturellement fourni à l'auteur l'occasion de rappeler les grandes folies convulsives épidémiques du moyen âge, et celles des trois derniers siècles. Si ce fléau appartenait seulement à l'histoire du passé, on pourrait n'en rien dire dans un livre classique, et renvoyer les curieux aux récits légendaires et fantastiques de Bodin, de Boguet, de Bosroger, de Cardan, de Delancre, de del Rio, de dom Calmet, de Leloyer, de Lépine, de Michaëlis, de Carré de Montgeron, de Torreblanca, et de tous les autres théologiens, conseillers, exorcistes ou inquisiteurs, grands exterminateurs de diables et de sorciers. Mais, par malheur, Belzébuth est de sa nature incorrigible, et, qui pis est, incombustible et immortel; si bien qu'il a échappé aux bûchers de ses persécuteurs, et que, dernièrement encore, en plein XIX^e siècle, il a eu l'audace de s'abattre, avec sa redoutable légion, sur un pauvre petit canton de Savoie. Bien a valu aux possédés de Morzines de n'être pas venus au monde deux siècles plus tôt. Ce bon monsieur Bodin n'aurait certes pas manqué une si belle occasion « de condamner tous ces abominables sorciers, et de les roustir vifs d'un seul coup». M. le docteur Constans, inspecteur général des aliénés, en a jugé autrement. Envoyé en mission dans ce malheureux pays, il a exorcisé les monomanes de l'un et de l'autre sexe avec l'eau bénite de la médecine et les formules d'une saine thérapeutique; il a, de plus, enrichi la science d'une belle RELATION SUR CETTE ÉPIDÉMIE D'HYSTÉRO-DÉMONOPATHIE (Paris, 1863, chez Adrien Delahaye). En présence de ces faits récents et d'autres encore observés à Amiens, à Josselin en

Bretagne, en Suède, à Montmartre même, s'il faut en croire quelques journaux, n'y avait-il pas opportunité à décrire longuement, dans un *Traité des maladies mentales*, les formes diverses de la folie épidémique?

Et à ce propos, M. Marcé, en parlant de la *chorée*, ou *danse de Saint-Guy, au point de vue mental*, n'aurait-il pas dû, au lieu d'accepter une synonymie qui consacre et qui perpétue une erreur séculaire, distinguer nettement et séparer d'une manière formelle la chorée proprement dite, la chorée de Sydenham, d'avec la véritable danse de Saint-Guy, décrite par Vincent de Beauvais, Horstius et Sauvages? C'était bien ici le cas de protester contre une confusion que beaucoup de médecins font encore avec le vulgaire, et de montrer, par un exemple frappant, qu'il n'existe aucune analogie entre la première de ces affections, où les troubles intellectuels sont rares et purement fortuits, et ce corybantisme effréné qui sévit épidémiquement en Souabe dans le XIV^e^ siècle, où les malades, emportés par une fureur sauvage de la danse, à moitié nus et couronnés de fleurs, « se saisissaient par la main et formaient des chaînes immenses, couraient par les rues et dans les temples, et tournaient, tournaient à mourir », entraînant, par une irrésistible et fatale attraction, les spectateurs « dans le grand courant, dans le terrible chœur ». Il était d'autant plus utile d'établir franchement cette distinction, que la chorée vulgaire peut, elle aussi, se montrer sous forme épidémique, ainsi qu'il résulte d'observations recueillies par M. le docteur Bricheteau, à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Monneret.

La question de la pellagre, dans ses rapports avec la folie, a été traitée par MM. Marcé et Dagonet avec toute la réserve que commande une sage circonspection dans l'étude d'un problème si difficile, si vivement débattu, et que n'ont pu résoudre encore les laborieuses et belles recherches poursuivies, en France, avec des résultats divers, par MM. Hameau, Gintrac, Bonnet, Arthaud, Marchant, Roussel, Landouzy, Billod, Aubert, Brierre de Boismont, Baillarger, Costallat, etc. Ceux que ce sujet intéresse trouveront des détails complets dans une bonne monographie publiée récemment par M. Bouchard (de Lyon), et intitulée : RECHERCHES NOUVELLES SUR LA PELLAGRE (Paris, 1862, chez Savy).

M. Marcé a consacré un chapitre à l'étude de la folie au point de vue médico-légal. Je ne connais guère chose plus importante dans la pratique de la médecine mentale : aussi doit-on regretter que M. Marcé ne l'ait, pour ainsi dire, qu'ébauchée; mais on doit regretter encore bien plus que M. Dagonet l'ait complétement omise.

Les deux auteurs ont présenté des considérations pleines de justesse et d'à-propos sur le traitement et l'hygiène de la folie, ainsi que sur l'administration et l'économie des asiles publics et privés. Je reviendrai bientôt là-dessus à l'occasion des projets de la ville de Paris et de la construction des trois futurs établissements de Sainte-Anne, de Vaucluse et de Ville-Évrard.

Les développements insolites donnés à cette analyse bibliographique témoignent de toute l'importance qu'il faut attacher aux livres de MM. Marcé et Dagonet. C'est un véritable événement, en effet, que l'apparition de ces deux traités sur la folie, les seuls qui aient été publiés en France depuis vingt-cinq ans, c'est-à-dire depuis Esquirol. Il était donc du devoir de la critique de se montrer sévère, rigoureuse, exigeante, envers deux ouvrages destinés à devenir classiques, à faire autorité dans la science, et à servir de guides et de *vade-mecum* à tous ceux qui ne veulent pas rester indifférents à l'étude des maladies mentales.

Et maintenant, s'il m'est permis de résumer, dans une formule générale et concise, mon jugement sur ces deux ouvrages, je dirai que celui de M. Dagonet est comme une seconde édition, revue et rajeunie, du livre d'Esquirol (ce n'est pas assurément le moindre éloge qu'on en puisse faire); tandis que celui de M. Marcé, affectant des allures plus indépendantes et moins de condescendance pour la parole du maître, admettant aussi dans une plus grande mesure l'esprit de libre examen, porte mieux l'empreinte d'une certaine originalité, et offre peut-être un miroir plus complet et plus fidèle de l'état actuel de la science.

— Les ÉTUDES PRATIQUES SUR LES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES, par M. le docteur Girard de Cailleux (Paris, 1863; chez J. B. Baillière et fils), n'ont pas les caractères didactiques des deux livres précédents. Ce n'est point une monographie que l'auteur a prétendu faire, c'est simplement un exposé statistique des faits recueillis pendant une pratique de dix-sept années dans l'asile d'Auxerre, un des plus beaux et des plus vastes qui soient au monde : c'est, si je puis ainsi dire, le bilan pathologique de cet établissement depuis 1840 jusqu'en 1857. Un tel ouvrage, si bien enrichi de tableaux et de chiffres qu'on croirait voir, en l'ouvrant, les *logarithmes* de la médecine mentale, échappe, par sa nature, à l'analyse bibliographique. Je me contenterai donc d'apprécier la valeur de la méthode numérique dans l'espèce, après avoir énoncé les résultats généraux les plus importants obtenus par notre éminent confrère, et les avoir comparés, toutes les fois que le parallèle sera possible, à ceux de recherches analogues, entreprises sur une plus grande échelle, par M. Legoyt, un des statisticiens les plus habiles et les plus laborieux de ce temps-ci. Aussi bien ce sera une occasion de faire connaître à nos lecteurs un excellent mémoire, trop peu écouté par l'Académie de médecine, et dont l'auteur, pressé par les exigences de l'ordre du jour et les dix minutes parcimonieusement octroyées par le bureau, n'a pu lire, en courant à perdre haleine, que quelques lambeaux disparates et sans suite.

Le mouvement annuel de la population de l'asile d'Auxerre, pour une période de dix-sept ans, établit une augmentation progressivement croissante dans le chiffre des admissions, cette augmentation portant principalement sur la classe des pensionnaires. Les recensements opérés par M. Legoyt, à l'aide de documents officiels émanant de presque toutes les contrées de l'Europe et de l'Amérique du Nord, semblent démontrer aussi la marche généralement ascensionnelle de l'aliénation mentale. Je dis *semblent*, car M. Legoyt et M. Girard de Cailleux admettent sagement, jusqu'à preuve plus formelle, que cet accroissement est peut-être plus apparent que réel, et qu'il s'explique le plus souvent par la création de nouveaux établissements, par la moindre répugnance qu'éprouvent les familles à y placer les malades, par l'extension de l'assistance publique et de la charité légale, par une surveillance administrative plus sévère, et par l'application plus régulière des mesures de police sanitaire et d'ordre public relatives à la séquestration des aliénés.

En appliquant, chacun séparément, la statistique à l'étiologie de la folie, MM. Girard de Cailleux et Legoyt ne sont pas toujours arrivés à des résultats conformes : cela n'a rien d'étonnant, puisque leurs bases d'opération sont différentes.

Suivant M. Girard, la profession qui produit le plus d'aliénés est l'industrie métallurgique, laquelle n'est même pas mentionnée d'une manière spéciale par M. Legoyt; celle qui en fournit le moins est l'agriculture, à ne parler toutefois que de l'aliénation mentale proprement dite, et abstraction faite du crétinisme et de l'idiotie, qui prédominent dans les campagnes. Sur ce point, les deux auteurs sont d'accord.

M. Girard a trouvé que la plus grande fréquence de la folie avait lieu de vingt-cinq à cinquante ans; M. Legoyt est arrivé sensiblement au même chiffre pour les hommes; mais il a trouvé que le maximum pour les femmes était de cinquante à soixante-dix ans, ce qu'il attribue à la plus grande survivance habituelle des femmes aux âges élevés. Quant à la part de chaque sexe dans l'aliénation mentale, les deux auteurs conviennent de la difficulté de la déterminer exactement, vu la plus grande mortalité, soit générale, soit spéciale de l'homme.

M. Legoyt et M. Girard de Cailleux ont admis l'influence étiologique du célibat sur la production de la folie. Leurs

chiffres et leurs calculs n'ébranleront pas nos convictions à cet égard : encore une fois, la plus grande proportion de fous parmi les célibataires prouve que la folie conduit au célibat, et nullement que le célibat mène à la folie.

Pour M. Girard de Cailleux comme pour Esquirol, la richesse est une des sources les plus fécondes de folie, c'est là une de ses principales punitions; la pauvreté, au contraire, est un rempart contre cette désolante maladie, c'est sa plus douce récompense ; et M. Girard s'en prévaut pour admirer et pour bénir la main de la Providence, qui a, dit-il, établi une sorte de compensation entre l'opulence et la misère. Par malheur, voici M. Legoyt qui proclame l'influence du paupérisme sur l'aptitude aux affections mentales, et qui déclare formellement que « la folie recrute surtout dans les classes les moins élevées de la société ».

Le calcul fournit encore des résultats contradictoires concernant l'influence de l'instruction sur le développement de la folie. Selon M. Girard, l'instruction semblerait plutôt favoriser l'apparition de cette maladie que la diminuer; cependant l'auteur a le bon esprit de s'en prendre bien moins à l'instruction elle-même qu'aux abus d'une instruction mal dirigée. Suivant M. Legoyt, au contraire, l'insanité prédomine dans les populations ignorantes et grossières. Comment se fait-il donc que cet écrivain affirme plus loin qu'elle est plus fréquente dans les villes que dans les campagnes?

La statistique de l'asile d'Auxerre n'apprend rien de nouveau touchant l'influence des saisons, des tempéraments et du caractère, sur l'aliénation et sur les formes du délire; mais, en revanche, elle fournit des données complétement neuves sur l'influence barométrique, l'action des vents, des altitudes, du sol, des diverses cultures et de leurs produits. Ce sont là autant de sujets encore inexplorés, et qui, pour acquérir une incontestable valeur, doivent être confirmés par de nouvelles études. Mais il est un élément étiologique bien autrement important que les précédents et que M. Girard de Cailleux a oublié d'indiquer : c'est l'hérédité.

Des observations, qui ne pouvaient pas être faites dans les limites étroites d'un asile, ont appris à M. Legoyt que l'Irlande, en Europe, et le Massachusetts, en Amérique, occupent le premier rang pour la fréquence de la folie. Viennent ensuite, par ordre décroissant, la Belgique, l'Angleterre, les États-Unis et la France. M. Legoyt signale enfin « la remarquable et évidente tendance de la race juive à l'aliénation mentale », l'aptitude de la race blanche pour la folie proprement dite et de la race noire pour l'idiotie.

Si je n'étais pas obligé d'imposer des bornes à ce travail, j'aimerais à suivre pas à pas M. Girard de Cailleux dans tous les détails de ses patientes investigations. Je montrerais quel parti avantageux ce savant aliéniste a su tirer de la statistique pour élucider les questions afférentes à l'invasion de la folie, à la prédominance relative de ses diverses formes, à la fréquence comparée des hallucinations, des illusions et de leurs variétés, à la marche, à la durée, au pronostic et à la terminaison de l'aliénation mentale, aux rémittences et aux rechutes, aux conditions et aux modes variés de guérison, enfin aux causes de décès, et notamment à l'influence des sexes, des âges, des saisons et du genre de délire sur la mortalité. Des chapitres pleins d'intérêt, et témoignant à la fois d'une haute habileté administrative et d'un grand zèle médical, renferment le relevé des journées d'infirmerie, avec l'indication précise des maladies incidentes, le mouvement des aliénés dans les quartiers cellulaires, suivant les mois et les saisons, les variétés de folie, l'âge et le sexe des malades. Mais le chapitre le plus complet et le plus remarquable, à coup sûr, c'est celui que l'auteur consacre à l'anatomie pathologique des aliénés. M. Girard de Cailleux ne se contente pas de décrire les lésions céphaliques : justement convaincu qu'on n'a pas toujours assez tenu compte de l'état général de l'organisme dans l'étude de la folie, il insiste, et avec raison, sur les altérations des viscères thoraciques et abdominaux et sur l'état du sang. On est surpris qu'il n'ait rien dit des lésions de la moelle et de ses membranes : c'est une lacune. On regrette aussi que des recherches anatomo-pathologiques si consciencieuses ne soient pas complétées par l'examen micrographique.

Je n'ai rien à dire ici des deux rapports officiels qui terminent l'ouvrage de M. Girard de Cailleux : ces deux documents, relatifs au service actuel des aliénés de la Seine, et que la GAZETTE HEBDOMADAIRE a reproduits en tout ou en partie (t. VIII, p. 161, 193, 521, 537, 553), se dérobent, par leur nature administrative, à notre appréciation.

La conclusion la plus générale à tirer de tout ce qui précède, c'est qu'il reste encore pour la médecine mentale bien des obscurités à dissiper, bien des lacunes à combler, bien des problèmes à résoudre, bien des progrès à réaliser. Assurément, une méthode de recherche unique, exclusive, ne peut pas avoir la prétention d'accomplir une œuvre si difficile, et ce n'est pas trop d'y employer tous les procédés de l'expérience et de l'induction sagement combinés. A cet égard, on ne saurait révoquer en doute les services immenses que peut rendre la statistique, non point une statistique approximative et de fantaisie, mais une statistique rigoureuse, basée sur des données authentiques et des calculs irréprochables. M. Girard de Cailleux et M. Legoyt se sont résolûment engagés dans cette voie féconde. Prises isolément, leurs recherches sont insuffisantes et ne peuvent encore aboutir à des résultats certains, définitifs. Mais n'aura-t-on pas en main les éléments de solution de la plupart des problèmes que soulève l'étude de la folie, le jour où tous les médecins aliénistes auront fait pour chaque asile ce que M. Girard de Cailleux a fait pour l'asile d'Auxerre? Que tous les observateurs laborieux et de bonne volonté se mettent donc bravement à l'œuvre et apportent leur pierre à un édifice qui, depuis Esquirol, attend son couronnement.

A. LINAS.

VI

VARIÉTÉS.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN. — La Société de médecine de Rouen a décidé qu'elle organiserait un congrès médico-chirurgical qui commencera le 30 septembre prochain. L'époque choisie pour ce congrès est précisément et à dessein celle d'un grand congrès pomologique qui se tiendra à Rouen, et qui, nous le savons, réunira un grand nombre de savants de toute la France.

Par décret du 31 juillet, ont été nommés dans la Légion d'honneur : — *Officiers* : MM. les docteurs Claudel et Fuzier, médecins-majors de 1re classe. — *Chevaliers* : MM. Cazeneuve, médecin aide-major de de 1re classe ; Merchier, pharmacien-major de 1re classe, et Liguistin, vétérinaire en premier.

— Le concours ouvert à la Faculté de Montpellier pour la place de chef des travaux anatomiques est terminé. M. le docteur A. Sabatier a été élu à l'unanimité des suffrages, et, sur la proposition de son président, le jury a voté une mention honorable en faveur de M. le docteur A. Estor.

On annonce la mort de : M. Michelin, président de la Société médicale de Provins (Seine-et-Marne); M. Valentini, professeur à la Sapienza de Rome; M. Diego Sanchez Ugarte, premier médecin consultant de la chambre de la reine d'Espagne; M. Blanc, docteur en médecine de la Faculté de Turin.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 21 AOUT 1863. Nº 34.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêté ministériel. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Constitution médicale : opium dans le délire de la fièvre typhoïde. — Ligature de l'artère principale du membre dans l'éléphantiasis des Arabes. — Rapports de la miliaire avec la rougeole et la scarlatine. — II. **Histoire et critique.** Excursion chirurgicale en Angleterre : De l'ovariotomie et de quelques autres opérations praticables chez la femme. — III. **Correspondance.** Décoloration de la teinture d'iode par l'urine glycosique. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — V. **Revue des journaux.** Obstacle peu commun (os avalé) à la défécation. — Moyen de prévenir les cicatrices de la petite vérole. — VI. **Bibliographie.** Études sur les hôpitaux considérés sous le rapport de leur construction, de la distribution de leurs bâtiments, de l'hygiène et du service des salles de malades. — VII. **Variétés.** — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret en date du 16 août, il est créé, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, une chaire spéciale de physiologie et une chaire spéciale d'histoire naturelle médicale.

Ces deux nouvelles chaires seront confiées à deux professeurs titulaires, et le nombre des professeurs adjoints de la dite École sera réduit d'autant au fur et à mesure des vacances d'emploi.

La chaire actuelle d'anatomie et de physiologie est transformée en une chaire spéciale d'anatomie.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 20 août 1863.

CONSTITUTION MÉDICALE : OPIUM DANS LE DÉLIRE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — LIGATURE DE L'ARTÈRE PRINCIPALE DU MEMBRE DANS L'ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES. — RAPPORTS DE LA MILIAIRE AVEC LA ROUGEOLE ET LA SCARLATINE.

Nous parlions, dans l'avant-dernier numéro (p. 516), à propos de la constitution médicale régnante, de quelques particularités d'intérêt pratique relatives à la fièvre typhoïde. Cette affection étant loin encore d'avoir disparu de la scène, il ne sera pas hors de saison de rappeler, en ce qui la concerne, un point de thérapeutique récemment touché par M. le docteur Limousin, dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (numéro d'août). Le mémoire du médecin de l'hôpital de Bergerac est intitulé : *Du délire aigu symptomatique de la fièvre typhoïde et de la méningite cérébrale, et de son traitement par l'opium.* Il ne s'agit donc pas uniquement du délire de la dothiénentérie, et les recherches de M. Limousin procèdent de la tendance qu'ont aujourd'hui les thérapeutistes à étendre à tous les genres de délire aigu l'emploi de l'opium et des solanées vireuses, autrefois réservé au seul délire nerveux.

Ecartons d'abord une remarque fort contestable de l'auteur : « Si l'on se représente, dit-il, que l'opium détermine la somnolence en congestionnant l'encéphale, il paraîtra peu rationnel de recourir à lui précisément dans les cas où cet organe est le siége d'une vive hypérémie. » En pathologie appliquée, la théorie est souvent démentie par la pratique : rien de plus vrai ; mais c'est un mal, et il importerait dès lors de ne pas signaler de contradiction pareille qui ne fût bien démontrée. Rien ne prouve que ce soit en congestionnant le cerveau que l'opium produit le sommeil. Les centres nerveux ont été trouvés tout à fait exempts d'injection vasculaire dans des cas nombreux d'empoisonnement par l'opium, chez l'homme comme chez les animaux ; et cela seul tend à établir, indépendamment de toute autre considération, que l'injection, quand elle a lieu, n'est pas la condition essentielle de la somnolence. Il est d'ailleurs des expériences, et nous les avons rappelées plus d'une fois, desquelles on pourrait plutôt conclure que l'encéphale est anémié pendant le sommeil.

Cette réserve faite, quelle est la valeur de l'opium dans le traitement du délire aigu de la fièvre typhoïde ? Les observations de M. Limousin ont, à cet égard, une signification très-précise. On pourra dire, sans doute, que l'exposé des cas n'est pas assez circonstancié pour ne laisser jamais aucun doute sur le caractère de la maladie principale ; mais il est manifeste que l'abréviation est ici calculée dans l'intérêt du lecteur, et n'emporte pas la présomption d'une erreur de diagnostic. D'ailleurs, sur les six observations choisies parmi de nombreux cas analogues, il en est au moins quatre qui ne peuvent laisser sur ce point aucune incertitude. Or, dans toutes, l'effet de l'opium, administré à doses plus ou moins élevées (15 à 20 centigrammes par jour pour un adulte), a fait tomber rapidement un délire bruyant, survenu à des phases diverses de la maladie. En même temps il a quelque-

fois diminué la tension du ventre, la diarrhée, l'enduit fuligineux de la langue ; le tout sans avoir jamais paru exercer une action défavorable quelconque sur la marche et la terminaison de la fièvre typhoïde.

Notre confrère nous permettra de lui rappeler une note écrite sur le même sujet il y a bientôt vingt ans par M. le docteur Morand, médecin adjoint de l'hôpital général de Tours, qui l'a insérée dans ses Mémoires et observations cliniques de médecine et de chirurgie (Tours, 1844). M. Morand cite deux observations de dothiénentérie, l'une chez un enfant de onze ans, l'autre chez une demoiselle dont l'âge n'est pas indiqué, et dans lesquelles le délire et autres accidents nerveux ont été combattus avantageusement par le laudanum. Dans le second de ces cas, la maladie était parvenue au vingt-cinquième jour : le délire était continu ; il y avait carphologie, ouverture permanente des paupières et rotation de l'œil droit en haut. Néanmoins le délire avait cessé au bout de dix heures, sous l'influence d'une potion de 125 grammes contenant 15 gouttes de laudanum et administrée d'heure en heure. La même pratique est, du reste, suivie par un certain nombre de médecins.

— L'éléphantiasis des Arabes n'est pas une de ces maladies qui se présentent journellement à notre observation, du moins dans nos climats ; cependant chaque année on peut en rencontrer dans nos hôpitaux un certain nombre d'exemples. Malgré de nombreuses autopsies, malgré des examens microscopiques répétés, malgré des recherches poursuivies avec persévérance par les chirurgiens des Indes anglaises, là où la maladie est si fréquente, on ne peut encore appuyer sur des preuves suffisantes une théorie même probable de la nature intime et du mode de production de cette singulière et redoutable hypertrophie. Le traitement devait naturellement se ressentir de cette incertitude, et, après avoir mis à contribution toutes les ressources de la matière médicale, l'amputation a été, elle est encore trop souvent le dernier remède ; remède qu'on pourrait croire héroïque, si l'on ne savait que l'affection s'est plusieurs fois reproduite, soit dans le moignon du membre inutilement sacrifié, soit dans d'autres parties du corps.

La ligature de l'artère principale du membre affecté, opération tentée déjà plusieurs fois par la chirurgie anglo-américaine, peut-elle donner ces guérisons demandées inutilement à d'autres moyens ? C'est ce que semblent permettre d'espérer quelques observations. Ce sujet est encore peu connu en France, et nous croyons utile d'appeler l'attention sur un fait de guérison rapporté par M. Butcher dans un des derniers numéros du *Dublin quarterly Journal*.

La malade, âgée de quarante-quatre ans, était entrée à *Mercer's Hospital* de Dublin, en novembre 1861. Dix-huit ans s'étaient écoulés depuis le début de la maladie, et le gonflement, d'abord limité au pied, avait envahi peu à peu la jambe et tout le membre inférieur droit. Incapable de se servir de son membre, endurant parfois les plus vives souffrances, vouée à l'inaction et par suite à la misère, ayant épuisé pendant de longues années de traitement toutes les ressources de la thérapeutique, la malade demandait l'amputation comme un dernier et héroïque remède. La circonférence de la jambe affectée était au-dessus des malléoles double de celle du membre sain ; la différence, quoique considérable encore, était moins grande au niveau du mollet et de la cuisse.

Encouragé par les succès obtenus à New-York par le professeur Carnochan, M. Butcher, dans le service duquel se trouvait placée la malade, tenta la ligature de l'artère fémorale. Le vaisseau mis à découvert, on put constater que son calibre était au moins double de ce qu'il est à l'état normal, et lorsqu'il eut été lié, on fit autour du pied et de la jambe une légère compression au moyen d'une bande de flanelle.

Dès le lendemain on put constater avec toute évidence une diminution dans le volume et surtout dans la tension du membre opéré, car en quelques endroits la peau avait pris une sorte de flaccidité. Cette diminution continua graduellement. Le mouvement reparut d'abord dans le gros orteil, puis successivement dans les autres doigts. Au bout de quatre mois, les mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe s'exécutaient facilement et sans aucune douleur ; le membre reprenait peu à peu son état normal ; la peau avait recouvré sa souplesse, à tel point qu'on voyait à chaque mouvement du pied ou des orteils les muscles et leurs tendons dessiner leur relief au-dessous des téguments.

A la fin du sixième mois, la marche fut possible et l'opérée put reprendre son métier de blanchisseuse. L'opération avait été faite en novembre 1861 ; depuis cette époque et jusqu'au mois d'avril 1863, M. Butcher eut fréquemment des nouvelles de sa malade, et la guérison s'était parfaitement maintenue.

M. Carnochan, professeur de chirurgie au collége médical de New-York, est le premier qui appliqua au traitement de l'éléphantiasis du membre inférieur la ligature de l'artère fémorale.

La première opération fut faite le 22 mars 1851, sur un Allemand âgé de vingt-sept ans. L'hypertrophie avait paru débuter par les ganglions lymphatiques inguinaux, puis avait envahi successivement les téguments de la cuisse, de la jambe et du pied. Au lieu de pratiquer l'amputation, le chirurgien lia la fémorale, dont le calibre, comme dans le cas de M. Butcher, était presque doublé ; des hémorrhagies consécutives forcèrent à lier l'iliaque externe. Un mois après, le volume du membre avait considérablement diminué, et après seize mois la guérison, complétement obtenue, ne s'était pas démentie.

M. Carnochan répéta trois fois encore la même opération pour les mêmes causes, et, lors de la publication de son mémoire, il pouvait croire à quatre guérisons complètes.

M. Ogier (de Charleston) pratiqua aussi, et pour les mêmes raisons, le 23 octobre 1859, la ligature de l'artère fémorale. Dès le lendemain la circonférence du membre avait diminué de moitié ; trois mois après, le malade marchait facilement et sa jambe avait repris à peu près le volume normal.

Nous pouvons rapprocher de ces faits une observation dans laquelle M. Erichsen, de Londres, pratiqua avec succès, pour un éléphantiasis, la ligature de la tibiale antérieure.

Voici donc six faits dans lesquels la ligature de la fémorale a paru amener la guérison d'un éléphantiasis du membre inférieur. Malheureusement nous devons dire *a paru amener*, car il faut, pour être assuré du succès, avoir pu suivre les opérés pendant plusieurs années : un des faits du docteur Carnochan autorise pleinement cette réserve.

En mai 1857, le chirurgien de New-York avait opéré son quatrième malade, le nommé Francesco Podesta ; en juillet 1858, cet homme entrait à *Pennsylvania Hospital* avec une récidive de son mal, et en sortait non guéri en janvier 1859. En a-t-il été de même des autres, la récidive s'est-elle produite ? Nous l'ignorons ; cependant on peut espérer qu'il n'en a pas été ainsi, car plusieurs opérés, celle de M. Butcher,

les premiers malades de M. Carnochan, ont été suivis pendant une ou plusieurs années, sans que la guérison se soit démentie.

On ne saurait nier que ces faits ne soient encourageants, surtout en présence de l'inutilité des traitements ordinaires de l'éléphantiasis et de la gravité d'une amputation pratiquée dans des circonstances défavorables. Mais ne pourrait-on pas par d'autres moyens, par la compression, par exemple, qui a donné de si remarquables résultats dans le traitement des anévrysmes, remplacer la ligature? C'est ce que tendrait à faire croire une note insérée, il y a longtemps déjà, dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*.

« Médecin depuis quarante ans, dit M. Dufour, de Dainville (Pas-de-Calais), j'ai eu l'occasion de donner mes soins à cinq personnes, deux hommes et trois femmes, atteints d'éléphantiasis. Chez tous ces malades, j'ai eu recours à la compression de l'artère fémorale avec un bandage à ressort imitant les bandages herniaires; or, sur cinq, car je n'ai eu qu'un insuccès. » M. Dufour fait remonter à trente ans ses premières tentatives, et si de nouveaux cas de succès viennent démontrer l'efficacité de la compression de l'artère, unie à la compression circulaire du membre, l'idée mise en pratique par notre compatriote aura, sur la méthode de Carnochan, un autre mérite plus grand encore que celui de la priorité, le mérite de l'innocuité.

C'est à l'avenir à prononcer sur la valeur absolue et respective de la ligature et de la compression; mais les faits déjà publiés sont suffisants pour autoriser à espérer, par ces moyens, la guérison de l'éléphantiasis, et surtout pour appeler sur leur emploi l'attention des chirurgiens français.

— Au sujet de l'appréciation que nous avons faite (n° 30, p. 483) d'un mémoire de M. le docteur Martel sur l'exanthème miliaire, nous avons reçu de cet honorable et distingué confrère une réclamation dont il ne nous demande pas l'insertion, mais que nous ne pouvons passer absolument sous silence, précisément parce qu'elle est, à certains égards, fondée.

« Je n'ai jamais eu l'intention de rattacher la roséole miliaire à la rougeole. Je sais, et je crois l'avoir dit, que les vésicules qui se rencontrent souvent dans cette fièvre éruptive diffèrent notablement des éruptions dites miliaires, et que celles-ci ne sont pas rares dans le cours de la scarlatine. J'abonde donc dans le sens de vos objections, et je veux vous énoncer clairement mon opinion, qui est aussi, je crois, celle de M. Gubler. La roséole miliaire est également distincte de la rougeole et de la scarlatine. Les faits que j'ai exposés, ceux de M. Gubler, celui de M. Cornil, ne peuvent se rattacher à l'une ni à l'autre de ces maladies; et, malgré des ressemblances apparentes, je me suis efforcé, pour ma part, d'établir nettement le diagnostic de ceux qui me sont propres. Ils diffèrent donc absolument, à mes yeux, de ceux que vous m'opposez. »

L'opinion de MM. Gubler et Martel ainsi rétablie, nous devons déclarer que la nôtre s'en écarte encore. Nous regardons avec eux les exanthèmes décrits par M. Martel comme absolument « distincts de la rougeole », mais non comme distincts de la scarlatine, si ce n'est dans les caractères extérieurs de la maladie. Ce sont, à nos yeux, en d'autres termes, des affections de nature scarlatineuse. On nous permettra de nous borner aujourd'hui à cette déclaration.

Nous extrairons également de la lettre de M. Martel un passage en réponse à la lettre de M. Guérard (*Gaz. hebd.*, *ibid.*):

« Je ne puis ni ne veux entrer dans la discussion des doctrines de M. Bazin. Malgré la réserve que m'impose mon rôle modeste, je ne me crois pas forcé d'accepter tout ce qu'enseigne ce maître distingué, et, dans le cas actuel, je ne pense pas que ses idées aient apporté une grande lumière.

La préoccupation d'un but déterminé, et le point de vue bien différent où je me place, ont pu m'entraîner un peu. Je me sens tout disposé à faire amende honorable de l'accusation implicite d'exclusivisme qui ressort de mes appréciations.

Le dernier reproche qui m'est fait est moins sérieux. Je comprends fort bien l'idée de M. Bazin, qui est bonne, que je partage; mais je trouve son expression mauvaise, et je vois une contradiction apparente, au moins entre ces idées et l'expression de pseudo-exanthème. Je crois m'être expliqué assez nettement à ce sujet. »

A. Dechambre et Léon Le Fort.

A l'Académie de médecine, la discussion sur la fièvre jaune a été close après un discours de M. Guérin, auquel M. Mêlier n'a pas jugé à propos de répondre.

M. le docteur Aug. Mercier a lu ensuite un mémoire substantiel sur un sujet souvent traité par les chirurgiens voués au traitement des maladies des voies urinaires, mais qui devait gagner beaucoup à passer par l'esprit judicieux et inventif de notre confrère. Nous publierons dans le prochain numéro une analyse de ce travail, qui a pour titre : Du cathétérisme et du traitement des rétrécissements réputés infranchissables de l'urèthre.

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

A M. BOUISSON, PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Excursion chirurgicale en Angleterre : De l'ovariotomie et de quelques autres opérations praticables chez la femme.

(Deuxième lettre).

Mon cher ami,

Je vous ai montré l'ovariotomie à l'œuvre ; j'allais dire les ovariotomistes, mais les chirurgiens qui pratiquent cette difficile opération ne peuvent pas précisément accepter la qualification de spécialistes, qui semble toujours, aujourd'hui comme autrefois, n'élever l'habileté particulière de l'homme qu'en rabaissant un peu son talent général. Ils s'en défendraient et ils feraient bien ; car l'étendue et la variété de leurs connaissances leur donnent droit à la fois à notre estime et à nos égards.

Je vous ai donc montré l'*ovariotomie* à l'œuvre. Je vais tracer en peu de mots la carrière qu'elle a parcourue, et apprécier, après les indications réelles de son application, les diverses méthodes de la pratiquer qui paraissent lui donner décidément des garanties de succès.

Quelque effroyable que soit cette opération, gardez-vous de supposer qu'elle n'ait jamais attiré l'attention des chirurgiens avant le commencement du siècle. Au contraire, nous sommes autorisés à penser qu'elle avait été conseillée, sinon pratiquée, il y a plus de deux cents ans (1). Nous savons qu'il y a plus de cent ans, Delaporte et Morand la conseillèrent formellement, le premier la proposant, le second répondant à sa proposition par une affirmation encourageante (2).

(1) Voy. Chéreau, *Esquisse historique sur l'ovariotomie*, dans l'Union médicale, 1847, p. 394 et suiv.

(2) Morand, secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie, dit à ce sujet : « Je crois qu'on doit louer M. Delaporte d'avoir osé le premier faire cette question, si l'on ne pouvait point extirper l'ovaire avec la maladie.... La chirurgie moderne, ajoute-t-il

De Haen la condamna, et Morgagni, bien qu'il la regardât comme praticable dans quelques cas, la rejeta également par des raisons tirées de ses vastes connaissances anatomiques sur les adhérences et les dimensions du kyste ou sur les dispositions anormales de son pédicule.

Mais John Hunter, dans ses LEÇONS SUR LES PRINCIPES DE LA CHIRURGIE (1786-87), dit, en parlant de ce qu'il appelle faussement les hydatides de l'ovaire : « Lorsqu'elles sont encore petites, elles sont peu adhérentes; mais ensuite elles adhèrent l'une à l'autre et deviennent souvent assez volumineuses pour accroître le volume du ventre; elles constituent alors l'hydropisie de l'ovaire.... La ponction est seulement un moyen palliatif; il faut employer un gros trocart, car le liquide est ordinairement gélatineux : par cette opération une seule cellule est ouverte. Au début de leur formation, on pourrait pratiquer l'extraction des hydatides de l'ovaire, car elles rendent la vie pénible pendant une année ou deux, et finissent par amener la mort. Il n'y a aucune raison pour croire que les femmes ne pourraient pas supporter l'extirpation des ovaires, aussi bien que les autres femelles d'animaux ; il ne s'agirait que d'ouvrir la cavité abdominale, ce que l'on fait souvent sans inconvénient sur des sujets sains (1). »

William Hunter, tout en la condamnant par le danger de trop grandes incisions, de la recherche du pédicule, de la déchirure des adhérences, de la blessure des intestins ou de l'artère ovarique, n'en donne pas moins en substance les préceptes dont on a fait la règle actuelle de l'opération. « Supposé même, dit-il, que l'on proposât de pratiquer une incision telle, que l'on n'introduise dans le ventre que deux doigts, puis que l'on ponctionne le sac et qu'on l'attire au dehors afin de couper le pédicule près de la plaie abdominale, à coup sûr ce procédé pourrait être admissible; mais encore faudrait-il que l'on pût distinguer les circonstances qui permettent ce mode de traitement (2). »

En France, Sabatier et Boyer la condamnèrent; ce dernier eut le tort d'engager l'avenir, en déclarant que cette opération ne sera vraisemblablement jamais pratiquée ; ce qui prouve une fois de plus qu'on ne doit pas condamner sans appel, même les opérations chirurgicales.

Pourtant, en 1793, Power exprimait formellement à son ami Darwin la résolution de tenter l'opération pour une maladie qui finit presque toujours par devenir mortelle, et dont une autopsie récente venait lui montrer à la fois la gravité naturelle et la curabilité chirurgicale probable ; et Darwin ajoutait : « Un argument qui paraît en faveur de l'opération que propose M. Power, c'est que cette maladie affecte souvent les jeunes personnes ; que chez elles en général elle est locale et idiopathique, et non, comme l'ascite, produite par la lésion de quelque viscère ; et enfin, c'est qu'on la pratique avec succès chez les animaux adultes, quoique ceux qui la font n'aient aucune connaissance anatomique. »

L'idée d'extirper l'ovaire malade germait ainsi dans l'esprit des chirurgiens. Elle y prit bientôt un certain développement, car elle fut admise par Chambon de Montaux (3), avec une résolution, une hardiesse même, qui témoignent un peu de son inexpérience chirurgicale, en même temps que de son érudition et de ses connaissances en anatomie pathologique. Il est curieux de rappeler qu'à cette époque elle fut défendue avec chaleur par deux jeunes médecins de l'école de Montpellier : par Latapie (4), et surtout par Samuel Hartmann, d'Escher (5), qui décrivit, dans une thèse très-remarquable, la manière dont il conviendrait de la pratiquer, d'après la méthode exposée par feu M. Thumin, docteur en médecine de cette université, dans un mémoire relatif à l'extirpation du squirrhe de l'ovaire.

en terminant, est capable de grandes entreprises. » (Voy. plusieurs *Mémoires et observations sur l'hydropisie enkystée et le squirrhe des ovaires*, dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE, 1753, t. II, p. 431-460.)

(1) *Œuvres complètes*, traduction Richelot, t. I, p. 635.

(2) *Medical Observations and Inquiries*, t. I, p. 41 et suiv.

(3) *Maladies des femmes*, 1re édit., 1784, t. II, et 3e édit., 5e partie. *Maladies à la cessation des règles*. Paris, an VII, p. 293.

(4) Thèses de Montpellier, an V.

(5) Thèses de Montpellier, 1808.

C'est peu de temps après la publication de ce dernier travail que la première opération d'ovariotomie fut pratiquée aux États-Unis. On ne peut faire les honneurs de l'initiative à Laumonier, chirurgien de Rouen, qui, chez une jeune femme accouchée depuis six semaines, prenant pour un dépôt laiteux un abcès de l'ovaire ouvert dans la trompe et se vidant par l'utérus, se décida témérairement à faire, le long du bord inférieur de l'oblique externe, une incision de quatre pouces, à évacuer la poche ovarique, à s'assurer que l'ovaire était atteint dans son organisation de désordres irréparables, à détruire ses adhérences avec les parties voisines, et à l'enlever (1).

Il paraît donc que c'est Ephraïm Mac Dowell, de Dantville (Kentucky), qui, en 1809, extirpa le premier kyste de l'ovaire sur une négresse, par une grande incision, et avec un tel succès, que le cinquième jour on trouva, dit-on, l'opérée faisant elle-même son lit. Il réussit également sur trois autres malades, mais il échoua sur une cinquième.

Il fut imité d'abord par les chirurgiens américains, ses compatriotes, notamment par Natham Smith (du Connecticut), qui, en 1821, extirpa un kyste uniloculaire par une incision de trois pouces, avec un plein succès.

Il s'écoula un certain temps avant que l'ovariotomie fût importée des États-Unis dans la Grande-Bretagne. Les progrès de la physiologie ne furent pas étrangers à cette importation. Le docteur James Blundell, disait dans ses PHYSIOLOGICAL RESEARCHES : « De toutes les branches de la chirurgie, il n'en est pas qui admette de plus grands progrès que la chirurgie de l'abdomen. L'extirpation de l'hydropisie enkystée de l'ovaire simple ou squirrheux deviendra une opération d'un usage général. » En effet, en 1825, Lizars (d'Édimbourg) publia quatre ovariotomies pratiquées par lui. Dans la première observation, il y avait eu erreur de diagnostic, il ne trouva pas de tumeur : la malade se rétablit; dans la deuxième, il ne put enlever qu'un des ovaires, qui étaient tous deux malades : l'opérée se rétablit aussi; dans la troisième, une tumeur volumineuse fut enlevée : la malade succomba ; dans la quatrième, les adhérences rendirent l'extirpation impossible : la malade guérit.

A la même époque, Granville fit des tentatives malheureuses.

En 1835, Jeaffreson, de Framlingham (Suffolk), pratiqua une opération plus encourageante. Par une incision d'un pouce et demi, combinée avec la ponction, il fit l'extirpation d'un kyste multiloculaire avec un plein succès. Il fut regardé par quelques-uns comme l'inventeur du procédé de l'incision courte, quoique Natham Smith eût pratiqué déjà l'opération de la même manière.

Les Anglais avaient pourtant continué à témoigner de l'éloignement pour cette opération, lorsque deux habiles chirurgiens, Charles Clay (de Manchester) (12 septembre 1862) et Henri Walne (de Londres) (6 novembre 1842), lui imprimèrent, par leurs tentatives hardies et leurs remarquables succès, une impulsion nouvelle. Leurs opérations et celles des hommes aussi convaincus qu'intrépides qui les suivirent dans cette voie, soulevèrent de vives critiques ; mais si la manière dont elles furent accueillies devint plus d'une fois pour leurs auteurs la cause de tristes déceptions et même de découragement, elles n'en décidèrent pas moins, après plus de quinze ans de lutte, le triomphe de la méthode.

Il serait trop long de faire l'histoire de cette période militante de l'ovariotomie, mais il est facile de s'en faire une idée par les témoignages que des chirurgiens considérables ont donnés, à diverses époques, de leur éloignement pour cette opération. Sans parler des hommes détournés naturellement par leur âge des innovations que la témérité semble caractériser, ou de ceux que leur défaut d'habitude des opérations

(1) *Mémoires de la Société royale de médecine*, 1782, p. 296. Paris, 1787.

praticables spécialement sur les organes sexuels de la femme doit tenir dans une incertitude défavorable à l'approbation de l'ovariotomie, il est aisé de citer des autorités qui, même jusqu'à ce jour, ont refusé de l'admettre dans le domaine de l'art.

Ainsi, en 1850, M. Robert Lee (1) donna une analyse, ou plutôt un tableau statistique de 162 cas d'ovariotomie pratiqués dans la Grande-Bretagne, duquel il ressort que dans 160 cas, dont 19 ont été mortels, l'ovaire malade n'a pu être enlevé par l'opération, qui est restée incomplète; que des 102 cas restants, 42 se sont terminés par la mort, et qu'on ne connaît qu'imparfaitement l'état de santé actuel des 60 malades guéries. « Il est démontré, dit-il, que dans le tiers environ du nombre total, avant d'ouvrir le péritoine, il est impossible de dire s'il y a une maladie de l'ovaire, ou, en admettant qu'il existe un kyste ou une tumeur ovarique, de dire si son extirpation est praticable. » On devine quelle est la conclusion de M. Robert Lee relativement à l'opportunité d'une entreprise chirurgicale qui serait, d'après lui, aussi hasardeuse.

En 1858, Charles West (2) conclut, d'une longue discussion portant sur 292 cas, que les chances d'achever l'opération sont de deux contre une, et que si l'opération est menée à bonne fin, elles sont presque égales pour la mort ou le salut de la malade. « Trois raisons, ajoute-t-il, la grande mortalité que l'expérience et la dextérité n'ont pu parvenir à diminuer; le hasard inhérent à ces cas, même quand l'opération est spécialement indiquée ; enfin, l'extrême incertitude dans laquelle on se trouve, même dans les cas les plus favorables, relativement à des résultats probables, ont principalement contribué à former mon opinion, qu'en général l'essai de l'ovariotomie ne doit pas être tenté. »

Par contre, dès 1846, Simpson (3), sans jamais l'avoir pratiquée, justifiait l'ovariotomie de ces reproches, réfutait les objections qu'on lui adressait, et la déclarait praticable au même titre que toute autre grande opération. Depuis lors, il ne s'est pas contenté d'être favorable à l'ovariotomie et de lui accorder l'appui de son opinion; il vient de l'encourager encore de son exemple. Il l'a pratiquée pour la première fois, au mois de juin 1863. Le succès qu'il a obtenu justifie son approbation, et nous donne de nouveaux motifs d'espérer dans l'avenir de cette opération. J'y reviendrai, en vous parlant des suites de l'ovariotomie, et notamment de celles que j'ai constatées à Édimbourg.

On peut remarquer aussi qu'à Londres, des chirurgiens étrangers à ce genre particulier d'opérations n'ont pas craint de l'aborder, et de lui donner non-seulement l'appui de leur parole, mais celui de leur exemple. Ainsi, dans le tableau analytique de Robert Lee et dans les tables statistiques de John Clay, on trouve, parmi les noms des chirurgiens qui ont pratiqué l'ovariotomie, ceux de César Hawkins, de Paget, d'Erichsen, de Bird, de Dickson, d'Hutchinson, de Tanner, d'Astonkey, de Philips, de Fergusson, etc.

Ce dernier s'est même exprimé à ce sujet dans les termes suivants : « Mon expérience personnelle dans l'ovariotomie est comparativement restreinte. Cependant, malgré les préventions que ma première éducation m'a données contre elle, je me sens disposé à reconnaître que l'extirpation d'une maladie aussi formidable, par l'un ou l'autre des divers procédés exécutés pour la première fois dans ce pays par M. Lizars, et pratiqués depuis par le docteur Clay, le docteur F. Bird, M. J. B. Brown, M. Walne et autres, est non-seulement justifiable, mais en réalité, dans les cas heureusement choisis, une admirable opération (4). »

Je ne prétends pas, mon cher ami, vous présenter ici une esquisse historique de cette opération ; j'ai rappelé quelques citations, pour vous donner seulement une idée de la lutte qui a longtemps régné entre les partisans de l'ovariotomie et les chirurgiens dont l'opinion était défavorable à son introduction. Les documents précédents peuvent vous mettre à même de juger l'état actuel de la question, ou plutôt celui dans lequel elle se trouvait avant ces dernières années, qui lui ont fait gagner beaucoup de terrain, même abstraction faite de son importation en France.

Si je voulais faire la simple énumération de tous ceux qui ont pratiqué l'ovariotomie en Amérique, en Angleterre et en Allemagne (1), il me faudrait dresser de longues listes dont la lecture offrirait d'ailleurs un médiocre intérêt. Je me borne à constater qu'elle a été souvent pratiquée dans ces pays, tandis qu'elle était restée inconnue ou repoussée en France. Il faut même convenir avec modestie que nous étions d'une prudence à nous faire passer pour rétrogrades, et que nous aurions été hommes à engager l'avenir dans la voie des timidités en marchant sur les traces de notre trop sage Boyer, si Cazeaux, homme pourtant bien prudent, n'eût fait appel à l'expérience de cette sorte d'ostracisme, et n'eût réservé la question pour l'examen de l'avenir, dans la discussion académique de 1856.

Du reste, vous trouverez tous ces noms, avec les documents qui vous intéresseront, au sujet de chaque opération, de l'âge de la malade, de la nature du kyste, du procédé opératoire, de la terminaison heureuse ou funeste, non-seulement dans le mémoire de Lee, déjà cité, mais surtout dans l'appendice que John Clay, de Birmingham (le neveu du docteur Clay, de Manchester), a ajouté à sa traduction de Kiwisch (2).

En France, quelques travaux intéressants peuvent être consultés avec fruit. Je citerai en première ligne celui de M. Jules Worms, qui a paru d'abord dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (3) ; celui du docteur Ollier, qui a paru dans la GAZETTE MÉDICALE DE LYON (4) ; celui de Labalbary, qui retrace surtout la pratique de Backer Brown (5) ; celui de M. Gentilhomme, dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (6), etc., sans compter les observations déjà publiées et les préceptes donnés par M. Nélaton et par ceux qui l'ont suivi dans la voie qu'il a ouverte.

Mais je veux parler seulement de ce que j'ai vu, et j'y reviens. Je regrette de n'avoir pu me rendre auprès du docteur Clay (de Manchester), celui de tous les chirurgiens qui a pratiqué le plus souvent l'ovariotomie. Heureusement, j'ai rencontré les hommes qui ont marché presque les premiers sur les traces de Mac Dowell et de Lizars. J'ai vu ceux qui, sur les encourageantes assurances physiologiques de Blundell, ont repris l'opération en 1842 et 1843, avec une conviction qui, tout en produisant un heureux effet, ne suffit pas alors pour faire accepter leurs tentatives. Je puis vous parler de ces hommes et de quelques-unes de leurs malades qui ont ét suivies jusqu'à ce jour. Enfin, après cette génération, qui n'a pu parvenir à faire pénétrer l'ovariotomie dans la classe des opérations acceptées, j'ai vu le succès d'une génération nouvelle qui a repris les mêmes tentatives avec autant de courage que son aînée, et cette fois avec un succès dont le caractère paraît devoir être plus décisif.

H. Walne fit sa première opération le 6 novembre 1842. Il publia ses trois premiers cas suivis de réussite en 1843 (7), un quatrième suivi de mort, en 1844, dans le LONDON MEDICAL

(1) *Medico-Chirurgical Transactions*, t. XXXIV, p. 10. London, 1851.
(2) *Lectures of the Diseases of Women*, p. 581 et suiv., 2ᵉ édit. London, 1858.
(3) Voy. *The Obstetric Memoirs and Contributions*, of James Y. Simpson, t. I, p. 263 et suiv. Edinburgh, 1855.
(4) Fergusson, *A System of Practical Surgery*, 3ᵉ édit., p. 792.

(1) Les Allemands ont été particulièrement malheureux dans leurs tentatives d'ovariotomie, bien que Dieffenbach, Kiwisch, Hoyfelder, Siebold, Scanzoni, Langenbeck, l'aient pratiquée ; il résulte d'un relevé de Simon, que sur 61 opérations on n'a compté que 12 guérisons radicales. (J. Worms, *De l'extirpation des kystes de l'ovaire*, p. 8. Paris, 1860.)
(2) *Diseases of the Ovaries*. London, 1860.
(3) *De l'extirpation des kystes de l'ovaire*. Paris, 1860.
(4) *De l'ovariotomie*. Paris, 1862.
(5) *Des kystes de l'ovaire, ou de l'hydrovarie et de l'ovariotomie*. Paris, 1862.
(6) *Essai sur l'ovariotomie* (*Gaz. méd. de Paris*, 1862, p. 529 et suiv.).
(7) *Cases of Dropsical Ovaria removed by the Large Abdominal Section*. London, 1843.

Gazette. Je n'ai pu savoir si tous les autres avaient été publiés. Il opérait par la grande section, comme l'indique le titre même de son mémoire, dans lequel on voit la figure d'un ovaire de deux pieds dix pouces de circonférence, extirpé tout entier, le kyste avec son contenu, par une longue incision de quatorze à quinze pouces. Il liait séparément les artères du pédicule, puis il opérait la constriction par une ligature simple ou double, et la laissait habituellement dans la cavité abdominale.

M. Lane commença ses opérations au mois de novembre 1843. Il en a fait dix, et il a eu huit succès. Les règles qu'il a suivies, d'après les renseignements qu'il a eu l'obligeance de me donner, sont les suivantes : incision petite; ponction du kyste avec un trocart à canule, muni d'un tube flexible pour faciliter l'évacuation du contenu; transfixion et constriction du pédicule par une ligature double; moignon du pédicule rejeté dans le bassin, sa ligature placée et maintenue dans l'angle inférieur de la plaie, jusqu'au moment où elle se détache par le travail ulcératif naturel; réunion de la plaie abdominale par des fils de soie à un pouce de distance l'un de l'autre, arrivant jusqu'au péritoine sans le traverser, ôtés du cinquième au dixième jour.

Chez sa première opérée, il s'établit une telle suppuration autour du pédicule et de sa ligature, qu'il en sortit environ un demi-litre de pus par jour, pendant quatorze jours. Néanmoins la malade a guéri ; elle a eu depuis lors six enfants et a joui jusqu'à ce jour d'une bonne santé. — Ordinairement, il ne se produit qu'une petite quantité de pus, sans péritonite. La ligature du pédicule tombe au bout de trois à six semaines.

M. Lane pense, d'après les résultats de sa propre pratique, que sur cinq opérations on doit avoir quatre succès. La tranquillité est le premier des soins. Presque toutes les malades ont eu un commencement de péritonite, gonflement du ventre, hoquet, vomissements. Chez trois des malades sauvées, une saignée de huit onces a été faite le deuxième jour de l'opération. Les deux malades qui ont succombé sont mortes de péritonite le troisième jour; M. Lane regrette de ne les avoir pas saignées. Ordinairement il n'applique pas de sangsues. Dans les cas de péritonite traitée au début par la saignée, il a administré ensuite l'opium à faibles doses et 2 grains de calomel toutes les quatre heures. Du reste, on trouve un exposé des principales circonstances de ces cas dans les tableaux statistiques de Clay, à la suite de sa traduction de Kiwisch.

Après ces deux opérateurs que j'ai signalés en première ligne comme initiateurs de l'ovariotomie en Angleterre, et notamment à Londres, non-seulement parce que la date de leurs opérations le prouve, mais parce qu'on m'a paru les avoir un peu oubliés dans le mouvement que la discussion de cette importante opération a soulevé ces dernières années, on peut nommer parmi ceux qui les ont suivis de plus près, qui ont le plus opéré, et qui ont par conséquent le plus contribué à préparer le triomphe de l'ovariotomie et notre jugement définitif sur cette opération, le docteur Bird, Hutchinson, et surtout M. Backer Brown, dont la première opération remonte à 1851.

Depuis cette époque jusqu'au mois d'avril 1862, M. Backer Brown a pratiqué 42 opérations dont il a donné l'histoire détaillée, accompagnée d'un tableau de statistique (1). Il résulte de ce tableau que de 42 opérées, 22 ont été sauvées; mais il est remarquable que la proportion des succès augmente à mesure qu'on se rapproche davantage des dernières années, et je ne doute pas que cette proportion ne soit plus favorable encore à l'opération pour les derniers cas qui se sont présentés pendant l'année qui vient de suivre la publication de son livre. Je vous ai raconté l'opération que je l'ai vu pratiquer à *London Surgical Home*, et j'ai été heureux de constater que, malgré les accidents qui l'ont compliquée et la gravité des divers temps, la malade était, le huitième jour, dans un état de santé satisfaisant et de nature à faire espérer une guérison définitive.

(1) *On Ovarian Dropsy, its Nature, Diagnosis and Treatment.* London, 1862.

M. Spencer Wells (1) a fait sa première opération au commencement de l'année 1858. Depuis cette époque jusqu'au moment de mon départ (juillet 1863), il n'en a pas pratiqué moins de 70, sur lesquelles il compte 22 décès. Mais si nous décomposons ce nombre total, nous remarquons que sur les 50 premières opérations consignées sur un tableau publié par M. Spencer Wells à la fin de 1862, il y a 33 guérisons et 17 morts; tandis que sur les 20 dernières opérations pratiquées dans les six premiers mois de l'année 1863, il y a 15 guérisons et seulement 5 morts, c'est-à-dire que la proportion des guérisons augmente d'une manière si sensible, qu'aujourd'hui on peut dire que ce chirurgien sauve 3 opérées sur 4, ou 75 pour 100.

M. Tyler Smith (2) n'a commencé à opérer qu'à la fin de 1860. Son adhésion à l'ovariotomie provient, dit-il, des continuelles déceptions que lui ont données les résultats des autres méthodes de traitement durant vingt ans de pratique privée et hospitalière. Les beaux succès qu'il a obtenus dans cette courte période ne lui donnent pas sujet de s'en repentir, car, en comptant l'observation que j'ai rapportée ci-dessus, il a pratiqué en tout 17 opérations, dans lesquelles il compte 14 guérisons et 3 morts ; c'est-à-dire qu'il a sauvé plus de 4 opérées sur 5, ou un peu plus de 82 pour 100. Il attribue ce beau succès aux soins qu'il met à saisir les vraies indications de l'ovariotomie, à opérer surtout des cas simples ou des tumeurs d'un moyen volume et, autant que possible, n'ayant pas subi de ponction antérieurement à l'extirpation.

Je vous ai dit qu'à Édimbourg j'ai vu la première opérée de M. Simpson, et que je l'ai trouvée guérie.

Le docteur Thomas Keith (3), que j'ai rencontré chez M. Simpson, a pratiqué, depuis huit mois, 5 ovariotomies : il a obtenu 4 guérisons et n'a perdu qu'une malade. Chez cette dernière, le kyste était énorme, il pesait 63 livres 9 onces. La malade, très-affaiblie et excessivement maigre, succomba subitement dans le courant du premier jour, au moment où la garde fit l'imprudence de la lever sur son séant, probablement par affaissement (*exhaustion*), car on constata à l'autopsie, avec l'intégrité du pédicule, l'absence d'hémorrhagie ou de toute autre cause de mort. J'ai vu une des opérées guéries par le même chirurgien : sa santé était parfaite et lui permettait de vaquer à tous les soins du ménage; la cicatrice, très-ferme, présentait seulement une petite tumeur formée par l'issue de l'intestin sous la peau au moment des efforts, et facilement contenue par un bandage simple.

Le jour de mon arrivée à Londres, j'avais vu une autre malade récemment opérée par M. Spencer Wells, et je l'avais trouvée dans un état de santé très-satisfaisant.

Enfin, vous savez qu'en France, dans le mouvement qui s'est produit en faveur de l'ovariotomie depuis dix-huit mois, le premier succès a été obtenu le 2 juin 1862 par M. Kœberlé (de Strasbourg). Depuis ce jour jusqu'à aujourd'hui, 8 opérations ont été pratiquées par le même chirurgien, qui a obtenu 6 succès et n'a perdu que 2 malades : sa cinquième opérée, morte d'hémorrhagie pulmonaire au quatrième jour, et la septième, d'une simple tympanite au huitième jour (4). Je vous ferai observer en passant que, dans sa sixième opération, couronnée de succès, il a même extirpé la portion sus-vaginale, c'est-à-dire le corps entier de l'utérus, ce qui m'amènera à vous parler plus tard d'un autre ordre d'opérations : l'extirpation des tumeurs fibreuses utérines pédiculées ou saillantes dans l'abdomen, auxquelles l'ovariotomie a ouvert la voie. Je reviendrai aussi sur ce qu'il y a de particulier dans les procédés opératoires de M. Kœberlé.

(1) *On the Treatment of large Ovarian Cysts and Tumours,* reprinted from *the British Medical Journal.* London, 1862. — *Table of Cases to accompany M. Spencer Wells Paper on the History of Ovariotomy in Great-Britain.* London, Diction., 1862.

(2) *Transactions of the Obstetrical Society,* t. III, p. 41. London, 1862.

(3) *Cases of Ovariotomy,* reprinted from *the Edinburgh Medical Journal,* 1862-1863.

(4) Communication particulière de M. Kœberlé.

Voilà donc où nous en sommes aujourd'hui en fait de statistiques de l'ovariotomie. Ces résultats doivent servir de bases à nos appréciations actuelles, de préférence à ceux qui sont consignés dans les relevés de R. Lee, de Fock, de J. Clay, etc., où le chiffre supérieur de la mortalité s'explique aisément par les erreurs de diagnostic et par l'imperfection relative des procédés opératoires, antérieurement à ces dernières années. On peut donc aujourd'hui, avec plus d'autorité encore que M. Simpson n'avait pu le faire précédemment (1), assurer que la mortalité à la suite de l'ovariotomie est moindre que la mortalité à la suite de la désarticulation de la hanche, des amputations de la cuisse ou du bras, de la ligature de l'artère sous-clavière, de la lithotomie chez l'adulte, de la hernie étranglée, et de toutes les opérations légitimement admises dans la pratique chirurgicale. Cette conclusion est d'autant plus rigoureuse, que la maladie pour laquelle on entreprend l'extirpation de l'ovaire est une maladie mortelle de sa nature, et habituellement incurable par d'autres moyens, sauf un petit nombre d'exceptions.

Le moment est venu de jeter un dernier coup d'œil sur les objections que l'on a élevées contre cette opération, et de préciser les indications qui autorisent à la tenter.

A vrai dire, mon cher ami, les objections ont été plutôt déclamatoires que positives. On n'a pris la peine, ni de comparer les résultats de l'ovariotomie à ceux des grandes et dangereuses opérations, ni ne discuter sérieusement les vraies causes de ses dangers. Pourtant il y a quelque chose de spécieux dans la manière dont la question a été traitée; il y a même jusqu'à un certain point quelque chose de fondé (ou du moins d'autorisé par des comparaisons imparfaites) dans nos préjugés à cet égard, et dans les terreurs, qualifiées de paradoxales par les ovariotomistes, que les plaies de l'abdomen et l'ouverture du péritoine nous inspirent.

Pour ce qui est de la comparaison de l'ovariotomie avec les grandes opérations, nous avons vu, sans avoir besoin de mettre en regard des statistiques gravées dans l'esprit de tous les chirurgiens, que l'ovariotomie, telle qu'elle est pratiquée et qu'elle réussit dans ces dernières années, donne moins de mortalité que l'opération de la hernie étranglée, de la lithotomie chez l'adulte, de la ligature de la sous-clavière, des amputations de la cuisse, etc., c'est-à-dire de toutes les grandes opérations chirurgicales indiquées et pratiquées journellement pour des lésions incurables, chez des sujets dont elles sont la seule chance de salut.

La comparaison ne serait pas acceptable si les tumeurs de l'ovaire étaient curables par des opérations moins périlleuses. Mais nous verrons bientôt que, sauf un petit nombre d'exceptions qu'on peut dérober à l'ovariotomie par des essais préalables, et pour lesquelles il est de règle de faire des tentatives de ponctions ou des injections iodées, les kystes de l'ovaire, surtout les kystes multiloculaires et ceux qui se compliquent de tumeurs, sont nécessairement mortels, dans un temps variable, mais relativement assez court; que l'époque de la mort est avancée plutôt que retardée par les ponctions et les injections iodées; que l'extirpation est la seule chance de salut des malades.

Cette élimination, ces tentatives préalables et la constatation de la léthalité de la lésion, mettent dès lors les kystes pour lesquels l'extirpation est indiquée au même rang que les maladies qui réclament quelqu'une des grandes opérations chirurgicales dont nous avons parlé, et l'ovariotomie elle-même au même rang que ces opérations. Les unes et les autres sont également indiquées, sous peine de voir succomber les malades; elles sont l'unique recours contre la mort. L'ovariotomie est donc admissible au même titre que les autres, si elle donne des résultats aussi satisfaisants.

La plus grande objection qu'on ait faite à l'ovariotomie est celle de la nécessité d'ouvrir largement le péritoine. Mais c'est un préjugé de croire que les plaies étendues de cette membrane soient nécessairement fatales.

Blundell, célèbre médecin anglais que j'ai déjà cité, s'est efforcé de démontrer, il y a plus de quarante ans, dans un petit mémoire imprimé dans ses *Physiological Researches*, que le danger de la péritonite consécutive aux lésions locales du péritoine a été exagéré, et il en appelait à la postérité de l'opinion contraire de ses contemporains. Il est certain que la postérité a répondu à son appel. Quand on pense aux grandes plaies faites par Mac Dowell, Walne, Clay et plusieurs autres, pour permettre à des tumeurs volumineuses d'être extraites de la cavité abdominale sans avoir été préalablement ponctionnées, on ne peut douter de la tolérance relative du péritoine pour les longues incisions. Il est vrai qu'on regarde comme un progrès la réduction de l'incision aux plus petites dimensions possibles; mais l'incision elle-même, quelles que soient ses dimensions, ne paraît pas avoir une influence directe sur le développement de la péritonite.

Du développement de la péritonite à la suite de l'opération de la hernie étranglée et des autres opérations dans lesquelles on a été amené à ouvrir le péritoine par suite d'inflammations traumatiques ou viscérales, on avait argué contre l'ouverture de cette séreuse pour aller à la recherche des kystes de l'ovaire. Mais l'expérience prouve que l'on avait jusqu'ici mal jugé ou imparfaitement déterminé les causes de la péritonite et les conditions de la léthalité dans ces divers cas. D'après les succès obtenus dans les dernières ovariotomies, il semble que la cause de la péritonite est moins l'ouverture du péritoine que l'inflammation commençante de cette membrane sous l'influence d'un traumatisme antérieur ou de l'extension progressive d'une inflammation viscérale, ou de la présence d'un corps étranger, surtout du pus, à sa surface.

On n'a pas remarqué, en effet, que, dans les cas de traumatisme, de plaie abdominale, surtout avec plaie des intestins, accompagnés souvent d'épanchements de matières, d'étranglement confirmé par la crainte de débrider, d'hémorrhagies, d'inflammation viscérale, etc., les conditions sont loin d'être les mêmes que dans les cas d'incision peu étendue d'un péritoine relativement sain et d'ablation d'une tumeur jouant, relativement à cette séreuse, le rôle de corps étranger. On n'a pas remarqué que, dans les cas de hernie étranglée, lorsqu'on n'opère pas dans les premières heures, l'inflammation s'est déjà développée dans les tuniques de l'intestin, y compris la séreuse; que les tentatives infructueuses, et d'autant plus laborieuses, de réduction, ont ajouté l'influence du traumatisme à celle de l'étranglement; que cette inflammation revêt rapidement le caractère gangréneux; que la funeste habitude de provoquer par des purgatifs les contractions intestinales tend à la propager au lieu de l'amoindrir; que les plus grandes chances de succès, dans ces cas, sont de prévenir le développement de l'inflammation, avant et après l'opération, par des applications de glace, d'opérer de bonne heure, d'éteindre enfin, par l'administration de l'opium et la diète absolue, la sensibilité et la contractilité de l'intestin pendant les premiers jours. On n'a pas remarqué enfin que, dans les cas de rupture d'un kyste, d'épanchements sanguins, ou de formations purulentes rapides dans le péritoine, le danger tient précisément à la production de ces corps étrangers, à leur contact, et au développement ou à la propagation de la purulence déterminés par leur action soudaine, irritante et continue, sur la séreuse.

La preuve qu'il en est ainsi, c'est que, dans les cas où la nature, au lieu de tendre vers la résolution de ces inflamma-

(1) Déjà M. Simpson avait fait remarquer, contre l'opinion précédemment citée de West et de tous ceux qui prétendent que l'opération est aussi fatale aujourd'hui qu'elle l'était dans le principe, que le docteur Atlee compte :

Dans les 101 premières opérations, 1 mort sur 2 25/38, et dans les 78 dernières, seulement 1 mort sur 3 5/7.

En Angleterre, le docteur Clay compte :

Dans les 20 premières opérations, 1 mort sur 2 1/2.
Dans les 20 secondes opérations, 1 mort sur 3 1/3.
Dans les 20 dernières, 1 mort sur 4 1/4.

tions, de ces tumeurs sanguines ou de ces épanchements purulents, semble tendre au contraire à leur augmentation, un moyen qui a réussi à prévenir l'extension de la péritonite et à faciliter sa résolution dans les parties où elle s'était allumée, c'est l'évacuation du liquide étranger, notamment par le vagin, à l'aide d'une ponction dans le cul-de-sac utéro-rectal.

Je trouve, dans mes observations, deux exemples de l'efficacité de ces manœuvres à la suite de l'ovariotomie, et par suite de nouvelles preuves des véritables causes de la péritonite, de celles contre lesquelles il importe de se tenir armé, plutôt que d'accuser les incisions, dont l'innocuité relative est mise ainsi dans une nouvelle lumière.

La quatrième malade opérée par M. Keith, à Édimbourg, le 31 mars 1863, mademoiselle H..., âgée de vingt-sept ans, portait un kyste multiloculaire, volumineux, développé depuis trois ou quatre ans, pesant plus de cent vingt livres. Le ventre mesurait trente-sept pouces du cartilage ensiforme au pubis; il avait cinquante-deux pouces de tour au niveau de la pointe du sternum, et soixante-deux au niveau de l'ombilic, qui arrivait jusqu'aux genoux. La malade était très-maigre, très-faible, dans un état d'émaciation complète. L'opération fut difficile; elle dura si longtemps, que la malade dut rester chloroformisée pendant deux heures. L'incision abdominale fut de seize pouces. Il y avait des adhérences avec la paroi abdominale antérieure, l'épiploon et les fosses iliaques internes; heureusement il n'y en avait pas avec l'intestin. Il n'y eut pas à faire de ligature. Plusieurs ponctions (cinq ou sept) furent successivement pratiquées pour vider les poches, et, malgré cela, il restait à extraire une masse énorme composée de petits kystes, ce qui justifia les dimensions de la section abdominale. La suture entortillée fut appliquée à la plaie et le clamp au pédicule, comme toujours. Le clamp tomba le douzième jour; le pédicule fut touché avec le perchlorure de fer. Après la chute du clamp, il se développa une péritonite, avec un commencement d'épanchement dans le péritoine pelvien et la menace d'un danger prochain.

Le seizième jour, M. Keith fit une *ponction vaginale dans le cul-de-sac utéro-rectal;* cette petite opération amena immédiatement l'évacuation d'un liquide fétide, et consécutivement la cessation de tous les accidents. La malade fut rétablie en six semaines.

La quatrième opération d'ovariotomie de M. Kœberlé (de Strasbourg) (1) a été pratiquée sur une jeune fille âgée de vingt-trois ans, dont la tumeur ovarique, multiloculaire, avait été ponctionnée plusieurs fois, à des intervalles de plus en plus rapprochés. La guérison, qui pouvait être considérée comme complète le dixième jour, a été entravée par une hémorrhagie consécutive, à la fois interne et externe, de l'artère ovarique, survenue au douzième jour, par suite de la traction subie par le pédicule qui était fixé dans l'angle inférieur de la cicatrice. L'hémorrhagie, arrêtée pendant un jour et demi par une compression méthodique, s'est reproduite, en même temps qu'il est survenu des symptômes de péritonite. « Alors, dit M. Kœberlé, je n'ai plus hésité : *j'ai déchiré la partie inférieure de la cicatrice;* j'ai mis en liberté le pédicule, dont l'artère ovarique a été saisie et maintenue dans une pince laissée à demeure, et *j'ai extrait de la cavité abdominale les caillots qui répandaient une odeur ammoniacale prononcée.* Dès le vingt-quatrième jour l'opérée se levait, et le trente-deuxième jour (le 20 janvier) elle pouvait être considérée comme étant complétement guérie.

» L'hémorrhagie et les accidents consécutifs n'ont retardé que de quelques jours la guérison parfaite. »

Il m'a paru, mon cher ami, qu'il n'était pas inopportun de citer ces exemples pour arrêter nos idées sur les véritables causes de la péritonite à la suite des plaies abdominales pénétrantes.

Ne vous semble-t-il pas résulter de ces faits, que la plaie elle-même a peu d'influence sur son développement, tandis qu'il n'en est pas de même du corps étranger, surtout s'il est volumineux, liquide, se répandant par suite sur divers points, malaisé à enkyster, tel que le sang; par-dessus tout d'une multiplication facile, tel que le pus, qui engendre si aisément le pus; enfin que l'inflammation déjà développée, que son extension, que celle de la suppuration ou de tel autre acte morbide, sont, comme la présence des corps étrangers, des conditions éminemment favorables au développement de cette terrible inflammation de la séreuse abdominale? Je ne crains pas de me tromper en concluant de l'examen des observations, que ce sont là les plus puissantes et les vraies conditions, sinon les seules, du développement de la péritonite.

A ce point de vue, il y a des procédés opératoires de l'ovariotomie difficiles d'abord à comprendre, mais dont on s'explique aisément le succès, analogue, quoique inégal, et dont on s'explique pareillement les diverses péripéties, en tenant compte des considérations précédentes, et en réformant petit à petit, à la lumière des faits, nos opinions sur les conditions réelles de l'apparition de la péritonite. Ainsi, vous vous rappelez que M. Lane, qui a obtenu d'assez beaux succès, puisqu'il a sauvé huit malades sur dix opérées, fait la ligature du pédicule, qu'il laisse retomber dans le bassin, tandis que le fil de la ligature passe dans l'angle inférieur de la plaie et est retenu au dehors.

J'ai vu pratiquer de la même façon, par M. Backer Brown, la ligature de l'un des deux ovaires qui furent extirpés simultanément sur une femme, dont le rétablissement est probable, d'après ce que j'ai déjà raconté. Or, vous vous rappelez que M. Lane reconnaît avoir observé chez presque toutes ses malades un commencement de péritonite, et la sortie le long du fil, par l'angle inférieur de la plaie, d'une quantité de pus habituellement médiocre, exceptionnellement considérable. N'est-il pas probable que le commencement de péritonite a pour conséquence l'adhérence des surfaces qui se trouvent en contact, comme pour les lèvres mêmes de la plaie, et la formation, le long du fil, d'un canal adventif qui isole ce corps étranger du reste de la séreuse, et qui permet au pus de s'écouler au dehors sans déterminer l'extension de la pyogénie et de l'inflammation au reste de la séreuse, jusqu'au moment de la chute de la ligature?

Vous vous rappelez que M. Tyler Smith, qui a obtenu des succès plus remarquables, puisque sur dix-sept malades il en a sauvé quatorze, fait également la ligature du pédicule, mais qu'il coupe les fils au ras du nœud, et qu'il rejette le pédicule avec la ligature dans le bassin. Chez une de ses malades, morte après quelques semaines d'une maladie aiguë de poitrine, et sans aucun accident du côté de l'abdomen, il a eu l'occasion de vérifier, par l'autopsie, l'état du pédicule, de la ligature et de la surface séreuse voisine à la suite de la guérison. Il a trouvé simplement le moignon du pédicule et l'anse du fil entourés ensemble par des adhérences qui les unissaient à la portion voisine de la séreuse et les isolaient du reste de la cavité péritonéale. Il en est certainement de même des autres ligatures perdues, comme celles que je vous ai dit avoir vu appliquer sur trois vaisseaux de l'épiploon pour prévenir l'hémorrhagie, et qui ne peuvent manquer de s'enkyster d'abord, en supposant qu'elles puissent être résorbées plus tard; ce qui est possible pour les ligatures de fil de fer ou d'argent, mais ce qu'il est assurément plus difficile d'admettre pour les ligatures de fil ou de soie dont se sert M. Tyler Smith.

Les opérateurs qui n'introduisent aucun corps étranger dans le péritoine ont plus de chances encore d'éviter la péritonite, à moins de déchirures, d'adhérences très-étendues, de tiraillements excessifs du pédicule, etc. Il résulte, en effet, des observations de M. Spencer Wells, que les causes les plus fréquentes de la mort sont la faiblesse, la phlébite, l'infection purulente, la fièvre pyohémique ou putride, tandis que la péritonite en est la cause la plus rare.

Ne vous paraît-il pas qu'on peut conclure de ce qui précède, que l'ouverture du péritoine n'est pas précisément la cause de

(1) Communication à l'Académie des sciences, 16 février 1863.

la péritonite; que cette membrane (pourvu qu'elle ne soit pas trop longtemps soumise à l'air, trop déchirée, trop exposée au contact des corps étrangers, du sang, du pus, etc., ou à la propagation d'actes morbides existant dans les organes qu'elle recouvre) possède des dispositions remarquables à supporter un traumatisme passager, et une tendance très-grande à borner par l'adhésion de ses surfaces, soit sa communication avec l'intérieur, soit l'influence du contact d'un corps étranger de petite dimension, et à prévenir, par conséquent, le développement de l'inflammation proprement dite sur toute son étendue; qu'enfin, en la mettant dans les conditions les plus semblables à celles que nous venons d'énumérer, on peut raisonnablement espérer de prévenir la péritonite, et qu'on ne peut plus faire, par conséquent, du développement nécessaire et fatal de cette inflammation une objection sérieuse ou irréfutable contre la pratique de l'ovariotomie?

Je crois, mon cher ami, que la réfutation de ces deux principales objections, la mortalité et la péritonite, entraîne avec elle la réfutation de toutes les autres.

En effet, on ne peut pas dire que l'opération n'est pas nécessaire, puisque, dans les cas où la ponction et l'injection iodée sont insuffisantes, elle est, comme nous le montrerons bientôt, la seule chance de salut pour les malades. On ne peut pas dire non plus que la condition des opérées n'est pas améliorée après l'extirpation, puisque l'on connaît aujourd'hui un grand nombre de femmes, comme celles dont nous avons précédemment cité les observations, qui peuvent vaquer à toutes leurs occupations comme elles le faisaient autrefois avant l'apparition et le développement de leur tumeur; puisque l'on en connaît même qui, à l'exemple de la malade de M. Lane, dont nous avons parlé, ont eu plusieurs enfants après leur rétablissement.

Peut-on objecter que la maladie est sujette à récidive? Elle l'est infiniment moins qu'aucune de celles pour lesquelles on pratique les grandes opérations, telles que calculs vésicaux, tumeurs cancéreuses, tubercules ou carie des os, etc. La récidive est impossible pour le côté malade; car l'ovaire ayant été enlevé tout entier, de nouveaux kystes ne peuvent pas se former dans le pédicule, qui ne renferme aucun des éléments d'un nouveau développement kystique. Elle est possible, tout au plus, pour l'ovaire de l'autre côté; mais, à cet égard, nous ferons deux remarques :

La première, c'est que, dans ce cas, on a pratiqué l'ovariotomie deux fois avec succès chez la même malade. Le docteur Atlee (de Philadelphie) a opéré avec succès une malade chez laquelle le docteur Clay avait extirpé avec un égal succès une tumeur ovarienne six ans auparavant. Une malade de M. Spencer Wells, âgée de quarante-deux ans, fut opérée par ce chirurgien en mai 1862, et une seconde fois pour l'autre ovaire en janvier 1863. Dans ce cas, l'opération n'a pas présenté de difficultés extraordinaires (1).

La deuxième, c'est que chaque fois qu'un ovaire malade est enlevé, l'autre ovaire doit être examiné avec soin; et que si l'on y découvre un commencement de productions kystiques, il est prudent de l'extirper en même temps que le premier, comme je l'ai vu faire à M. Backer Brown dans l'opération dont j'ai relaté plus haut l'observation.

Enfin, l'objection la plus grave peut-être c'est que le diagnostic de la maladie est quelquefois incertain, et que les conditions de la tumeur ne peuvent pas toujours être rigoureusement déterminées. Cette incertitude et ces difficultés entraînent des complications si graves dans l'exécution de l'opération, que, dans un certain nombre de cas, celle-ci n'a pas pu être terminée. Mais, outre que les éléments de diagnostic se sont multipliés en même temps que le nombre total des opérations, et notamment le nombre des opérations difficiles, s'est accru,

(1) *Société royale de médecine et de chirurgie*, 9 juin 1863. Voy. *The British Medical Journal*, 27 juin 1863.

outre que le diagnostic différentiel entre les tumeurs adhérentes et les tumeurs non adhérentes s'est perfectionné, il est aisé de comprendre que cette objection tombe devant la nécessité de ne pas entreprendre l'opération sans avoir préalablement déterminé l'absence d'adhérences, ou la probabilité de la facilité qu'on aura à les rompre lorsqu'on les rencontrera. Ainsi j'ai vu avec M. Simpson une jeune demoiselle de quinze ou seize ans atteinte d'un kyste multiloculaire qui s'élevait jusqu'à la partie supérieure de l'abdomen, et qui, après la ponction de plusieurs des kystes composants, ne se montrait susceptible d'aucune rétraction ni d'aucun déplacement. Il est évident que, dans ces circonstances, l'opération est contre-indiquée, et la maladie paraît inévitablement mortelle.

Mais ce sont des cas à rapporter aux contre-indications naturelles de l'ovariotomie. Heureusement ces cas sont rares relativement au grand nombre de kystes qui sont opérables. Je les rappellerai en énumérant les indications et les contre-indications de l'opération.

Agréez, etc. A. Courty.

III

CORRESPONDANCE.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Décoloration de la teinture d'iode par l'urine glycosique.

Monsieur et honoré maître,

C'est dans votre journal que j'ai lu et suivi avec le plus vif intérêt les nombreuses expériences qui ont été faites sur le curieux phénomène de l'absorption de la teinture d'iode par les urines. Les expériences qui vous sont personnelles (*Gaz. hebd.*, nos 17 et 18) serviront, je crois, à éclairer une étude où il y a encore beaucoup à faire. Si la note que je vous adresse vous paraît mériter l'attention de vos lecteurs, veuillez lui réserver une place dans la Gazette hebdomadaire.

Agréez, etc. Dannecy.

Le curieux phénomène signalé pour la première fois par MM. Trousseau et Dumontpallier de la décoloration de la teinture d'iode par les urines glycosiques devait tout naturellement préoccuper tous ceux qui s'occupent de chimie physiologique. Il résulte des travaux entrepris et publiés jusqu'à ce jour sur ce sujet, que l'acide urique, l'urée, et tous les sels organiques ou inorganiques sont tout aussi étrangers que la glycose à la production de ce phénomène. Préoccupé, comme mes devanciers, de la cause de ce phénomène, et voulant apporter à l'étude de cette question le faible tribut de mon travail, j'ajoutai l'essai par la teinture d'iode préparée au centième, c'est-à-dire un centigramme par centimètre cube, aux urines que j'avais journellement l'occasion d'examiner.

La *première observation* qui se présenta à mon expérimentation fut une urine glycosique d'une densité de 1,038, acide, d'une couleur jaune bien franche et d'une parfaite limpidité: 50 centimètres cubes de cette urine, préalablement mélangée d'une petite quantité d'amidon, ont rendu immédiatement latent ou absorbé 3 centimètres cubes de teinture; la couleur bleue n'est restée persistante qu'après l'addition de 7 autres millimètres cubes.

Deuxième observation : urine d'un malade qui présentait quelques-uns des symptômes de l'albuminurie, qui m'avait été adressée comme devant renfermer de l'albumine. Cette urine, trouble au moment de l'émission, et que je n'ai pu obtenir limpide par des filtrations réitérées faites avec le plus grand soin, était sans action sur les couleurs bleue ou rouge du tournesol, d'une densité de 1,024, n'étant coagulée ni par la chaleur ni par l'acide azotique, qui n'a pas apporté le plus léger changement dans sa transparence, mais lui a communiqué une couleur rose très-manifeste qui a passé au brun foncé après une heure environ : 50 centimètres cubes de cette urine ont successivement absorbé 6 centimètres cubes de teinture d'iode sans déterminer l'apparition, même momentanée, de colora-

tion bleue. Ce n'est qu'après l'addition de 7 millimètres cubes que la couleur bleue est restée persistante.

Le *troisième échantillon* d'urine était complétement incolore, d'une odeur urineuse excessivement faible, que l'emploi de la chaleur n'a développé que faiblement, d'une densité égale à 1,005, faisant légèrement virer au violet le papier bleu de tournesol, sans action sur la liqueur de Fehling, ne se troublant ni par la chaleur, ni par l'acide azotique, qui n'apportait dans sa couleur que la plus légère modification, et qu'un contact prolongé n'a pas augmenté : 50 centimètres cubes de cette urine amidonnée et soumise à l'essai par la teinture d'iode n'ont rendu latents ou absorbé que 8 millimètres cubes de cette teinture.

La *quatrième expérience*, faite sur une urine jaune-paille. laissait apercevoir de nombreux flocons muqueux; réaction acide, densité 1,030, sans action sur la liqueur de Fehling, n'étant pas coagulée par la chaleur; s'est colorée fortement par l'acide azotique, qui n'apportait aucune modification dans sa transparence, d'une odeur urineuse très-forte, mais sans fétidité : 50 centimètres cubes de cette urine ont absorbé 7 centimètres cubes de teinture d'iode. Voulant rendre plus sensible et plus facilement appréciable la réaction de l'iode sur l'amidon, je traitai ces urines par du noir animal parfaitement lavé. Quel fut mon étonnement lorsque je constatai que la densité de cette urine était descendue à 1,026. Soumise de nouveau à l'essai par la teinture d'iode, elle n'a plus absorbé que 4 centimètres cubes de teinture; l'action de l'acide azotique sur sa couleur a été également beaucoup moins manifeste.

Trois autres échantillons d'urines soumis à la même expérimentation, et avec des propriétés absorbantes variées pour la teinture d'iode, ont présenté après la décoloration par le noir le même phénomène à des degrés différents.

De ce qui précède, et d'un grand nombre d'observations, résultat d'une longue pratique, qui ont souvent laissé l'esprit peu satisfait en présence de réactions dont les caractères mal définis ne permettaient pas de répondre affirmativement, il suit que, toutes choses égales d'ailleurs, les urines colorées, et ayant une densité supérieure à la densité normale, provenaient toutes de malades chez lesquels quelques symptômes faisaient soupçonner l'albuminurie ou la glycosurie. Le fait intéressant découvert par MM. Trousseau et Dumontpallier, de l'absorption de la teinture d'iode par les urines, ne viendrait-il pas combler une lacune, en mettant entre les mains du chimiste un réactif précieux pour découvrir et doser la quantité d'un principe qui pourrait bien être la matière colorante ou extractive de l'urine de Scherer, et justifier, en quelque sorte, l'importance que l'auteur semble lui attribuer, et qu'il considère comme étant le résultat de l'assimilation destructive des tissus fibrineux et albumineux.

A tort ou à raison, cette hypothèse une fois admise, il devenait intéressant de constater si les analogues de ces corps jouissaient de la même propriété; c'est alors que je tentai les expériences suivantes :

50 centimètres cubes de bouillon de restaurateur parfaitement odorant et appelé *consommé*, d'une densité de 1,016, amidonné, absorba 8 millimètres cubes de teinture d'iode avant de laisser apparaître la couleur bleue, qui ne devint persistante qu'après l'addition d'une nouvelle quantité de teinture d'iode.

50 centimètres cubes de bouillon de ménage préparé exprès pour l'expérience, d'une densité de 1,018, et amidonné, absorbèrent 12 millimètres cubes de teinture d'iode.

50 centimètres cubes de solution de gélatine à 2 pour 100, densité 1,004, et amidonnée, absorbèrent 8 millimètres cubes de teinture d'iode avant de laisser apparaître la couleur bleue, qui devint persistante après l'addition d'une seule goutte de teinture d'iode.

De nombreuses expériences sont encore à faire; si je me hâte de porter ce travail à peine ébauché à la connaissance de ceux qui s'occupent de cette question, c'est que je suis convaincu qu'entre les mains d'expérimentateurs plus habiles que moi, la chimie physiologique y trouvera un nouveau moyen d'investigation, et peut-être la pratique un moyen rapide pour arriver à un diagnostic. Dannecy.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 AOUT 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Pathologie. — *Note sur l'ophthalmie produite par le soufrage des vignes*, par M. *P. Bouisson*. — Depuis quelques années, dit M. Bouisson, l'opération agricole du soufrage des vignes dans le midi de la France nous a donné l'occasion d'observer un grand nombre d'ophthalmies. La plupart des travailleurs chargés de cette opération, qui se renouvelle depuis le mois d'avril jusqu'au mois d'août, à chaque invasion de l'oïdium, sont atteints d'une irritation oculaire plus ou moins intense. Certains sont obligés de renoncer à ce genre d'occupation.

L'ophthalmie produite par le soufrage des vignes, que pour abréger on pourrait nommer *ophthalmie des soufreurs*, rentre dans la catégorie des inflammations par cause externe; elle est généralement peu grave, et consiste dans une conjonctivite. Elle se distingue plutôt par sa cause que par la spécialité de ses caractères.

Les travailleurs atteints de cette affection ont les yeux rouges, larmoyants, tuméfiés. Ils éprouvent une douleur pongitive assez pénible, surtout pendant le milieu de la journée, lorsque la chaleur, la lumière et la réverbération sont intenses. Ils se plaignent de photophobie et d'irradiations douloureuses vers le front. Cette irritation s'apaise par le repos de la nuit et par des lavages à l'eau fraîche. Mais l'irritation se reproduit par la même cause, et l'accumulation des effets ne tarde pas à se traduire par une ophthalmie plus ou moins intense. Celle-ci se manifeste sous plusieurs formes.

1° La plus commune est l'inflammation de la caroncule lacrymale et du repli semi-lunaire de la conjonctive. L'examen de l'œil fait découvrir à son grand angle des particules sulfureuses masquées par du mucus, mais dans lesquelles l'examen microscopique fait retrouver les caractères du soufre sublimé ou trituré.

2° Une autre forme plus sérieuse est la conjonctivite proprement dite. Elle est ordinairement à forme aiguë, sans atteindre jamais le degré purulent. Il est très-rare qu'elle occasionne des taches kératiques ou d'autres désordres graves. Chez les sujets affectés de dyscrasie, elle prend une marche chronique, revêt surtout les caractères de l'ophthalmie tarsienne, et occasionne la lippitude et la chute des cils.

3° Une troisième forme d'irritation oculaire s'accompagne d'ecchymoses sous-conjonctivales.

Les moyens à opposer à l'ophthalmie des soufreurs sont prophylactiques ou curatifs.

Les premiers consistent surtout dans le choix des soufres, dans l'adoption de bons instruments, dans l'emploi de voiles ou de lunettes, et dans quelques pratiques hygiéniques après le soufrage.

Parmi les moyens récemment proposés pour le soufrage économique de la vigne, le mélange de soufre et de chaux s'est montré nuisible, et a rendu les ophthalmies plus fréquentes. Le soufre plâtré, au contraire, est mieux supporté par les yeux, mais il ne paraît pas exempt d'inconvénients pour les organes respiratoires.

Lorsque, malgré les précautions sus-indiquées, l'ophthalmie se produit, on la combat avec succès par les méthodes de traitement qui conviennent aux conjonctivites franches.

Physiologie. — *Recherches expérimentales sur l'absorption par le tégument externe*, note de M. *L. Parisot*, présentée par

M. Cl. Bernard. — L'auteur a choisi, pour ses expériences, des matières qui n'exercent aucune action chimique sur la peau; qui, normalement, ne font pas partie intégrante de nos humeurs; qui ne pussent être décomposées dans nos tissus, et dont la présence pût être décelée facilement dans les produits excrémentitiels : l'iodure de potassium, le cyanure jaune de potasse, le chlorate de potasse, le sulfate de fer, la belladone, la digitale et la rhubarbe.

Il les a expérimentées toutes sur lui-même : quelques-unes, telles que l'iodure de potassium et le chlorate de potasse, ont été employées en même temps sur de jeunes malades dont l'affection réclamait l'emploi de ces remèdes; leur peau était intacte, et la finesse des tissus devait être une condition favorable à l'imbibition. Les expériences ont été faites pendant les journées chaudes de l'été et de l'automne des années 1859, 1860 et 1861 : la température extérieure a oscillé entre 18 et 27 degrés centigrades; la température du bain n'a jamais été inférieure à 28 degrés, ni supérieure à 30 degrés. La durée des bains a été d'une heure à deux heures pour lui, et de trente minutes à une heure pour les enfants. Les baignoires étaient de bois et toujours recouvertes avec soin.

Les bains ont été administrés le matin et à jeun; les urines et la salive ont été constamment examinées avant chaque expérience; la même substance a été expérimentée pendant trois à huit jours de suite; chaque jour la salive et les urines étaient soumises aux réactifs propres à déceler la présence de la substance en dissolution; le même examen a été continué encore pendant huit jours après la cessation des bains.

M. Parisot croit pouvoir tirer de ses recherches les conclusions suivantes :

1° Les sels, comme l'iodure de potassium, le chlorate de potasse, le prussiate jaune de potasse, le sulfate de fer, ainsi que les matières colorantes de la rhubarbe en dissolution dans l'eau, ne sont aucunement absorbés par la peau, même après deux heures d'immersion; car, quelque soin qu'on apporte dans les recherches de ces diverses substances, on n'en peut rencontrer la moindre trace dans les urines et la salive par lesquelles elles sont ordinairement éliminées, et où on les retrouve constamment lorsqu'elles ont été introduites, même en quantité extrêmement faible, dans l'organisme.

2° Les matières toxiques végétales (digitaline et atropine) en dissolutions aqueuses ne sont nullement absorbées par la peau; car le séjour prolongé dans des bains qui renferment des doses considérables de ces matières ne donnent jamais naissance au plus léger symptôme d'empoisonnement. (*Comm.* : MM. Rayer, Cl. Bernard, Longet.)

Chirurgie. — M. *Blanchet*, médecin en chef de l'institution impériale des sourds-muets, a présenté à l'Académie des sciences un *Mémoire sur la possibilité de pratiquer le cathétérisme du duodénum et de la portion suivante de l'intestin grêle*, et sur l'utilité pratique de cette opération :

1° Pour aider ou provoquer l'expulsion de corps étrangers introduits dans l'estomac ou l'intestin.

2° Pour faire disparaître ou combattre certaines occlusions intestinales, et rétablir le cours des matières dans les voies digestives.

3° Pour établir le diagnostic de quelques affections de l'estomac, du pylore ou de l'intestin grêle, ou révéler la présence de corps étrangers.

4° Pour permettre d'introduire directement dans l'intestin des substances nutritives ou médicamenteuses, qui ne peuvent être tolérées par l'estomac, ou dont on veut étudier la modification, lorsqu'elles sont soustraites à l'action de cet organe.

5° Pour évacuer les gaz qui s'accumulent dans l'intestin.

Il donne à l'appui quatre observations relatives à cette opération. L'intérêt du sujet nous engage à les reproduire.

Observations. — La première observation se rapporte à un élève de l'institution impériale des sourds-muets, âgé de treize ans, qui avait avalé, le 29 mai 1862, un crayon d'ardoise (silicate de chaux) rugueux, taillé en pointe, de 9 centimètres de long. Cet enfant accusait des douleurs vives dans la région épigastrique, et il indiquait de la main cette région comme étant le lieu où le corps étranger s'était arrêté.

M. Blanchet eut alors recours au cathétérisme comme moyen de diagnostic et comme moyen thérapeutique. La sonde, introduite par la bouche, rencontra au niveau du cardia une résistance causée par la présence du corps étranger, qui, à l'aide d'une légère pression, fut précipité dans l'estomac. Les douleurs continuant à être très-vives, et ne voyant pas la possibilité d'obtenir la dissolution de ce corps, il restait ou à pratiquer la gastrotomie, ou à en faciliter l'expulsion par l'anus.

M. Blanchet ayant constaté souvent, dans ses vivisections, la facilité avec laquelle on provoque les contractions intestinales et les mouvements péristaltiques de l'intestin, s'arrêta à ce dernier moyen. Il employa, à cet effet, une sonde de 80 centimètres, qu'il introduisit avec la plus grande facilité de toute la longueur, et à laquelle il imprima un mouvement assez rapide de va-et-vient pendant une minute environ.

Immédiatement après cette opération, l'enfant ressentit le besoin d'aller à la garderobe, et en présence de plusieurs professeurs, des sœurs de l'infirmerie et de l'interne, il rendit par l'anus le crayon qu'il avait avalé.

La sonde mesurait 80 centimètres, ce qui représente plus de la moitié de la hauteur du sujet, dont la taille était de 1m,29; elle a pu, par conséquent, parcourir toute l'étendue du duodénum et plusieurs centimètres du jéjunum. L'opération n'a causé que de légères sensations pénibles, et n'a été suivie d'aucun trouble des fonctions digestives.

La deuxième observation se rapporte à un cas d'entéralgie grave et persistante (iléus) survenue chez un sourd-muet adulte, le 15 juillet 1862. Les moyens les plus énergiques avaient été vainement employés par M. le docteur Hérouard, qui fit appeler M. Blanchet. Ce médecin essaya pour la première fois de mettre en pratique le cathétérisme de l'intestin grêle, et de provoquer par des mouvements rapides de va-et-vient une action péristaltique de l'intestin.

Cette opération, pratiquée trois fois avec une sonde de 90 centimètres, donna lieu, après quarante-cinq minutes environ, à des évacuations alvines qui terminèrent la crise.

Comme dans le premier cas, cette opération n'occasionna aucun accident.

La troisième observation date du 4 février 1863; elle a eu pour sujet une femme âgée de quarante et un ans, atteinte d'otite de l'oreille gauche et de vomissements, qui depuis vingt-cinq jours ne lui permettaient pas d'ingérer la moindre substance solide ou liquide dans l'estomac sans être prise aussitôt de vomissements. M. Blanchet, voyant les vomissements persister, malgré l'amélioration de l'oreille, et les forces de la malade s'épuiser, eut recours au cathétérisme de l'intestin : 1° pour aider le diagnostic; 2° pour combattre les contractions spasmodiques de l'intestin; 3° enfin pour porter des substances nutritives ou médicamenteuses dans le tube digestif au delà du pylore. Cette opération fut pratiquée pendant treize jours, au bout desquels les accidents cessèrent.

La quatrième observation regarde un élève de l'institution impériale des sourds-muets, âgé de quinze ans, qui le 26 avril 1863 eut la funeste idée, pour une cause futile, de vouloir se suicider en avalant deux morceaux de verre.

Le cathétérisme fut encore employé ici par M. Blanchet au point de vue du diagnostic et comme moyen thérapeutique. La sonde, introduite dans l'estomac, donna lieu, sous l'influence des contractions de cet organe, à des évacuations de sang caillé provenant de blessures produites par les fragments de verre. La sœur de l'infirmerie rapporta aussi que l'enfant avait rendu du sang dans les selles. Cet élève accusait depuis la veille des douleurs fixes dans la région épigastrique. M. Blanchet, aidé de M. Pradel, interne de service, et de plusieurs médecins présents à la visite, pratiqua le cathétérisme comme dans les cas précédents. Dans la soirée, l'enfant évacua par l'anus deux fragments de verre de 2 centimètres environ de diamètre.

Aucun accident n'est résulté de l'expulsion de ce corps étranger et de l'opération employée pour la faciliter.

M. Blanchet, par des expériences sur des cadavres d'adultes et d'enfants, s'est assuré que la sonde a pu franchir l'orifice pylorique sans difficulté, et ne s'est pas repliée dans l'estomac; il a constaté encore que cette opération est d'une innocuité complète et si peu douloureuse, que le malade de la quatrième observation, dont il est question, n'eut pas besoin d'être maintenu par des aides.

M. Blanchet termine son mémoire en exprimant le désir que ces faits puissent profiter à la physiologie autant qu'à la thérapeutique. (*Comm.* : MM. Serres, J. Cloquet, Cl. Bernard.)

Paléontologie. — M. *Élie de Beaumont* donne lecture d'une lettre que lui adresse M. Boucher de Perthes, et où sont exposées quelques considérations sommaires sur le terrain de Moulin-Quignon, sur l'importance des silex taillés, et sur les caractères de la *fossilité* des os. Suivant M. Boucher de Perthes, c'est la nature, la position, la profondeur, l'immobilité, et surtout la certitude de l'état vierge d'un banc, qui doivent servir à déterminer l'âge d'un os. Quant à son analyse faite isolément ou comparativement avec d'autres os provenant de couches différentes, non-seulement elle ne peut conduire à aucune conclusion certaine, mais elle est très-propre à induire en erreur.

— A l'occasion de cette lettre, M. *Élie de Beaumont* entre dans de nouveaux développements sur l'âge relatif des terrains de transport des environs d'Abbeville. Son opinion sur ce point consiste essentiellement à distinguer du diluvium proprement dit, du diluvium alpin, certains dépôts de gravier qui, comme celui de Moulin-Quignon, lui ressemblent plus ou moins.

Ce dernier banc fait partie de cet ensemble de dépôts meubles qui s'est formé et se forme encore sur la surface de la terre ferme par l'action des agents atmosphériques, et que M. Élie de Beaumont désigne sous le nom de *dépôts meubles sur des pentes*, par opposition avec les alluvions des rivières qui constituent le fond plat des vallées. Les dépôts meubles sur des pentes sont particulièrement abondants dans les départements du nord de la France, par suite de la nature peu cohérente des dépôts éocènes, miocènes, pliocènes, qui recouvrent la craie, et dans la masse desquels sont sculptées les faibles ondulations du sol.

M. Élie de Beaumont ne partage pas entièrement l'avis de M. Boucher de Perthes concernant l'impuissance de l'analyse chimique. Son désir serait que la mâchoire de Moulin-Quignon fût comparée chimiquement, non-seulement aux ossements fossiles extraits du diluvium proprement dit, mais encore aux ossements humains retirés des sépultures gauloises ou gallo-romaines, et à ceux qui sont conservés en si grand nombre dans les catacombes de Paris.

Pathologie. — *Présence des bactéries dans le sang*, lettre de M. *Signol*. — L'auteur rapporte quelques observations desquelles il résulte que M. Delafond avait signalé, dès 1860, la présence des bactéries dans le sang des animaux charbonneux; qu'il les a rencontrées lui-même dans la diathèse typhoïde du cheval, et aussi chez un de ces animaux ayant succombé à la suite d'une gangrène provoquée par action traumatique.

M. Signol conclut de ses observations :

1° Que les bactéries ne sont pas particulières au sang des animaux atteints de sang de rate;

2° Que le sang qui les contient est inoculable, et qu'on retrouve dans le sang des animaux inoculés des bactéries en grande abondance;

3° Que la présence de la graisse dans les tissus et liquides de l'économie, l'état d'obésité des animaux qui sont victimes de l'affection, la similitude signalée par M. Davaine entre ces bactéries et le produit de la fermentation butyrique, permettent de présumer le rôle important que joue la graisse dans la production de cette maladie.

Pathologie. — *Nouvelles recherches sur les infusoires du sang dans la maladie connue sous le nom de* «sang de rate», par M. *C. Davaine*, note présentée par M. Cl. Bernard. — Ces nouvelles recherches confirment pleinement les résultats des premières investigations de M. Davaine (séance du 27 juillet).

Sur quatorze inoculations pratiquées sur des lapins avec du sang frais infecté de bactéries, quatorze fois des bactéries semblables se sont produites, et toujours la mort s'en est suivie. Dans plusieurs cas les infusoires ont été observés deux, quatre et cinq heures avant la mort de l'animal inoculé. Dans plusieurs de ces cas, du sang pris à l'animal encore vivant a transmis la maladie, et a déterminé la mort avec infection par des bactéries. Les bactéries se développent dans le sang et non dans un organe spécial.

Dès que l'animal infecté meurt, les bactéries cessent de se multiplier et de s'accroître; dans le sang conservé hors des vaisseaux, elles se détruisent ou se transforment.

Lorsque du sang frais est desséché rapidement à l'air libre, les bactéries conservent la faculté de s'inoculer.

La cuisson est insuffisante pour détruire la vitalité de ces animalcules.

Sur quatorze lapins, la durée moyenne de la vie, depuis l'inoculation jusqu'à la mort, a été de quarante heures; la durée la plus courte de dix-huit, et la plus longue de soixante-dix-sept heures. Cette durée est plus longue chez les animaux adultes et vieux que chez les jeunes.

Dans la période d'incubation, l'animal n'a rien perdu de sa force et de son agilité; ce n'est que dans les deux dernières heures, alors que les bactéries existent en quantité notable, que le lapin cesse de manger et de courir.

L'autopsie, pratiquée immédiatement, laisse voir tous les organes sains; le cœur et les gros vaisseaux sont toujours distendus par des caillots très-consistants. La coagulation du sang est la seule cause apparente de la mort.

Les organes ne renferment des bactéries qu'en raison de leur vascularité : la rate est celui de tous qui en contient le plus, et ces corpuscules y sont toujours en nombre véritablement prodigieux. Cet organe, sain en apparence, est cependant un peu plus volumineux qu'à l'état normal; il paraît être un foyer actif de la production des bactéries, mais c'est sans doute en raison de sa grande vascularité.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 AOUT 1863. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Un mémoire de M. *Baillemont*, chef de bataillon du génie, au sujet d'un appareil fumigatoire qui pourrait être utilement employé dans les maladies des bronches, du larynx, etc. (*Comm.:* M. Gavarret.) — *b.* Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Charpentier* (de Préméry) et *Barthélemy* (de Vigy). — c. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont sévi en 1862 dans les départements de l'Hérault et des Hautes-Alpes. (*Commission des épidémies.*) — *d.* Un rapport de M. le docteur *Allard* sur le service médical des eaux minérales de Royat. (*Commission des eaux minérales*).

2° M. le ministre de l'instruction publique adresse une brochure de M. le docteur *Vialle* (du Viallard), sur la *Réforme de la médecine par la chimie.*

3° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de remercîments de M. *Rokitanski*, récemment élu associé étranger. — *b.* Deux lettres de M. *Legoyt*, chef de la division de la statistique générale de France, etc., et de M. Foubert, chef de bureau des subsistances, etc., qui sollicitent le titre de membres associés libres. — c. Une deuxième note de M. *Leriche* sur la pellagre. (*Commission déjà nommée.*) — *d.* Un pli cacheté relatif à l'invention d'un nouvel appareil électro-magnétique, par M. *Courant.* (*Accepté.*)

M. *J. Cloquet* dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur *Dupuy* (de Frenelle), sur le traitement de la névromyalgie, et des névralgies en général, par l'application topique du chloroforme pur. (*Comm. :* MM. Barth, Briquet et Gosselin.)

M. *le président* annonce que M. le professeur *Fabri* (de Bologne), membre correspondant, assiste à la séance.

Discussion sur la fièvre jaune.

M. *Guérin* ne croit pas que M. Mêlier, dans sa longue et savante dissertation de mardi dernier, soit parvenu à réfuter victorieusement les doctrines qu'il avait développées lui-même précédemment sur l'incubation de la fièvre jaune, la période prodromique, l'infection et la propagation par les malades.

L'orateur maintient que, nonobstant les dénégations de son honorable contradicteur, les faits les mieux observés sont favorables à ses opinions. C'est ce qu'il se propose d'établir dans la présente argumentation.

Il laissera de côté les faits douteux, équivoques, incomplets et partant contestables; il n'examinera que les faits certains et entourés d'une sorte de certitude mathématique. Sous ce rapport, il s'en tiendra aux observations des malades de la gabare d'Indret.

Les hommes de cette embarcation, au nombre de cinq, communiquent avec l'*Anne-Marie*, dans le port de Saint-Nazaire, du 25 au 29 juillet. L'un d'eux est atteint de la fièvre jaune le 1[er] août; trois autres le 4 août; le cinquième, le 5 août. En supputant comme M. Mêlier, c'est-à-dire en ne faisant dater le moment de l'infection que du 29 juillet, jour de leur départ de Saint-Nazaire, on trouve une incubation de trois jours pour le premier malade, de sept jours pour les trois autres, et de huit jours pour le cinquième; on a donc, en moyenne, une incubation de six jours, ce qui s'écarte du chiffre donné par M. Mêlier et se rapproche du chiffre adopté par M. Guérin. Mais pourquoi ne faire dater l'action du principe infectieux que du moment du départ de Saint-Nazaire? N'est-il pas plus juste et plus rationnel de faire remonter cette date jusqu'au jour de l'arrivée, jusqu'au 25 juillet, jusqu'au premier moment de la communication de la gabare d'Indret avec l'*Anne-Marie*? La période d'incubation se trouve alors augmentée de quatre jours pour chaque malade, ce qui la porte à sept jours pour le premier, à onze jours pour les trois autres, et à douze jours pour le dernier : en moyenne, huit jours, c'est-à-dire le chiffre adopté comme le plus ordinaire par M. Guérin.

Les faits du docteur Chaillon et du commandant de l'*Anne-Marie*, viennent aussi, selon M. Guérin, à l'appui de ses idées, quoi qu'en ait dit M. Mêlier. Il plaît à M. Mêlier de ne faire dater l'infection de M. Chaillon que du 11 août, c'est-à-dire du jour où ce malheureux confrère a soigné son dernier malade. Sur quoi M. Mêlier base-t-il son opinion? Sur le témoignage de madame Chaillon, affirmant que son mari n'a rien éprouvé entre les premiers malades. M. Guérin aime mieux s'en rapporter aux lumières et à l'expérience des deux médecins qui ont vu et soigné M. Chaillon, et qui déclarent formellement que ce praticien avait été indisposé déjà du 4 au 9 août, à la suite des soins qu'il avait administrés aux premiers malades. Dès lors la période d'incubation pour Chaillon n'est plus de deux jours, comme le veut M. Mêlier, mais de sept jours.

M. Guérin s'efforce de prouver également que le commandant de l'*Anne-Marie* a eu une période d'incubation de onze jours, au minimum.

De tous ces faits il résulte clairement pour l'orateur que l'incubation de la fièvre jaune a une durée moyenne de huit jours au moins, comme il l'avait précédemment démontré. Encore, en accordant des moyennes, fait-il une très-large concession; car, en réalité, les maladies infectieuses n'admettent pas de moyennes; elles frappent l'économie immédiatement, au moment même de l'exposition au miasme.

Suivant M. Guérin, les faits de la gabare d'Indret, ceux du docteur Chaillon et du commandant de l'*Anne-Marie* renferment la preuve convaincante que la fièvre jaune ne débute pas brusquement et d'emblée, mais qu'elle est annoncée par des symptômes prodromiques ou prémonitoires. Ces indispositions, ces malaises, qu'on signale dans la plupart des observations entre le jour de l'infection et celui de l'invasion proprement dite, phénomènes légers, fugaces, auxquels M. Mêlier n'accorde aucune signification, ont au contraire une immense valeur aux yeux de M. Guérin. Ce sont les phénomènes précurseurs de la fièvre jaune, les premiers signes de l'imprégnation de l'économie par le miasme infectieux. L'orateur pense que la période prémonitoire de la fièvre jaune sera aussi facile à découvrir et à constater que celle du choléra, pour tout médecin attentif qui prendra la peine d'y regarder de près. D'ailleurs M. Mêlier admet lui-même implicitement la période prodromique dans ses conclusions, où il déclare qu'il a lu à ce sujet, dans différents auteurs, des choses dont il a été frappé, mais dont il serait difficile, quant à présent, de tirer parti. Ces choses, ce sont, d'après M. Guérin, les symptômes préliminaires de la fièvre jaune.

Quant à l'infection, M. Guérin ne croit pas que les arguments invoqués par M. Mêlier soient de nature à renverser sa théorie. M. Mêlier s'est payé de mots heureusement choisis, d'expressions pittoresques et d'hypothèses ingénieuses; il a parlé de *climat flottant*, d'*air fièvre jaune;* mais il n'a pas établi sur des preuves de faits son opinion relative à l'infection par les navires. M. Guérin ne croira à ce mode d'infection et de propagation que lorsqu'on aura vu un vaisseau revenant d'un pays infecté de la fièvre jaune, donner et répandre cette maladie dans une autre contrée, sans que la santé d'aucun des hommes de l'équipage ait subi la plus légère atteinte, soit pendant le séjour dans le port malade, soit pendant la traversée, soit après le débarquement.

L'orateur maintient, au contraire, que les faits observés jusqu'à présent militent en faveur de l'infection du navire par l'homme. Un navire séjourne dans un port infecté de la fièvre jaune; les hommes d'équipage vont à terre, communiquent avec les lieux contaminés, deviennent malades, et apportent la maladie dans le navire; rien n'est plus simple et plus clair. Ainsi, les dix-sept passagers ou marins de l'*Anne-Marie* séjournent un mois à la Havane, respirent l'air empoisonné de ce pays, s'imprègnent du miasme et le rapportent sur le navire : ils servent de véhicule au miasme, le vaisseau n'est infecté que secondairement.

— M. *Mêlier*. Le commandant du navire a déclaré formellement que pendant tout le séjour de l'*Anne-Marie* à la Havane, aucun de ses hommes ne fut malade.

— M. *Guérin*. Le commandant affirme que ses hommes étaient abattus, avaient du malaise et des tendances à vomir au moment du départ.

— M. *Mêlier*. Ce n'est pas là la fièvre jaune.

— M. *Guérin*. C'en étaient les symptômes prodromiques. Ces malades portaient avec eux, au moment de l'embarquement, le principe de la fièvre jaune. Et le commandant en était tellement convaincu, qu'il a purgé la plupart de ses hommes; les deux qui n'ont pas été purgés sont morts.

M. Guérin ne croit pas que les navires restant dans le port soient bien placés pour recevoir le principe contagieux directement; ils le reçoivent donc par les hommes qui vont puiser le miasme en plein foyer.

M. Guérin termine en défendant ses principes de philosophie médicale attaqués par M. Mêlier, et en rappelant ces mots de l'Écriture : « Les yeux du sage ne sont pas dans ses yeux, mais dans sa tête. »

M. *Mêlier*. Je ne veux pas prolonger cette discussion. M. Guérin n'a fait que paraphraser son premier discours. Il trouvera donc ma réponse dans mon argumentation de la dernière séance. Je m'en tiens à ce que j'ai dit précédemment, jusqu'à ce que de nouveaux faits, des faits bien observés, soient venus démontrer la vérité des propositions de M. Guérin, relativement à la durée de l'incubation, à la période prodromique de la fièvre jaune et à l'infection des navires par l'homme.

M. *le président* et M. Mêlier expriment le vœu que M. Guérin soit adjoint à la commission permanente de la fièvre jaune.

L'Académie, consultée, adopte cette proposition.

M. *le Président* prononce la clôture de la discussion sur la fièvre jaune.

Chirurgie. — M. le docteur *Aug. Mercier* lit un mémoire intitulé : Sur le cathétérisme et le traitement des rétrécissements

RÉPUTÉS INFRANCHISSABLES DE L'URÈTHRE. Nous donnerons une analyse de ce travail dans le prochain numéro. (*Comm.* : MM. Larrey, Laugier, Ricord.)

La séance est levée à cinq heures un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 21 AOUT 1863.

Discussion sur la fièvre typhoïde.

Scrutin pour l'élection d'un membre honoraire.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Obstacle peu commun (os avalé) à la défécation, par le docteur HAMON.

Le 23 janvier dernier, M. Hamon fut appelé auprès du sieur Cossot, qui, lui dit-on, depuis trois jours ne pouvait aller à la garderobe, malgré un besoin incessant.

Soupçonnant qu'une cause insolite seule pouvait donner l'explication d'un accident survenu tout à coup durant le cours de la plus florissante santé, il procéda aussitôt à l'examen de l'ampoule rectale : sa première idée le porta à croire à l'introduction, par une main lubrique, d'un corps étranger, dont le retrait serait devenu impossible. Il ne tarda pas à se convaincre que si, à un point de vue, il avait formé un jugement téméraire, ses conjectures, sous un autre rapport, n'avaient rien que de très-fondé.

Un corps solide, rugueux, était transversalement placé au-dessus de l'anneau sphinctérien. S'armant d'une pince à pansement, M. Hamon s'efforça de dégager l'une des extrémités de ce corps étranger, opération qui ne put s'effectuer sans arracher des cris perçants au patient. Ce premier temps effectué, il devint très-facile d'extraire l'objet en question, en mettant son petit diamètre en rapport avec l'étroite filière sphinctérienne que, sans cette précaution préalable, il ne serait jamais parvenu à franchir. C'était un os compacte, long de 0m,035, large de 0,01, épais de 0,005, terminé à ses deux extrémités, à l'une surtout, par deux angles aigus.

Restait à savoir comment un corps de cette nature, dont on ne pouvait soupçonner l'introduction par voie inférieure, avait pu être introduit dans le tube digestif à l'insu du malade, qui niait énergiquement d'avoir eu conscience de son ingestion. Or, on apprit que, quelques jours avant l'accident, le sujet, grand mangeur, avait avalé sans mâcher une certaine quantité de rillettes de porc grossièrement préparées par sa femme. L'os, dégluté avec une bouchée de viande, avait pu s'engager, suivant son petit diamètre, dans l'œsophage, et arriver, sans endommager les parois, dans le ventricule gastrique. (*Abeille médicale*, n° 29.)

Moyen de prévenir les cicatrices de la petite vérole, par M. BOWEN.

La difformité consécutive à la cicatrisation des pustules de la variole, surtout lorsque la maladie a été confluente, a engagé depuis longtemps à chercher les moyens d'arrêter dans leur évolution celles qui ont leur siége à la face. M. Bowen, après avoir essayé avec persévérance les divers moyens employés le plus communément, tels que les emplâtres de charbon, d'amidon et de mercure, le collodion, la solution de caoutchouc dans le chloroforme, les sulfureux, l'iode, le nitrate d'argent et même des recettes populaires, n'a trouvé de moyen réellement très-efficace que la ponction des pustules avec une aiguille trempée dans une solution de nitrate d'argent.

Sa première tentative date de 1850 et fut faite à l'instigation du docteur Douglas sur un malade de l'hôpital des Émigrants à Québec. Peu confiant dans ce moyen, M. Bowen se contenta de ponctionner les pustules varioliques sur un seul côté de la face et du cou. Le malade guérit, mais il était complétement défiguré. En effet, un des côtés de la face était lisse et uni comme dans l'état normal; l'autre côté était, suivant une expression vulgaire, percé en écumoire. Le malade ne pouvait paraître sans exciter les rires et menaçait de faire à son médecin un mauvais parti. Une forte indemnité put seule le calmer.

Depuis, M. Bowen a eu recours plus de trois cents fois à ce moyen, mais employé des deux côtés de la face et toujours avec succès.

Les pustules doivent être ponctionnées du cinquième au septième jour avec une aiguille à suture, c'est-à-dire aplatie vers la pointe, il n'est pas besoin d'employer une solution concentrée de nitrate d'argent. (*Medical Times and Gazette.*)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Études sur les hôpitaux considérés sous le rapport de leur construction, de la distribution de leurs bâtiments, de l'hygiène et du service des salles de malades, par M. ARMAND HUSSON, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique. In-4°, 607 pages, avec planches et plans. Paris, 1862.

Sous le modeste titre qui précède M. Husson vient de publier un travail remarquable à divers titres, et qui constitue dans les annales de l'Assistance publique un véritable événement. Jusqu'à ce jour l'administration des hôpitaux s'était contentée de faire paraître des rapports plus ou moins étendus, mais relatifs à des périodes restreintes ou à des actes isolés de sa gestion. Ces travaux, d'une utilité incontestable, n'étaient guère connus du public, et ne permettaient pas d'ailleurs de saisir dans son ensemble les rouages et l'organisation complexe de cette grande institution destinée à soulager les pauvres et les souffrants. Aujourd'hui cette lacune est comblée, grâce à l'importante monographie que nous avons sous les yeux.

L'esprit de notre époque tend à remplacer l'aumône individuelle par la charité collective organisée, et, sous ce rapport, le terme d'Assistance publique nous semble tout à fait caractéristique; traduit librement, il signifie que le public, c'est-à-dire la société tout entière, compte parmi ses devoirs les plus impérieux le soulagement de ceux de ses membres que la misère et la maladie frappent, sans que l'obligé connaisse la main qui l'assiste, sans qu'il soit contraint à une reconnaissance souvent onéreuse, dont peu d'hommes, du reste, savent s'acquitter, sans que le bienfaiteur enfin ait à souffrir des décevantes épreuves de l'ingratitude.

Certainement la charité privée est louable et souvent opportune; elle élève celui qui donne et améliore parfois celui qui reçoit; c'est aussi, à certains moments, un remède héroïque à des crises imprévues et soudaines; mais, sans parler de ses écarts, des passions qui l'altèrent, des erreurs qu'elle commet inévitablement, on peut lui reprocher de n'avoir qu'une efficacité temporaire et moins fructueuse qu'un sauvetage bien organisé et dirigé par des vues impartiales. La supériorité des efforts collectifs sur les efforts isolés n'est nulle part mieux démontrée que dans la question présente.

Mais, pour s'intéresser à une œuvre aussi vaste et aussi utilitaire, il faut en connaître à la fois l'ensemble et les détails; c'est ce qui désormais deviendra facile pour quiconque y trouvera de l'intérêt, car les ÉTUDES SUR LES HÔPITAUX renferment toutes les données essentielles à connaître sur l'organisation actuelle et les phases principales de son évolution, et permettent d'entrevoir ce qui reste à faire d'après ce qui a été fait et d'après les besoins de notre époque.

Comme toutes les administrations, celle de l'Assistance publique n'aime pas beaucoup l'ingérance dans ses affaires d'un public curieux, qui précisément, de son côté, et à notre époque, aime assez à s'occuper de tout. Elle lui reproche de critiquer des choses qu'il ne connaît guère, et de se faire trop complaisamment l'écho de griefs sans base. Le public, il faut le dire, fort soupçonneux de sa nature, mais trop paresseux pour se livrer à une enquête patiente et difficile, accepte aisément les assertions sans preuve, et vante volontiers ce qui vient de loin au préjudice de ce qu'il possède. De là un système d'agression et de défense qui ne profite à personne, qui use du temps et des forces, et passe à côté du mal sans l'atteindre; désormais cette lutte n'a plus de raison d'être, l'administration ouvre ses portes et découvre ses flancs; donc elle accepte implicitement la discussion. C'est un libéralisme dont il faut lui tenir compte, mais qui en revanche l'autorise à exiger de ceux qui veulent la reprendre ou l'éclairer une information préalable complète, et une connaissance approfondie des sujets qui provoqueront la controverse. Si celle-ci doit avoir pour bases futures la sincérité d'une part et la bonne foi de l'autre, nous y gagnerons singulièrement.

Nous n'avons ni l'intention ni le pouvoir de donner, dans un court article, une idée même sommaire des innombrables documents réunis dans cet énorme volume. Un coup d'œil jeté sur la table analytique, qui à elle seule n'occupe pas moins de 27 pages, fournira un aperçu de la richesse des matériaux et de la variété des sujets. Nous dirons seulement que l'ouvrage est divisé en deux parties principales Dans la première on trouve tout ce qui est relatif à l'état actuel de nos hôpitaux : architecture, aération, ventilation, vidanges, chauffage, matériel hospitalier, aménagement intérieur des salles de malades; puis on traite des différents modes d'admission, des règlements intérieurs, du personnel administratif et médical, du régime alimentaire, des maisons de convalescence, etc.

Enfin cette première partie se termine par un chapitre sur la statistique médicale. L'extension considérable que M. Husson lui a donnée constitue une sorte d'innovation dans notre système hospitalier. Jusqu'ici les documents numériques étaient relégués à un rang tout à fait secondaire, et à l'exception des tableaux présentant le rapport du nombre des décès à celui des admissions, les hôpitaux de Paris n'avaient jamais possédé aucun des éléments indispensables à l'établissement d'une statistique raisonnée et concluante. Sous ce point de vue, nous étions évidemment beaucoup moins avancés que beaucoup de pays étrangers, comme l'a surabondamment démontré la mémorable discussion qui, l'année dernière, a si longtemps occupé l'Académie de médecine.

Convaincu des services que peuvent rendre les chiffres bien maniés, le Directeur général a organisé la statistique sur un plan très-vaste et très-complet; si les médecins veulent bien consentir à seconder l'administration, un grand progrès peut s'accomplir, car non-seulement on pourra juger prochainement les réformes réalisées ou à introduire, mais acquérir encore des lumières précieuses sur l'état de la santé publique, sur les endémies, les épidémies, et même éclairer plus d'un point de thérapeutique médico-chirurgicale.

La seconde partie de l'ouvrage se compose d'une série de chapitres isolés qui, sous le titre d'appendices, traitent des principales annexes des hôpitaux, et de sujets qui n'ont pas trouvé place dans la description principale; ce sont des espèces de notes et pièces justificatives dont quelques-unes présentent un très-grand intérêt.

Nous trouvons d'abord tous les renseignements désirables sur les fondations particulières ou les établissements spéciaux qui dépendent immédiatement de l'administration générale, mais qui diffèrent des hôpitaux proprement dits par leur destination ou les conditions sociales ou individuelles des individus qui y sont recueillis; les hospices destinés aux vieillards, aux enfants trouvés, aux incurables et aux aliénés des deux sexes; les asiles créés par la munificence de quelques particuliers sont réunis dans l'appendice nº 1.

Un second est consacré à la Maison municipale de santé, fondation sans analogue dans le reste du système hospitalier, et sur laquelle il y aurait beaucoup à dire. Nous n'en blâmons pas le principe, mais nous craignons que les modifications radicales qu'on lui a fait subir dans ces dernières années n'en changent par trop la destination première. Les conditions de luxe qui s'y trouvent, le prix très-élevé qu'on demande aux pensionnaires impliquent une spéculation qui n'existe pas, sans doute, mais qui peut être soupçonnée, et qui fait tort à une administration destinée à soulager les pauvres et non à favoriser la parcimonie des riches.

Les critiques dont l'hôpital Lariboisière a été l'objet motivent le troisième appendice. Déjà, dans la première partie, elles avaient été chaudement repoussées, mais d'une manière insuffisante, à ce qu'il paraît.

L'administration, très-chatouilleuse sur ce point, tient absolument à justifier son *Versailles*. Nous sommes, pour notre part, étonnés que M. Husson, qui d'ailleurs n'est nullement compromis dans cette onéreuse entreprise, prenne tant à cœur de la faire accepter. Tous les raisonnements du monde n'empêcheront pas que ce splendide hôpital n'ait coûté infiniment trop cher, et que, sous le rapport de la salubrité, il ne soit très-mal classé. Nous espérons bien que M. Husson sera longtemps encore à la tête de l'Assistance publique. Nous pensons que sous son règne de nouveaux hôpitaux seront construits; mais nous sommes bien certains qu'ils ne ressembleront pas à cet établissement modèle, qui peut-être fait la gloire de nos architectes, mais qui provoque beaucoup moins d'enthousiasme chez les médecins. C'est à M. Husson statisticien que nous en appelons.

Je regrette que le défaut d'espace m'interdise de m'étendre sur les appendices 4 et 5. Non content d'étudier le cadre déjà si vaste de son observation directe, M. Husson y a réuni la description sommaire d'autres établissements hospitaliers soustraits à son autorité. Je veux parler des hôpitaux de la marine et de la guerre en France et en Angleterre. Puis, ce qui est plus important encore pour nous autres Français, qui voyageons si peu, l'appendice 5 nous instruit longuement sur les hôpitaux d'Italie, d'Espagne, de Russie, d'Allemagne et d'Amérique. Quelques établissements modernes ou jouissant d'une grande célébrité y sont minutieusement décrits. Je cite, entre autres : l'infirmerie de Blackburn; les hôpitaux de Rotterdam, de Hambourg, de Zurich, de Milan; les établissements hospitaliers de Malte, etc. Des plans magnifiques sont réunis au texte. Nous possédons de la sorte des éléments de comparaison, et nous pouvons juger des efforts continus que fait la science moderne pour s'approcher de plus en plus de la perfection du genre.

Pour une œuvre administrative remplie de détails techniques, de relevés numériques et de tableaux, le livre de M. Husson possède une qualité rare, il se lit sans fatigue et sans ennui; on tourne les unes après les autres ces immenses pages, et le temps ne paraît pas long. Cela est dû au fond, sans doute, qui est plein d'intérêt et d'actualité, mais surtout à la forme, qui est irréprochable; on est agréablement surpris de trouver là des qualités littéraires incontestables, au lieu des formes arides trop familières au style administratif. Sans compter une foule de notes éparses dans le cours de l'ouvrage, deux chapitres surtout se liront avec un grand plaisir : l'un (appendice 6) renferme l'histoire de l'Hôtel-Dieu de Paris et des constructions hospitalières au moyen âge; l'autre traite des origines et sources de la fortune des hôpitaux et hospices de Paris. Notes et chapitres ont été rédigés à l'aide de ces vieux parchemins si chers aux bibliophiles et aux érudits. A en juger par ces extraits, l'administration possède des archives d'une richesse extrême, et dont on n'avait point, jusqu'à ce jour, secoué la vénérable poussière.

On a joint à l'histoire de l'Hôtel-Dieu des plans et des images

d'après les figures du temps, ce qui complète ce morceau, que, malgré ses 25 pages, nous avons trouvé court. Nous espérons que ces recherches historiques seront continuées, et que le trésor sera plus largement utilisé encore; le goût de l'époque est à l'exégèse, et nous pouvons prédire un grand succès aux fragments qui seraient publiés dans la suite, tant est grand l'intérêt qui s'attache aux faits et gestes de nos ancêtres.

Faute de compétence, je ne me hasarde point dans l'analyse de l'appendice 8, qui expose la gestion financière, et je signale seulement celui (n° 9) qui nous met au courant de l'organisation des bureaux de bienfaisance et de quelques autres menus détails.

En résumé, nous félicitons bien sincèrement M. Husson d'avoir mené à bonne fin un travail pareil. C'est un véritable COMPENDIUM bien conçu et bien exécuté, qui honore singulièrement l'administration de l'Assistance publique. Si d'ailleurs nous sommes bien informés, la série des appendices n'est pas close, et de temps en temps de nouvelles monographies compléteront l'œuvre sans en détruire l'unité. Déjà nous pouvons signaler un chapitre complémentaire du premier ordre : c'est le *Rapport sur les hôpitaux civils de Londres au point de vue de la comparaison de ces établissements avec les hôpitaux de la ville de Paris*. Il est signé par MM. Blondel et Ser; mais on y reconnaît facilement l'esprit et les tendances du livre principal; peut-être s'y efforce-t-on trop d'établir la prééminence de notre administration; mais chacun peut rectifier l'appréciation, l'important était d'avoir des renseignements précis, et ils s'y trouvent rassemblés avec profusion.

De plus, M. Husson, en publiant ces jours derniers le COMPTE MORAL pour l'exercice 1861, nous promet l'apparition régulière de ces documents annuels, conçus de telle sorte qu'à l'avenir ils présenteront dans leur ensemble une histoire suivie et complète de l'assistance publique à Paris.

Supposons que, désireux de compléter sa tâche gigantesque, M. Husson ajoute encore de nouveaux chapitres : l'un, par exemple, sur les épidémies nosocomiales; l'autre sur la biographie de ceux qui, dans les hôpitaux, ont servi les pauvres par leur fortune ou par leur talent. Qu'il étende à la France entière les recherches faites déjà sur quelques établissements civils de nos provinces, et d'ici à quelques années il aura élevé un monument littéraire impérissable, qui mieux que l'histoire de quelque Tamerlan transmettra sûrement et justement son nom à la postérité reconnaissante.

A. VERNEUIL.

VII

VARIÉTÉS.

Le corps médical de Reims, et l'on peut ajouter la ville entière, viennent de faire une grande perte. Le docteur Alexandre Henrot, âgé de quarante-trois ans, ancien interne des plus distingués des hôpitaux de Paris, vient de succomber; des fatigues professionnelles excessives avaient récemment épuisé ses forces, une courte maladie a fait le reste.

Malgré la chaleur accablante, la population tout entière l'accompagnait à sa dernière demeure; elle remplissait ainsi le devoir d'une reconnaissance vivement sentie par tous, et témoignait sa sympathie à toute une famille justement honorée.

Fils du vénérable doyen actuel de la médecine rémoise, A. Henrot était l'aîné de quatre fils, tous membres militants de la profession médicale. Nul n'aura mieux que lui mérité les unanimes regrets qu'il laisse. Intelligence fine, esprit élevé, bienveillance infinie, droiture sans pareille; nul orgueil, nulle faiblesse, il résumait en lui toutes les qualités les plus exquises du philosophe moderne, de l'homme sans peur et sans reproche. Il a consacré sans relâche l'activité de sa courte existence à soulager, à consoler, à aider et à guérir ses semblables; il agissait trop pour écrire, mais c'était un praticien du premier ordre.

Dans une grande ville dont il était un des premiers citoyens, on ne lui avait décerné ni titre ni honneur, et pourtant son souvenir sera durable. Nous écrivons ces lignes parce que de tels hommes ne doivent pas disparaître sans que leur deuil soit porté par ceux qui, les ayant connus, les ont jugés à leur valeur, et pour qu'il soit bien dit que notre profession fournit toujours un large contingent à l'élite moral de notre pays.

AR. VERNEUIL.

— Par divers décrets en date des 13 et 14 août 1863, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand'croix : M. Dumas, de l'Institut, sénateur.

Au grade de commandeur : MM. Ceccaldi, médecin principal; Cruveilhier, professeur à la Faculté de médecine.

Au grade d'officier : MM. Grisolle, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Guibourt, directeur de l'École de pharmacie; Cabarrus, médecin à Paris; Canolle, chirurgien principal de la marine, en retraite; Chapuis, premier médecin-chef de la marine à la Martinique; Chasponl, chirurgien de 1re classe de la marine; Chatelain, médecin-major de 1re classe de la marine; Drouet, chirurgien en chef de la marine; Fontaine, 1er pharmacien en chef de la marine; Lhéritier, médecin de l'établissement thermal de Plombières; Parrot, médecin à Périgueux; Puydebat, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Bordeaux; Villamur, médecin principal de 1re classe.

AU GRADE DE CHEVALIER : MM. Allard, médecin des eaux thermales de Royat; Antelme, inspecteur général du service des aliénés; Artaud, à Lyon. — Barthélemy, chirurgien de 1re classe de la marine; Beaufils, médecin-major de 1re classe; Billard, médecin de la maison de S. A. I. le prince Napoléon. — Comtesse, médecin en chef de l'hôpital de Lons-le-Saulnier; Casteran, médecin aide-major; Chevreul, ancien chirurgien sous-aide. — Davat, à Aix-les-Bains; David, médecin à Nevers; Dagoreau, médecin des épidémies dans la Sarthe. — Eschauzier, chirurgien de 2e classe de la marine. — Fabre, médecin de la grande chancellerie de la Légion d'honneur; Félix, à Isle (Vaucluse). — Gallard, médecin à Paris; Gavrel, médecin aide-major; Guillasse, chirurgien de 1re classe de la marine; Griffon du Bellay, idem. — Jadelot, médecin à Paris; Jalabert, médecin-major de 1re classe; Josse, à Amiens. — Kuhn, médecin de l'établissement des eaux à Niederbronn. — Leccia, médecin sanitaire à bord des paquebots des messageries impériales; Louvel, chirurgien de 1re classe de la marine; Lemonnier, médecin inspecteur des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées); Legal, médecin à Dieppe. — Maisonneuve, chirurgien de l'Hôtel-Dieu; Maurin, chirurgien de la marine en retraite; Mondière, chirurgien de 2e classe de la marine. — Piogey, médecin à Paris; Prat, chirurgien de 1re classe de la marine en retraite; Pommier, chirurgien de 1re classe de la marine. — Rochard, médecin des prisons de la Seine; Rol, médecin-major de 1re classe; Ragaine, médecin des épidémies dans l'Orne. — Salle, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Châlons; Sanderet, directeur de l'école de médecine de Besançon; Souques, médecin à la Guadeloupe.

— M. A. de Fontaine de Resbecq, auteur du *Guide administratif et scolaire* dans les Facultés de médecine, les Ecoles supérieures de pharmacie et les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, etc., etc., a été également nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 12 août, ont été nommés : à deux emplois de médecin principal de 1re classe, MM. les médecins principaux de 2e classe, Cuveiller et Périer; — à deux emplois de médecin principal de 2e classe, MM. les médecins-majors de 1re classe Frasseto et Hounau.

VIII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET L'ANATOMIE COMPARÉE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX, par le docteur *Milne Edwards*. T. VIII. 1re partie, *Nutrition*. Paris, Victor Masson et fils. 5 fr.

TRAITÉ DE CHIMIE GÉNÉRALE, ANALYTIQUE, INDUSTRIELLE ET AGRICOLE, par MM. *Pelouze* et *Frémy*. 3e édition, entièrement refondue, avec nombreuses figures dans le texte. T. V, 2e partie. Paris, Victor Masson et fils. 5 fr.

LOIS GÉNÉRALES DE LA CHALEUR RAYONNANTE, par le docteur *Edmond Morin*. In-8 de 81 pages. Paris, F. Savy. 1 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger,
Le port en sus suivant
les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires,
et par l'envoi d'un bon
de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du
1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 28 AOUT 1863. N° 35.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine de Belgique : Fausse mélanose des ouvriers mineurs. — Académie de médecine de Paris : Discussion sur les vivisections. — II. **Histoire et critique.** Excursion chirurgicale en Angleterre : De l'ovariotomie et de quelques autres opérations praticables chez la femme. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. **Revue des journaux.** Des indications de la trachéotomie dans le croup. — Les cantharides, altérées ou non, peuvent-elles déterminer le charbon? — V. **Bibliographie.** Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — Réceptions au grade de docteur.

I

Paris, 27 août 1863.

Académie de médecine de Belgique : FAUSSE MÉLANOSE DES OUVRIERS MINEURS. — *Académie de médecine de Paris :* DISCUSSION SUR LES VIVISECTIONS.

Dans le n° 30 de cette année (p. 481), nous avons signalé à l'attention des médecins deux discussions simultanément engagées à l'*Académie de médecine de Belgique :* l'une sur l'*ophthalmie* dite *militaire;* l'autre sur la *fausse mélanose* résultant de la pénétration de poussières charbonneuses dans les organes respiratoires. Le dernier BULLETIN DE L'ACADÉMIE qui nous soit parvenu ne contient pas la fin du débat relatif à l'ophthalmie; sur l'autre question, M. Boëns, empêché par la maladie, a demandé à présenter ultérieurement quelques considérations; mais l'ensemble des discours, parmi lesquels en figure honorablement un du même membre, permet de considérer la controverse comme à peu près épuisée, et nous autorise conséquemment à en faire connaître le résultat.

Quelques mots peuvent suffire, si nous nous en tenons au seul point que nous ayons d'abord envisagé, savoir, si la coloration noire des poumons chez les ouvriers exposés à la poussière de charbon, comme les mineurs, les mouleurs en cuivre, est réellement due à l'inhalation de la matière charbonneuse. Les débats n'ont ajouté que peu d'éléments à l'exposé que nous avions présenté il y a un mois, d'après le mémoire de M. Kuborn et l'acquis de nos propres lectures. Personne n'a contesté le fait de l'inhalation, et, malgré l'opposition que ce fait rencontre encore de la part d'éminents observateurs, tout bien considéré, nous croyons qu'on a eu raison.

Il ne faudrait pas en ceci s'en fier trop exclusivement à la physiologie. Nous savons bien que, sur un lapin dont la tête avait plongé quelques jours dans un sac rempli de poussière charbonneuse, M. Cl. Bernard n'a pu suivre la matière noire au delà de l'entrée du larynx ; mais il s'agissait d'un lapin, et d'un lapin transitoirement placé dans ce milieu respirable; à quoi il faut ajouter que les cils vibratiles, d'où vient surtout l'obstacle à la progression des poussières dans le larynx et les bronches, peuvent être détruits chez des ouvriers fort exposés par leur profession même à la bronchite. Personne n'ignore non plus toute l'incertitude qui règne encore au sujet de l'absorption des substances insolubles, même excessivement divisées, ou, pour être plus vrai, tout le monde à peu près est convaincu aujourd'hui qu'un corps quelconque ne peut être réellement absorbé, *nisi solutum;* et dès lors il semble que la poussière de charbon, s'introduisît-elle dans les rameaux bronchiques, ne pourrait encore pénétrer le tissu même du poumon et faire corps avec lui. Mais à côté de l'absorption, à côté de l'imbibition, il y a, comme nous le rappelions dans un précédent article sur la matière (*Gaz. hebd.*, t. III, p. 99), l'*effraction.* Que certains expérimentateurs parmi les plus habiles, M. Mialhe par exemple, n'aient pu retrouver la moindre molécule charbonneuse dans le sang de lapins et de poules nourris avec des aliments mélangés de charbon de bois pulvérisé, cela détruit-il les observations contraires d'Œsterlen, de Mensonides et de Donders, qui affirment avoir retrouvé le charbon dans le sang, dans les poumons, dans le foie; les observations de M. Ch. Robin, qui dit l'avoir reconnu dans les deux mêmes viscères quarante-huit heures seulement après l'expérience; les observations enfin de M. Crocq, qui injectait, il est vrai, les substances pulvérulentes dans la trachée, mais qui les retrouvait ensuite *en grande quantité* dans la trame des poumons? Et si ces physiologistes expérimentés n'ont pas été dupes d'une illusion, ne demeure-t-il pas établi que la poussière, par un procédé ou par un autre, mais sans doute en écartant mécaniquement les tissus, finit par passer, soit dans le torrent circulatoire, qui la dépose ensuite dans les parenchymes, soit directement de l'arbre respiratoire dans le parenchyme même du poumon ?

Cela étant, on comprend très-bien qu'une poussière parvenue par inhalation jusque dans les ramuscules bronchiques et les vésicules les perfore, et se répande dans l'intimité du viscère et même au delà. Or, c'est ce que paraît avoir directement constaté M. le docteur Crocq dans ses Recherches sur la pénétration des particules solides dans l'économie. D'après ses expériences (que nous n'avons pas sous les yeux), le corps étranger passerait dans le parenchyme à la faveur de la desquamation de l'épithélium pavimenteux des vésicules, et s'engagerait ensuite dans les vaisseaux lymphatiques, pour gagner les ganglions.

Ce ne sont là d'ailleurs que des vues théoriques, bonnes à consulter devant un fait douteux, mais qui doivent tomber devant un fait matériellement établi. Aux preuves expérimentales de ce fait, déjà rappelées dans la Gazette, les orateurs n'ont rien ajouté, mais aussi n'ont rien retranché, et les caractères physico-chimiques auxquels ont été reconnus, dans l'intimité du tissu pulmonaire, soit le charbon de bois, soit le charbon fossile, leur ont paru démonstratifs. On a fait remarquer d'ailleurs, et M. Boëns a plus particulièrement insisté sur cette particularité, que les ouvriers, suivant qu'ils restent dans les mines ou quittent le travail, rendent des crachats noirs ou des crachats blancs; et le même orateur assure qu'il existe, à cet égard, des différences notables, quant à l'intensité et à la durée de l'expectoration noire, suivant qu'il s'agit de poussière de charbon maigre, laquelle est généralement grossière, pesante, humide et dure, ou de poussière grasse ou demi-grasse, qui est ténue, légère et friable. Dans le premier cas, « aussitôt que les ouvriers, qui sont encore robustes et assez bien conservés, cessent de travailler, leurs crachats deviennent et restent blancs »; dans le second cas, « l'expectoration noire persiste assez longtemps après que les ouvriers ont cessé de descendre dans la fosse ».

Là s'arrêtent nos remarques sur la seule question que nous ayons voulu relever dans le débat. Néanmoins, nous ne pouvons nous empêcher de signaler l'unanimité d'opinion, à de faibles nuances près, dans laquelle se rencontrent MM. Boëns, Crocq et Kuborn quant à l'innocuité relative de l'agglomération de poussières charbonneuses dans les poumons. A cet égard, il existe une grande divergence entre les médecins belges et les médecins anglais. Le plus résolu dans cette manière de voir est M. Kuborn, qui déclare *à peu près inoffensive* la poussière de charbon, *à l'inverse des poussières d'acier, de grès et de silex;* qui exonère la première de la plupart des désordres respiratoires, fonctionnels ou anatomiques, dont on l'a si souvent accusée; qui nie la *phthisie mélanique*, la *consomption des mineurs*, et ne laisse enfin aux émanations charbonneuses d'autre influence sur la respiration et la circulation que la production d'un peu de dyspnée, et une certaine part mécanique dans la production de l'anémie, *qu'elles ne sauraient d'ailleurs déterminer par elles-mêmes*.

Ce que nous disions il y a sept ans, nous ne pouvons que le répéter aujourd'hui. Il se peut, et nous sommes fort disposé à le croire, qu'on ait mis sur le compte de l'inhalation de poussières charbonneuses beaucoup d'accidents des voies respiratoires imputables aux conditions hygiéniques dans lesquelles vit l'ouvrier des mines ou le mouleur en cuivre. On doit même reconnaître que, chez ce dernier, l'influence du charbon ne paraît pas bien active, puisque, d'après M. Tardieu, elle ne se fait guère sentir qu'après une dizaine d'années de travail (1). Mais enfin, elle s'exerce, et une fois commencée, elle produit des ravages que notre confrère a trop bien observés et trop bien exposés pour qu'on puisse en méconnaître et les suites et la gravité. Il nous paraît douteux que les choses se passent autrement dans les mines, et, jusqu'à plus ample informé, nous réservons sur ce point notre opinion. On ne peut oublier d'ailleurs que, dans son remarquable travail, M. Kuborn ne conteste pas l'existence d'altérations plus ou moins sérieuses dans les organes respiratoires de beaucoup de mineurs, et qu'il les interprète seulement à la décharge du charbon. Or, l'interprétation en ce genre est délicate et sujette à des mécomptes.

Pour les mêmes motifs, nous n'oserions recommander une pratique de M. Crocq, laquelle est une application des idées rappelées tout à l'heure et consiste à faire respirer de la poussière de charbon (mêlée ou non de poudres médicamenteuses) aux individus phthisiques ou menacés de le devenir. M. Crocq a même imaginé dans ce but un appareil spécial. Nous le répétons, indiquer ce procédé est le seul rôle que nous puissions prendre pour le moment, en nous faisant seulement un devoir d'ajouter que la lenteur avec laquelle le charbon paraît altérer les organes pulmonaires rendrait vraisemblablement inoffensif l'essai préposé; que cette altération même, qui est spéciale, n'implique pas l'impossibilité d'une action salutaire du charbon sur l'élément tuberculeux; enfin que M. Natalis Guillot, comme M. Crocq, avait cru reconnaître à cette substance la propriété d'entraver, de pénétrer, et finalement d'atrophier le tubercule.

A. Dechambre.

Si, dans les Académies, on s'inscrivait, comme dans les chambres législatives, pour ou contre la question à l'ordre du jour, on pourrait dire que, sur la question des vivisections, M. Frédéric Dubois a parlé *contre* et M. Parchappe *pour*. Néanmoins, tous deux ont abouti aux mêmes conclusions. Cela vient de ce que, sur un pareil sujet, l'instinct du cœur et la nécessité se contredisent. Les deux orateurs pensent : 1° que les vivisections sont indispensables aux progrès de la physiologie; 2° qu'il y aurait lieu de supprimer les démonstrations par vivisection dans l'enseignement public de la physiologie, et les *opérations chirurgicales* sur les animaux vivants dans les écoles vétérinaires. Cinq ou six orateurs sont encore inscrits, dit-on. Nous attendrons que le débat soit plus avancé pour en dire toute notre pensée. A. D.

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

A M. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale a la Faculté de médecine de Montpellier.

Excursion chirurgicale en Angleterre : De l'ovariotomie et de quelques autres opérations praticables chez la femme.

(Troisième lettre.)

Mon cher ami,

Les indications et les contre-indications de l'ovariotomie deviennent tous les jours, malgré quelques incertitudes, plus faciles à déterminer. Sous ce rapport, il est des tumeurs que l'on peut abandonner à elles-mêmes; il en est que l'on peut traiter par la ponction ou par les injections iodées; il en est d'autres que l'on doit extirper; il en est enfin pour lesquelles

(1) Cela s'expliquerait mieux encore dans l'hypothèse où l'altération et la destruction partielle de l'épithélium vibratile du larynx et des bronches seraient la condition préalable de la pénétration des poussières dans les canaux respiratoires.

il faut savoir s'abstenir, sous peine de compromettre l'art en entreprenant des opérations impossibles et en y soumettant des malades incurables.

Il est des tumeurs, dis-je, que l'on peut abandonner à elles-mêmes; il en est qu'un traitement simplement palliatif suffit à modifier assez pour les rendre tolérables ou même pour mettre en jeu les efforts curateurs de la nature et amener peu à peu leur diminution, sinon leur disparition, de manière à faciliter le rétablissement fonctionnel et le retour de la santé chez la femme qui les porte.

Le docteur Adolphe Dumas (de Cette) m'a raconté l'observation fort intéressante d'une malade qui a vu se développer lentement, pendant plusieurs années, un kyste ovarique, sans cesser pour cela de devenir grosse à plusieurs reprises, notamment depuis une dernière ponction (la quatrième ou la cinquième), à la suite de laquelle la tumeur a diminué de volume d'une manière sensible et a paru devoir être tolérée indéfiniment. La première partie de cette observation a été publiée il y a déjà neuf ans (1).

A côté de ce cas, le même observateur en relate deux autres, recueillis pendant son internat à l'Hôtel-Dieu de Marseille, dans lesquels la mort a suivi de près l'injection iodée ou même la simple ponction.

Il est reconnu que, entre ces deux extrêmes, on trouve des cas intermédiaires dans lesquels les moyens palliatifs peuvent suffire et même devenir moyens curateurs.

Je ne veux pas ici rappeler nos connaissances sur l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire; il faudrait remonter à la discussion de 1856 devant l'Académie de médecine, puiser de précieux documents dans le mémoire rédigé par M. Bauchet en réponse à la question posée par l'Académie à la suite de sa discussion et couronné par cette savante Compagnie, y joindre enfin les nouveaux éléments dont les nombreuses ovariotomies pratiquées depuis lors ont enrichi ce sujet. Je m'éloignerais trop ainsi de l'objet de cet écrit, qui n'a pas la prétention d'être un travail *ex professo*. Je ne traite que la question clinique, la question d'indication ou de contre-indication opératoires, et je la traite surtout à la lumière de l'expérience acquise dans ces dernières années.

Or, il est évident qu'on peut rencontrer des cas analogues à celui que je viens de rappeler, cas heureux, exceptionnels, pour lesquels la nature a des ressources imprévues et même improbables : ce sont quelques cas de kystes uniloculaires, à parois peu épaisses, à contenu séreux, sans tumeur solide, chez des femmes d'un âge moyen, bien constituées, dans un état de santé satisfaisant.

On les juge alors à la première ponction. Notre décision paraît dépendre surtout de cette épreuve. Si la malade la supporte, je crois qu'il faut patienter; si la ponction, tout en étant bien supportée, est insuffisante; si le liquide se reproduit; si le kyste, sans revêtir de nouveaux caractères fâcheux ou sans causer de nouveaux accidents, redevient gênant pour le libre exercice des fonctions et même menaçant à un certain degré, je crois qu'on peut alors, qu'on doit même tenter l'injection iodée et qu'on a l'espoir de réussir; je crois qu'on se laisse même, par cette conduite prudente, la chance de recourir plus tard avec succès à l'ovariotomie comme dernière ressource lorsqu'on s'est assuré de l'insuffisance des ponctions et de l'injection.

Ce sentiment n'est pas précisément celui de tous les chirurgiens qui pratiquent l'ovariotomie. Je ne sais pas si l'on ne doit pas attribuer une partie de leur succès à la simplicité des kystes dont ils font l'extirpation et dont on aurait pu tenter la guérison par l'essai de moyens moins dangereux.

Les raisons que donnent ces chirurgiens pour opérer de prime abord l'extraction du kyste dans ces cas simples sont peut-être fondées. Elles sont tout au moins spécieuses. Si la ponction, si les injections iodées réussissent, disent-ils, ce n'est que dans un nombre de cas relativement très-minime. Dans un plus grand nombre, la guérison n'est pas obtenue par l'application de ces méthodes, la vie des malades n'est pas prolongée, et, ajoutent-ils, il est difficile de prévoir non-seulement les cas où ces moyens réussiront, mais encore ceux où ils ne deviendront pas des agents provocateurs d'accidents terribles contre lesquels on se trouvera dès lors entièrement désarmé.

L'argument est spécieux, surtout présenté de cette manière; il le devient davantage si l'on emprunte des éléments à la statistique, car les chiffres ne sont pas favorables ni à la ponction simple ni à l'injection iodée. Pour être moins promptement meurtrières, ces méthodes ne paraissent pas plus innocentes. Les statistiques de Southam, de Lee, de Kiwisch, de Fock et même du docteur West, qui est opposé à l'ovariotomie, attribuent à la simple ponction une mortalité considérable. Celles de M. Boinet ne sont pas non plus très-favorables à l'injection iodée, et, quelque partisan que ce chirurgien ait été de cette méthode, il a fini par pratiquer lui-même l'ovariotomie. En somme, et sans transcrire des chiffres dont la valeur ne nous a pas paru assez absolue pour mériter de les reproduire ici, l'argument contre ces méthodes de traitement est fondé.

Néanmoins, il est bon de le réduire à sa juste valeur et d'observer que les ponctions ou les injections d'une part et l'ovariotomie d'autre part, ne devant pas être appliquées au traitement de tous les kystes de l'ovaire indistinctement et d'une manière absolue, on aurait tort de continuer à comparer les résultats que l'une ou l'autre méthode peut donner comme méthode exclusive. Il nous paraît, au contraire, rationnel de faire d'abord un triage, un départ entre les kystes auxquels les ponctions ou les injections iodées peuvent être appliquées et ceux pour lesquels l'extirpation doit être réservée. — Appliquées aux kystes simples, séreux, uniloculaires, la ponction et l'injection iodée peuvent donner lieu à des succès sérieux, et ne développent qu'exceptionnellement des accidents formidables, incurables ou promptement mortels. Appliquées, au contraire, aux kystes visqueux, purulents, compliqués, multiloculaires, etc., elles ne peuvent faire espérer d'amélioration et exposent le plus souvent au développement d'accidents aussi rapides que funestes. — Appliquée aux kystes de la première espèce, l'ovariotomie doit réussir très-souvent, mais elle n'était pas indispensable, et, comme elle peut, dans ces cas même, être suivie d'accidents redoutables, inhérents à la méthode elle-même, elle doit être réservée pour des cas plus graves. Appliquée, au contraire, aux kystes de la deuxième espèce ou à ceux de la première que l'essai infructueux des ponctions et des injections a fait passer dans cette seconde catégorie, elle est doublement supérieure à la ponction et à l'injection, en ce qu'elle devient alors un moyen rationnel de traitement, et de plus en ce qu'elle est l'unique moyen de guérison d'une maladie que la ponction et l'injection ne peuvent qu'aggraver désormais et rendre promptement mortelle.

Ainsi, d'une part, la ponction et l'injection iodée doivent être tentées dans les kystes de la première espèce, parce qu'ils peuvent être des moyens curatifs ou tout au moins des palliatifs suffisants dont l'insuccès n'empêchera pas absolument d'appliquer, quoique avec moins de chance de guérison, la méthode radicale de l'extirpation. D'autre part, l'ovariotomie est la seule méthode praticable pour les kystes de la seconde espèce, auxquels il n'est permis d'appliquer la ponction que comme moyen explorateur.

Je sais bien que quelques ovariotomistes prétendent que la simple ponction et, à plus forte raison, l'injection iodée suffisent pour mettre le kyste hors d'état d'être extirpé sans de nouveaux et grands dangers qu'une ovariotomie primitive aurait épargnés à la malade; mais je crois qu'ils exagèrent un peu la gravité de la situation que l'emploi préalable de ces moyens créerait, selon eux, pour la malade placée dans ces conditions

(1) *Documents pour servir à la discussion des kystes de l'ovaire* (*Gazette médicale de Paris*, année 1856, p. 697).

nouvelles. Je n'ignore ni ces dangers ni cette gravité, mais je suis d'avis qu'ils n'existent primitivement que dans des circonstances exceptionnelles, ou consécutivement que dans des cas où l'on a abusé des tentatives de ponction et d'injection sans avoir borné ces essais à la limite où ils deviennent eux-mêmes formellement contre-indiqués, tandis que l'indication se présente alors de pratiquer l'ovariotomie. Il est clair que, dans ces cas-là, on peut avoir à regretter de ne pas obtenir de l'extirpation des résultats aussi heureux que les dernières séries d'opérations dont nous avons parlé semblent le promettre. Mais, pour être réservée à des cas plus graves et pour ne pas donner des résultats favorables aussi nombreux, l'ovariotomie n'en sera pas moins acceptable au titre de l'unique moyen de salut pour les malades, et d'un moyen dont les succès, à n'en pas douter, balanceront encore avantageusement les revers.

Ainsi, il est bien entendu que, tout en défendant la ponction et l'injection iodée comme devant être tentées dans les cas simples que je viens de spécifier, je pense que, si ces cas eux-mêmes se sont compliqués par l'effet de la durée de la maladie, de son évolution, des altérations qui s'y sont introduites peu à peu ou de celles que la ponction et l'injection y ont provoquées, on doit les faire rentrer par cela seul dans les cas auxquels l'extirpation est immédiatement applicable. Dernièrement encore, j'ai vu une pauvre malade arrivée mourante dans le service de notre collègue le professeur Dupré, après avoir subi durant l'évolution de sa maladie plusieurs ponctions infructueuses, et à laquelle l'ovariotomie aurait été applicable trois ou quatre mois plus tôt avec un succès probable. J'ai vu à Londres, dans le service du docteur Murray, à Sainte-Mary's Hospital, une jeune femme avec un kyste énorme, dans un état de débilité extrême, avec œdème et même commencement de gangrène des membres inférieurs, que l'ovariotomie aurait pu sauver, si elle avait été faite d'emblée, avant une ponction exploratrice que la prudence semblait autoriser, mais qui fut suivie d'une reproduction si rapide du liquide, que les accidents prirent en peu de jours un caractère assez fâcheux pour ne plus permettre aucune tentative et amener promptement la mort.

Telle est donc pour moi la limite entre l'indication et la contre-indication des ponctions ou des injections iodées, telle est la limite entre la contre-indication et l'indication de l'ovariotomie.

Il est pour l'ovariotomie des sources de contre-indications qui peuvent se tirer de l'âge, de la plénitude des forces ou, au contraire, de l'extrême débilité des malades; mais ces contre-indications sont, en quelque sorte, communes à l'ovariotomie et à toutes les opérations de gravité équivalente. Je ne m'occuperai ici que de quelques autres contre-indications spéciales, de celles qui sont particulières à l'opération elle-même.

Une de ces contre-indications, c'est l'existence avérée de parties solides et surtout de cancer dans la tumeur, exposant, soit à l'impossibilité de pédiculiser celle-ci, soit à la promptitude de la récidive et à l'inutilité ultérieure, sinon à la léthalité immédiate de l'opération. Je sais bien que M. Kœberlé a donné un exemple qu'on pourra imiter, en enlevant avec les ovaires le corps même de l'utérus, et que dès lors la pédiculisation de la tumeur devient absolument possible. Je sais qu'on entrera peut-être prochainement dans la voie déjà ouverte par M. Atlee et par le docteur Clay, et dont j'aurai l'occasion de vous entretenir de nouveau, de l'extirpation des tumeurs fibreuses utéro-péritonéales. Mais permettez-moi de regarder encore ces faits comme tellement exceptionnels, qu'ils n'autorisent pas l'introduction dans la pratique de préceptes contraires à ceux dont je crois devoir faire ici la base des contre-indications à l'ovariotomie.

Une autre de ces contre-indications, c'est le nombre, l'étendue et la solidité des adhérences, surtout dans les cas de kyste multiloculaire, soit à la paroi abdominale, soit aux divers viscères qui y sont contenus, surtout à ceux qui sont très-élevés, comme l'estomac, le foie, etc. Ainsi, j'ai vu avec M. Simpson une jeune fille de quinze à seize ans dont je vous ai déjà parlé, atteinte d'un kyste multiloculaire énorme, à contenu visqueux, filant, gris verdâtre, dont la ponction, après avoir vidé plusieurs poches, ne parvint à déterminer le retrait sur aucun point de l'épigastre au pubis et d'un flanc à l'autre; évidemment il y aurait eu imprudence à tenter l'extirpation d'une telle tumeur, dont les adhérences étaient si fortes et si étendues, qu'elles auraient empêché probablement le chirurgien de terminer l'opération.

Ce sont de telles adhérences, l'existence de tumeurs solides ou des erreurs de diagnostic devenues plus rares de jour en jour, qui nous expliquent l'entreprise, par quelques-uns des premiers ovariotomistes, d'opérations qui n'ont pu être terminées.

On trouve une énumération instructive des divers faits de cette catégorie dans l'appendice que John Clay a ajouté à sa traduction de Kiwisch. Après avoir énuméré, dans une première table, tous les cas d'ovariotomie suivis de succès, et dans une deuxième ceux qui ont été suivis de mort, il donne, dans une troisième, la liste des cas dans lesquels les tumeurs ovariques ne purent être excisées que partiellement. Des 24 malades comprises dans cette catégorie, 10 se rétablirent, 14 moururent d'hémorrhagies, de péritonite, de suppuration, de kyste ou d'affaiblissement. Enfin, dans une quatrième table, la plus intéressante de toutes relativement au sujet qui nous occupe en ce moment, il a rassemblé tous les cas dans lesquels l'ovariotomie a été entreprise et a dû être abandonnée.

Or, les cas renfermés dans cette dernière table sont de plusieurs espèces : les uns se rapportent à des tumeurs extra-ovariques (tumeurs fibreuses utérines, extra-utérines, mésentériques, hypertrophie utérine, grossesse tubaire) qui purent être enlevées : sur 13 malades, 10 succombèrent à l'opération; d'autres se rapportent à des kystes tellement adhérents, qu'ils ne purent être extirpés : sur 82 opérations, on ne compte pourtant que 24 morts; d'autres enfin se rapportent à des maladies toutes étrangères à l'ovaire. Dans certains cas, on ne trouva pas de trace de tumeurs, on ne rencontra que de l'obésité et du météorisme, ou qu'une tumeur splénique, ou qu'une masse intestinale conglomérée par des adhérences, ou qu'une tumeur indurée de l'épiploon, ou qu'une péritonite chronique avec dilatation et épaississement des parois du côlon, etc.; néanmoins, sur 23 malades, 16 se rétablirent de l'opération.

Il est évident que, tout en témoignant de la difficulté du diagnostic, ces erreurs, qui sont toutes antérieures à ces dernières années, doivent devenir de plus en plus rares. M. Spencer Wells cite lui-même, à la suite de ses opérations, trois cas dans lesquels il commença l'ovariotomie sans la terminer, soit à cause de la présence des intestins en avant de la tumeur, soit à cause des adhérences de cette dernière avec des organes importants, et trois autres cas dans lesquels il fit seulement une incision exploratrice dans le but de confirmer le diagnostic d'adhérences qui lui avaient fait présumer d'avance l'extirpation impraticable. De ces six malades, une seule parut succomber aux suites de l'opération. Les autres se rétablirent et ne succombèrent que plus tard aux progrès de la maladie elle-même, sauf une seule qui a survécu et qui a été ponctionnée deux fois depuis lors.

En définitive, après qu'on a cherché à donner au diagnostic le plus de probabilité possible par tous les moyens ordinaires, notamment par la ponction, on peut, d'après cela, tenter de convertir cette probabilité en certitude par une *incision exploratrice;* car l'expérience montre que, faite avec précaution, cette incision n'augmente pas à un très-haut degré les chances de mort de la malade. En supposant que ce dernier élément de diagnostic soit favorable à la décision de l'opération, celle-ci

se trouve toute commencée, et le chirurgien n'a plus qu'à la poursuivre.

Du reste, je ne veux pas aborder ici la question du diagnostic, parce que je n'ai rien de nouveau à dire sur les symptômes, tels que le volume, la forme, la fluctuation, qui dénotent l'existence du kyste; sur la mobilité, sur l'absence de douleurs fixes, constantes sur certains points, ou au moment de l'accomplissement de certaines fonctions, miction, digestion, etc.; sur le retrait du kyste après la ponction; sur les lumières que la palpation peut ajouter dans ce moment à nos connaissances antérieures relativement à l'existence d'adhérences, d'éléments solides dans la tumeur, etc. Bien qu'elle laisse encore à désirer, on peut dire pourtant qu'aujourd'hui, grâce à la probabilité que donne l'ensemble de nos moyens d'investigation, grâce à la certitude que donnera, s'il le faut, une incision exploratrice, on pourra s'abstenir de commencer l'ovariotomie, ou tout au moins de la poursuivre dans les cas où, en l'absence de contre-indications générales, on sera parvenu à constater tôt ou tard l'existence de contre-indications locales formelles.

Maintenant, mon cher ami, pour vous communiquer tout ce que mes observations m'ont appris sur l'ovariotomie, il ne me reste plus qu'à vous transmettre le résultat de mes renseignements et de mes réflexions sur la manière de la pratiquer. J'aurai l'occasion de comparer, chemin faisant, les divers procédés, de signaler le danger ou les difficultés de chacun des temps de l'opération, d'apprécier enfin les éléments probables de succès.

Les *préparations* que l'on peut faire subir aux malades avant de les opérer passaient, il y a quelques années, pour avoir sur le succès de l'opération plus d'influence qu'on ne leur en accorde aujourd'hui. Pour n'être pas directe, cette influence n'en est pas moins réelle, et je crois que lorsque l'opération peut être retardée on se trouve bien, en fait d'ovariotomie comme de toute opération dont le moment est laissé en partie au choix du chirurgien, de profiter du temps qui la précède pour mettre la malade dans les meilleures conditions possibles.

Une bonne alimentation, réparatrice, tonique, l'habitation dans un lieu bien aéré, les frictions sur la peau, un ou deux bains, et, suivant le cas, l'application de quelques autres règles d'hygiène commune, sont les meilleurs moyens préventifs des accidents les plus dangereux à la suite de l'ovariotomie, tels que l'hémorrhagie, l'affaiblissement, la suppuration, l'infection purulente ou putride. Vous avez remarqué le soin que mettent les chirurgiens dont je vous ai raconté les opérations à placer leurs patientes dans un milieu réunissant les meilleures conditions hygiéniques, lorsque l'hôpital où se trouvent ces malades ne leur paraît pas les renfermer suffisamment.

Du reste, je n'ai pas vu employer des moyens spéciaux, ou des médicaments réputés plus particulièrement préventifs des accidents redoutables que je viens de citer. Ces moyens se réduisent aux toniques francs ou aux reconstituants, parmi lesquels le fer tient évidemment le premier rang. M. Simpson professe une grande estime pour cet agent administré dans le but de préparer les malades aux opérations. Il prescrit surtout le perchlorure de fer. Vous savez quel cas je fais moi-même de ce précieux médicament, et l'empressement que j'ai mis à l'adopter, soit pour l'usage interne, soit pour l'usage externe, dans les cas de diphthérite, de plaies fongueuses ou variqueuses, d'ulcère du col utérin, d'hémorrhoïdes, de tumeurs érectiles, etc., etc. Vous ne serez donc pas étonné de me voir partager entièrement l'estime de M. Simpson pour le perchlorure de fer, et sa disposition à l'administrer avant l'opération chez bon nombre de sujets où il est indiqué, notamment chez les femmes atteintes de kyste ovarique, avant l'extirpation de la tumeur. Je crois seulement qu'on se trouverait bien de substituer souvent au perchlorure de fer caustique l'un des peroxychlorures de fer introduits dans la chimie pharmaceutique par notre collègue et ami le professeur Béchamp, qui joignent à l'avantage de n'être plus caustiques celui de conserver leurs propriétés hémostatiques et surtout toniques (1). Nous verrons, du reste, que l'emploi des préparations ferrugineuses n'est pas seulement préventif et réservé aux jours qui précèdent l'opération; on en a fait une application non moins heureuse aux suites de l'ovariotomie.

Comme toutes les opérations graves qui se pratiquent chez les femmes, et particulièrement sur l'utérus, l'extirpation des kystes ovariques doit être faite lorsque la congestion menstruelle est entièrement passée, et à un moment aussi éloigné que possible du retour de la fluxion périodique, c'est-à-dire environ huit jours après la cessation des règles.

Pour assurer le repos de l'intestin après l'ovariotomie, il est bon de le vider non-seulement par un lavement, mais même par un léger purgatif, la veille du jour fixé pour l'opération. J'adopte volontiers celui auquel M. Kœberlé donne la préférence (30 grammes d'huile de ricin mélangés à 20 grammes de sirop tartrique), en le faisant suivre le soir de l'administration de 1 à 2 grammes de sous-nitrate de bismuth, pour décomposer les sulfures gazeux restant dans le tube digestif.

Les premières opérations ayant été faites avant la découverte de l'anesthésie, les patientes ne purent bénéficier de l'application de cette heureuse méthode; mais depuis son introduction dans la chirurgie, aucun opérateur n'a manqué de l'employer avant de procéder à l'extirpation des kystes de l'ovaire. Effectivement, il est peu d'opérations plus longues, plus laborieuses, plus douloureuses, plus propres à déterminer dans tout le système vivant une commotion profonde, et l'on est trop heureux de pouvoir atténuer par l'action même prolongée du chloroforme l'influence de conditions aussi fâcheuses. Je n'ai pas vu un seul opérateur de la Grande-Bretagne négliger l'utile concours de l'anesthésie. En France, on le met à profit aussi largement : dans quelques-unes de ses opérations, M. Kœberlé a prolongé l'anesthésie pendant deux heures, et n'a pas usé moins de 250 grammes de chloroforme.

Il me paraît convenable de placer la malade sur un lit à opération plutôt que de la laisser dans son propre lit, pour donner au chirurgien toutes les facilités possibles. Quant à la position la plus avantageuse, je ne crois pas qu'il soit indispensable de la mettre dans un plan incliné ou sur un fauteuil, car la facilité d'évacuation du liquide résultant de cette position ne peut pas être mise en parallèle avec les dangers que peut courir une patiente que l'on ne chloroformise pas dans la position horizontale. J'ai vu un autre opérateur, tout en laissant la malade couchée, se placer entre ses genoux tenus élevés et écartés par deux aides. J'avoue que je préfère encore, comme aussi commode pour le chirurgien et plus avantageux pour la malade, le décubitus dorsal de la tête aux pieds, l'opérateur se plaçant à droite de la patiente, dont la situation est alors sans fatigue et sans danger de syncope.

Il faut se rappeler que l'ouverture d'une grande cavité comme l'abdomen, et son exposition prolongée à l'air, disposent le corps entier à un refroidissement notable. On n'attache plus aujourd'hui autant d'importance qu'autrefois à prévenir ce refroidissement par l'élévation de température et l'augmentation artificielle de l'humidité de l'appartement dans lequel on opère; mais on a soin de recouvrir de flanelle la poitrine et les membres inférieurs, de manière à y maintenir la chaleur vitale, ou même, comme le fait M. Spencer Wells, de recouvrir presque tout le corps d'une vaste couverture de caoutchouc, dans laquelle on a découpé une large ouverture circulaire dont les bords adhèrent autour de la paroi abdominale, ce qui offre le double avantage de prévenir le refroidissement, et d'empêcher les souillures par l'extravasation extérieure du sang ou du liquide kystique.

L'*opération* proprement dite se compose de cinq temps principaux :

(1) *Montpellier médical*, 1858-1859, etc.

1° Section abdominale;
2° Ponction et évacuation du kyste;
3° Rupture des adhérences, extraction de l'ovaire, constriction du pédicule;
4° Nettoyage exact des cavités abdominale et pelvienne;
5° Réunion de la plaie.

La *section abdominale* se fait toujours sur la ligne médiane ou ligne blanche; il n'y a que des inconvénients et aucun avantage à la pratiquer sur un autre point. Ses dimensions ont varié suivant que les opérateurs avaient pour but d'extraire le kyste entier et distendu par le liquide, ou de le tirer au dehors après l'avoir préalablement ponctionné et vidé autant que possible. La grande et la petite incision, ou ce que M. Chereau appelait le grand et le petit appareil, se sont partagés la faveur des chirurgiens, entre lesquels ils ont été le prétexte de longues discussions jusqu'à ces dernières années, où, sans attribuer une large part à la dimension de l'incision comme cause de péritonite et d'accidents mortels, on s'est pourtant accordé à donner primitivement à la section abdominale le moins d'étendue possible, sauf à la prolonger ultérieurement en haut et en bas si les difficultés de l'extraction l'exigent.

Une incision de 10 à 12 centimètres, à égale distance de l'ombilic et du pubis, est généralement suffisante. Dans tous les cas, elle suffit comme incision exploratrice, et il n'y a aucun inconvénient à ne l'agrandir que lorsqu'on en reconnaît la nécessité en poursuivant l'opération.

Quand on arrive sur le péritoine, l'incision présente quelques difficultés. Il faut, à cause de cela, se tenir toujours à sec en épongeant la plaie, et en plaçant des pinces à pression continue sur les veines parfois très-développées qui peuvent donner lieu à une hémorrhagie trop abondante. Puis il importe de distinguer le péritoine de la paroi même du kyste. Ce temps de l'opération est analogue à celui de la kélotomie, dans lequel on arrive sur le sac herniaire, et dans lequel on s'efforce de distinguer celui-ci de l'enveloppe séreuse immédiate de l'intestin lui-même. On soulève donc le péritoine avec une érigne, on y pratique une petite ouverture par laquelle on passe une sonde cannelée ordinaire ou une sonde cannelée à bords larges, alternativement en haut et en bas, et l'on divise la séreuse en glissant un bistouri ou des ciseaux sur la sonde, de manière à donner à sa division la même étendue que celle des téguments.

La *ponction* et l'*évacuation du kyste* constituent le deuxième temps.

Avant de les pratiquer, il est bon de passer la main entre la paroi abdominale et le kyste, et de s'assurer qu'il n'y a pas d'adhérences, ou de rompre dès ce moment avec les doigts les adhérences peu solides qui les unissent. On vérifie en même temps la nature de la tumeur, le volume relatif des kystes qui la composent; le plus volumineux, celui qu'il convient de ponctionner le premier, pouvant ne pas se trouver directement vis-à-vis l'ouverture abdominale. Du reste, il faut se garder de faire des efforts considérables pour rompre les adhérences, surtout si l'on soupçonne la paroi du kyste peu épaisse; car on risquerait de la rompre par ces efforts, et de déterminer l'évacuation de tout le liquide dans la cavité abdominale.

Aussitôt qu'on a fait cette exploration avec les précautions indiquées, on ponctionne le kyste. On peut se servir du trocart ordinaire, ou du trocart de Thompson, instrument fort simple et très-commode dont j'aurai l'occasion de vous parler plus tard. Mais en supposant qu'on soit, comme je l'ai dit, à la droite de la malade, on ne peut se servir d'un instrument plus commode que le trocart de M. Spencer Wells, dont la pointe évidée en tube comme la canule peut rentrer dans cette dernière ou la dépasser au gré de l'opérateur, et dont la canule elle-même porte une canule de dérivation soudée sur elle à angle droit, munie d'un tube évacuateur de caoutchouc, à l'extrémité duquel est un plomb qui la dirige dans un baquet placé à la droite du lit pour y recevoir le liquide du kyste. L'instrument a un diamètre suffisant pour permettre au liquide, habituellement épais et visqueux, de s'écouler sans trop de difficulté.

A mesure que le kyste se vide, pour éviter qu'il ne s'affaisse sur lui-même, et que son contenu ne s'échappe entre la canule et l'ouverture de ponction, on a soin de tenir les bords de cette ouverture fortement appliqués contre la canule du trocart, soit à l'aide de pinces-érignes fortes, soit à l'aide de crochets adaptés à la canule elle-même, et entre lesquels on attire avec des pinces ordinaires les parties voisines du kyste à droite et à gauche. Dès lors, on achève sans préoccupation l'évacuation du liquide, on ponctionne même tel autre kyste ou loge secondaire, trop distendue pour permettre le passage de la tumeur à travers l'ouverture abdominale, et l'on arrive ainsi, à moins de l'existence de tumeurs solides ou d'une agglomération trop considérable de petits kystes, à donner à l'ensemble de l'ovaire assez de souplesse et de mobilité pour pouvoir le faire passer, en l'attirant peu à peu au dehors, à travers l'ouverture abdominale.

Le troisième temps, *extraction du kyste*, peut être très-simple ou très-compliqué.

C'est alors qu'il faut rompre les adhérences qui retiennent le kyste vide et s'opposent à son extraction.

Si les adhérences n'existent pas ou sont peu nombreuses et peu résistantes, l'extraction du kyste n'est qu'un jeu. Au contraire, si elles sont nombreuses et résistantes, ce temps peut devenir très-périlleux ou nécessiter des manœuvres qui détermineront plus tard des accidents graves, et compromettront plus qu'aucune autre circonstance le succès de l'opération. Lorsque j'aurai fini la description de l'opération, je vous parlerai des conditions qui peuvent mettre le chirurgien dans l'impossibilité de l'achever; pour le moment, je suppose qu'on peut la poursuivre jusqu'au bout, en la bornant à l'extirpation de l'ovaire. Il faut dire que l'on atteint ce résultat aujourd'hui peut-être plus souvent que dans le principe, et qu'on ne se laisse pas décourager par l'existence d'adhérences même très-résistantes, sauf à laisser des portions de kyste sur les organes auxquels elles adhèrent, comme je vous en ai cité un exemple dans la première observation. L'expérience a prouvé qu'on peut encore, dans des circonstances en apparence si défavorables, espérer et obtenir du succès.

Mais il faut apporter un grand soin dans la déchirure ou la dissection de ces adhérences, non-seulement de celles qui unissent le kyste à la paroi abdominale et à l'épiploon, mais surtout celles qui peuvent l'unir à l'intestin, à l'estomac, au foie, à la rate ou à la cavité pelvienne, à l'utérus, à l'ovaire opposé, à la vessie, etc. Non-seulement on risque d'intéresser ces organes, et dans ces cas, il vaut mieux abandonner une portion du kyste que l'on découpe autour de l'adhérence et que l'on cherche à amincir le plus possible, mais on risque surtout de donner lieu à des hémorrhagies, et c'est pourquoi il faut s'efforcer d'étancher le sang, de lier tous les vaisseaux divisés qui paraissent exposer à une hémorrhagie ultérieure, soit sur l'épiploon, ce qui est le cas le plus fréquent, soit ailleurs. Quand on parvient à isoler, par cette manœuvre attentive et minutieuse, la totalité du kyste, on a à arracher successivement les divers fragments de la tumeur qui se sont détachés, comme j'en ai cité des exemples; on attire le reste de la tumeur au dehors, en agrandissant au besoin, dès le commencement ou vers la fin de ce troisième temps, l'ouverture abdominale et l'on saisit solidement le pédicule.

Il ne reste plus, pour achever ce temps de l'opération (qui est sans contredit, je ne saurais trop le répéter, le plus périlleux de tous), qu'à faire la constriction du pédicule. Je ne reviens pas sur ce que je vous ai déjà dit des divers procédés employés successivement pour atteindre ce but. Pourtant, on peut n'avoir pas le choix, et si le pédicule est court ou si l'on ne peut le prolonger artificiellement en faisant porter la constriction sur la base du kyste fortement plissée, au lieu de la faire porter sur le pédicule utéro-tubo-ovarien, on est obligé d'employer un des moyens que je vais vous signaler.

On peut d'abord poser en principe qu'il est préférable de tenir le pédicule attaché à la plaie abdominale, et autant que possible au-dehors de cette plaie, pour éviter la suppuration dans la cavité pelvienne, quoique les beaux succès de M. Tyler Smith semblent autoriser à ne pas concevoir à cet égard des craintes exagérées. Langenbeck paraît avoir posé le premier et appliqué ce principe. On peut passer une suture à la fois à travers le kyste et les deux lèvres de l'angle inférieur de la plaie, ou le retenir dans ce point par une forte aiguille, ou le maintenir simplement appliqué contre une de ces lèvres de la plaie, ou contre la partie voisine de la plaie abdominale (lorsqu'il est trop court) à l'aide de l'ingénieux procédé de l'acupressure imaginé par M. Simpson, et sur lequel j'aurai à revenir. Mais, depuis Hutchinson qui l'a imaginé en 1858, on se sert de préférence d'un petit appareil compressif auquel on donne, suivant sa forme, le nom de *clamp* (appareil à emboîtement) ou de *clipper* (appareil à embrasser, à rogner).

Le plus commode de ces appareils est celui que j'ai vu employer par M. Spencer Wells. Ce *clamp* s'ouvre comme un compas. Le pédicule est saisi dans la partie la plus rapprochée de l'angle qui se trouve façonnée à peu près comme l'entérotome de Dupuytren, mais en sens inverse relativement à l'angle d'ouverture. Après avoir serré le pédicule, on arrête et l'on fixe le degré de constriction à l'aide d'une vis, puis on désarticule les manches de manière à ne laisser sur la plaie, retenant le pédicule dans son angle inférieur, que la partie de l'appareil, relativement fort légère, qui opère la constriction.

Lorsque le pédicule est très-court et ne peut être ramené dans l'angle inférieur de la plaie au niveau du tégument, sans tordre ou tirailler démesurément l'utérus, force est bien de le laisser à une profondeur plus ou moins considérable.

S'il est mince, s'il peut être bien serré par un fil, en une ligature unique ou en deux ligatures, et s'il peut être coupé ras du fil, je ne vois pas d'inconvénient à imiter la conduite de M. Tyler Smith et à le laisser retomber dans le bassin, sauf les cas où des désordres produits par la déchirure de nombreuses adhérences peuvent faire craindre l'établissement de la suppuration. — Dans les cas contraires, surtout si l'on est obligé d'appliquer plus d'une ligature ou d'extirper les deux ovaires et de multiplier ainsi les ligatures, je crois préférable de tenir les fils dans l'angle inférieur de la plaie, en les tendant à l'aide d'une sonde de caoutchouc ou d'un bâtonnet, ou d'un *director* quelconque placé à travers les anses des diverses ligatures et reposant en travers sur la plaie pour les tenir attirés avec plus ou moins de force vers les téguments; ou bien de maintenir la constriction du pédicule à l'aide d'un serre-nœud, comme le fait M. Kœberlé, qui interpose même entre les parties inférieures des lèvres de la plaie deux valves de plomb destinées à empêcher l'occlusion de la plaie avant la fin de la suppuration, à maintenir béante une sorte de gouttière destinée à favoriser l'issue des liquides et du pus, et à isoler ce trajet du reste de la cavité abdominale et surtout du reste de la plaie dont la réunion est en quelque sorte assurée par la précaution de donner vers sa partie inférieure un libre écoulement à la suppuration déterminée autour du pédicule par ses agents de constriction. On a bien été jusqu'à proposer dans ces cas la section du pédicule par l'écraseur linéaire, ce qui faciliterait la réunion de la plaie et supprimerait l'inconvénient de laisser la ligature du pédicule dans son angle inférieur. Mais j'avoue que je redouterais trop l'hémorrhagie consécutive par les artères du pédicule, pour oser préférer ce moyen à ceux dont je viens de parler.

Quel que soit le procédé de constriction que l'on ait employé, il ne reste plus qu'à couper, à 5 ou 6 millimètres de la constriction, la portion correspondante du pédicule, pour compléter l'extraction du kyste.

J'ai cru devoir faire un temps particulier de l'opération, du *nettoyage des cavités abdominale et pelvienne*, à cause de l'importance que tous les ovariotomistes attachent, non sans raison, à débarrasser avec soin le péritoine de tous les corps étrangers qui y restent contenus. Si l'opération a été simple, on peut se dispenser de cette précaution inutile. Mais si du sang, du liquide kystique, des caillots ou des fragments de la tumeur se trouvent encore dans la cavité péritonéale, il faut extraire jusqu'au dernier des corps solides, et absterger jusqu'à la dernière goutte des liquides. Je crois que ce n'est pas sans une juste appréciation que les chirurgiens anglais attribuent leurs succès à cette précaution. Il ne faut pas craindre d'y consacrer tout le temps nécessaire, d'introduire la main à plusieurs reprises jusque dans la cavité pelvienne, d'y porter ensuite des éponges bien propres, de s'assurer que le péritoine est parfaitement sec, et de prévenir, par une attente suffisante ou l'application de nouvelles ligatures, les hémorrhagies consécutives.

Le dernier temps est la *réunion des lèvres de la plaie*. Un des grands avantages de l'emploi du *clamp*, c'est de la faire par première intention aussi parfaitement que possible. On a soin de faire rentrer dans la cavité abdominale, s'ils en étaient sortis, l'épiploon et les intestins, qu'un aide a refoulés tout le temps de l'opération avec des flanelles chaudes et mouillées, lorsqu'ils se présentaient à l'angle supérieur de la plaie; on maintient le *clamp* avec le pédicule dans l'angle inférieur, puis on saisit chacune des lèvres de la plaie et l'on y applique la suture à plans superposés, c'est-à-dire une suture profonde et une suture superficielle.

La suture profonde peut être enchevillée comme la pratique M. Kœberlé, ou simplement à parois passées, comme je l'ai vu appliquer par les chirurgiens anglais. M. Spencer Wells, ne laissant séjourner les sutures que les quelques jours nécessaires à la réunion, emploie simplement des fils ordinaires très-forts, les chefs de chaque fil passés dans les chas de deux aiguilles; il pousse alternativement chaque aiguille du péritoine (qu'il traverse à 5 ou à 6 millimètres de l'incision) à la peau (qu'il traverse à une distance de la plaie de 2 ou 3 centimètres), puis il serre fortement les deux chefs sur la ligne de réunion. Il applique les points de suture à 2 centimètres de distance l'un de l'autre, et dans l'intervalle, il place quelques points de suture superficielle. La dernière suture profonde passe tout près du *clamp*, de manière à retenir le pédicule sans le traverser. Les autres chirurgiens de Londres que j'ai vus opérer ne traversent pas le péritoine et se servent de sutures en fil d'argent. M. Simpson emploie des fils de fer, auxquels, depuis plusieurs années, il donne la préférence, et qu'il laisse, pour ainsi dire, indéfiniment dans la plaie. M. Simpson et M. Keith traversent, comme M. Spencer Wells, le péritoine par la suture.

Il me reste à vous parler, mon cher ami, des suites de l'ovariotomie au point de vue de l'opération, c'est-à-dire des moyens de prévenir ou de combattre les accidents qui se présentent.

Les accidents les plus redoutables, ceux qui ont causé le plus souvent la mort, sont : la commotion (*shock*), l'affaiblissement graduel des forces qu'aucune réaction n'arrête et qui conduit à l'épuisement (*exhaustion*), l'hémorrhagie, l'infection purulente, enfin la péritonite, qui paraît devoir être et qui serait en effet l'accident le plus fréquent d'après plusieurs chirurgiens, tandis qu'au contraire, d'après M. Spencer Wells, elle serait relativement plus rare que la fièvre purulente ou putride, que l'épuisement, et pourrait passer pour la cause de mort la moins commune.

L'anesthésie est un des meilleurs moyens de prévenir la commotion, et les soins immédiats donnés à l'opérée les meilleurs moyens de la combattre. Ces soins se réduisent à réchauffer la malade en l'entourant de flanelle, de réservoirs d'eau chaude, en lui donnant, s'il est nécessaire, de légères doses d'antispasmodiques (tilleul, éther), ou de cordiaux, ou d'excitants diffusibles (vin, cognac, acétate d'ammoniaque).

Pour prévenir l'affaiblissement de l'opérée, il faut faire régner autour d'elle le repos, la tranquillité; donner même de

faibles doses de bouillon, de vin, de médicaments toniques ou cordiaux, en se rappelant toutefois que le danger de l'hémorrhagie et de l'inflammation péritonéale fait une loi de laisser pendant quelques jours, par une diète assez sévère, le tube digestif dans le calme le plus absolu. Je vous ai dit que M. Tyler Smith pousse la précaution, au point de vue de la tranquillité de ses malades les premiers jours, jusqu'à mettre une sonde à demeure dans la vessie, pour leur éviter les mouvements nécessités par la miction.

Pour prévenir les mouvements fluxionnaires abdominaux qui peuvent déterminer des hémorrhagies ou le développement de la péritonite, M. Kœberlé a soin de tenir, pendant plusieurs jours, de la glace sur le bas-ventre, dans deux vessies placées des deux côtés de la ligne de réunion de la plaie. L'application de la glace sur le bas-ventre, dans les cas de débridement de la hernie étranglée, de cautérisation profonde de tout le gros intestin par un lavement dans lequel on avait par mégarde mis de la potasse, et de quelques opérations dans lesquelles on avait intéressé le péritoine ou fait subir quelque traumatisme grave aux organes abdominaux ou pelviens, comme à la suite de la réduction d'une inversion utérine, m'a paru présenter des avantages si réels, que je conseillerais volontiers l'emploi de ce moyen préventif. Pourtant je dois avouer que je ne l'ai vu employer par aucun des chirurgiens dont j'ai suivi les opérations en Angleterre, et que je n'ai pas vu leurs malades succomber en plus grand nombre aux accidents que l'application continue de la glace semble propre à prévenir.

Une condition importante, c'est d'assurer le repos de l'intestin autant que celui de la malade, de prévenir tout mouvement, tout tiraillement dans le bas-ventre, pouvant faire rentrer le pédicule, rompre les adhérences salutaires qui s'établissent à la plaie ou ailleurs, provoquer enfin, par le simple effet du déplacement réitéré des organes, l'apparition d'hémorrhagies ou l'invasion de la péritonite. On la remplit en couvrant le ventre d'ouate et d'un bon bandage de corps qui le maintient, par une constriction modérée mais méthodique, dans une immobilité absolue. On la remplit aussi par l'administration de la morphine destinée, comme à la suite de l'opération de la hernie étranglée, à narcotiser autant que possible le tube digestif. M. Kœberlé, dont les opérations sont si remarquables par les soins minutieux et excessifs apportés à l'exécution de chacun de leurs temps, ne manque pas d'administrer la morphine à ses opérées. En Angleterre, on n'a recours aux narcotiques que lorsque la douleur ou l'insomnie indique leur emploi.

Enfin, il est un accident important à prévenir ou à constater, c'est la suppuration de la plaie elle-même, qui peut amener de proche en proche celle du péritoine; c'est la suppuration, ou plutôt la putréfaction du pédicule mortifié par la constriction et dont la sanie infecte suffit pour produire, par son contact ou sa résorption, non-seulement l'inflammation du péritoine, mais la fièvre purulente et la fièvre putride. De là, la nécessité d'entretenir la plaie dans un grand état de propreté, par des pansements réitérés, par le changement fréquent du *lint*, par la suppression des sutures le quatrième ou cinquième jour lorsqu'elles ne sont pas métalliques, par la superposition, sur les points qui laissent suinter quelque liquide, de sachets légers remplis de poudres absorbantes, telles qu'écailles d'huîtres calcinées et quinquina, craie et rhubarbe, magnésie et cannelle (Spencer Wells); enfin, par la momification même du pédicule badigeonné avec du perchlorure de fer caustique (Kœberlé, Keith, Simpson); et même par les lotions de la plaie et des parties voisines menaçant de s'enflammer, avec une solution aqueuse au dixième de sulfate ferreux (Kœberlé).

Il est inutile d'ajouter que, en supposant que les suites de l'opération aient été bénignes et que rien n'ait entravé la marche régulière vers la guérison, la quantité des aliments administrés à la malade ne devra être augmentée que progressivement, et que la permission de se lever, et surtout de marcher, devra être accordée le plus tard possible; car il faut toujours se rappeler qu'un certain temps est nécessaire afin de donner aux adhérences récentes une fermeté suffisante pour les faire résister aux divers mouvements qui nous sont familiers dans l'état de santé.

Je n'ai pas oublié, mon ami, que je vous ai signalé comme un des plus graves accidents de l'ovariotomie, l'impossibilité où l'on peut se trouver d'achever l'opération. Ce danger devient tous les jours moins fréquent. Il est évident que si les adhérences empêchaient absolument l'extraction du kyste, il faudrait réunir les lèvres de la plaie abdominale et y comprendre les parois du kyste, de manière à l'y faire adhérer, soit que l'on tentât d'obtenir l'oblitération de son ouverture, ce qui ferait rentrer l'opération dans les cas d'une simple ponction; soit qu'on laissât béante l'ouverture du kyste, en l'agrandissant même, et conservant ainsi la possibilité d'introduire dans sa cavité divers liquides modificateurs ou du perchlorure de fer, ce qui ramènerait l'opération à l'incision du kyste qui a été conseillée par Ledran et pratiquée par plusieurs modernes avec peu de succès, d'après la statistique de Fock. Je préférerais cette simple incision à l'excision d'une portion du kyste qui n'a donné que de bien pauvres résultats (1). Mais, s'il était possible, je tâcherais de ramener l'opération par la réunion exacte de la plaie aux conditions d'une simple ponction.

J'ai dit comment on se comporte dans les cas d'adhérences intimes, mais partielles, qui peuvent obliger à laisser des lambeaux du kyste, en enlevant le gros de la tumeur, et étreignant le pédicule comme dans les cas simples.

Mais il est d'autres causes qui ont rendu quelquefois impossible l'achèvement de l'opération commencée, je veux parler de la présence de *tumeurs fibreuses utérines* pédiculisées ou non pédiculisées, contre lesquelles la chirurgie a paru jusqu'à ce jour impuissante.

Lorsque ces tumeurs se portent vers la cavité utérine, si elles se pédiculisent et forment des polypes, il est facile de les opérer; si elles sont simplement saillantes sans être encore pédiculisées, on peut sauver les malades, habituellement en proie à des hémorrhagies terribles, en essayant, comme je l'ai pratiqué après Amussat et M. Maisonneuve, de les découvrir par une incision, de les énucléer et de les extraire, soit en entier, soit par fragments.

Mais lorsque ces tumeurs se portent vers la cavité péritonéale ou se développent sur la couche moyenne de l'utérus, demeurant interstitielles malgré leur accroissement, les difficultés que présente leur extirpation paraissent insurmontables.

Pourtant de hardis ovariotomistes, rencontrant de pareilles tumeurs après la section abdominale, le plus souvent par suite d'erreurs de diagnostic, n'ont pas craint d'extirper ces tumeurs et parfois même de couper une portion de l'utérus. Il faut dire que la plupart de ces essais avaient été d'abord malheureux, même entre les mains du docteur Clay (de Manchester). On citait, avant ces dernières années, un seul succès de Atlee (de Philadelphie) (2); mais des opérations récentes tendent à modifier notre opinion sur ce point comme sur l'extirpation des ovaires.

Dernièrement, le même docteur Clay (de Manchester), ayant cru à un kyste multiloculaire et étant tombé sur des tumeurs fibreuses utérines, enleva l'utérus ou du moins le fond de l'organe avec ses tumeurs et les organes annexes, ovaires et trompes, après avoir appliqué sur le col, immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale, une forte ligature qu'il maintint dans l'angle inférieur de la plaie jusqu'au moment où elle finit par tomber. La malade guérit. La masse des fibroïdes, avec la moitié de l'utérus et les ovaires, pesait 8 livres anglaises. La préparation est à Édimbourg (3). Presque simultanément, le 20 avril de cette année, M. Kœberlé (de Strasbourg) extirpait

(1) Voyez les statistiques de John Clay à la suite de sa traduction de Kiwisch.
(2) West, *Diseases of Women*, p. 308. London, 1858. Statistiques de John Clay.
(3) *Gazette médicale de Londres*. Londres, 18 avril 1863.

avec succès un corps fibreux de l'utérus et les deux ovaires, en amputant en même temps toute la partie sus-vaginale de la matrice (1).

J'ajouterai au témoignage de ces faits accomplis l'opinion de M. Simpson, qui est favorable aux tentatives de ce genre, comme elle l'était jadis à la pratique de l'ovariotomie. J'ai vu dans la clientèle de cet illustre confrère une femme qu'il a citée dans le temps comme un exemple d'élévation de la matrice produite par le développement d'un fibroïde utérin. La tumeur s'est accrue lentement, mais avec tant de persistance, qu'elle a atteint aujourd'hui des proportions énormes; il est presque impossible de voir une tumeur dure, fibreuse de l'utérus si démesurément volumineuse. Je n'ose apprécier le poids que peut atteindre une pareille masse. Eh bien! à son occasion, M. Simpson discutait sérieusement la possibilité de faire l'extraction de pareilles tumeurs en les pédiculisant au besoin par la constriction de la portion sus-vaginale du col utérin.

Vous voyez que cette fameuse opération de l'extirpation de l'utérus revient avec de nouveaux faits sur le terrain de la discussion chirurgicale; mais elle y revient, heureusement pour son avenir, dans d'autres conditions, avec d'autres méthodes qu'autrefois; elle y revient avec une autre manière d'aborder le péritoine et la tumeur elle-même, avec d'autres procédés hémostatiques, enfin avec une prétention plus modeste que celle d'enlever et de guérir le cancer.

Elle y revient, en quelque sorte, comme un moyen de traitement des polypes utérins sous-péritonéaux, car on peut dire qu'il n'y a que des transitions ou des nuances entre l'extirpation d'un corps fibreux utérin sous-péritonéal et pédiculé, celle d'un fibroïde utérin non pédiculé, et celle de l'utérus entier hypertrophié ou criblé de tumeurs fibreuses interstitielles, dont le danger se rattache à une altération purement locale, sans aucune analogie avec les altérations profondes, humorales, *totius substantiæ*, qui caractérisent trop souvent le développement ou la présence d'un cancer.

Entre l'extirpation des tumeurs fibreuses et de l'utérus entier, conçue et exécutée de cette manière, et l'extirpation des kystes ovariques multiloculaires, pratiquée comme je viens de l'exposer, il n'y a pas de grandes différences, et l'analogie permet d'espérer un jour pour l'opération que je vous signale une réussite égale à celle que l'ovariotomie paraît atteindre à cette heure.

Je crois qu'il faut laisser au temps et aux faits le soin de nous éclairer, et que nous ne pouvons nous former encore une opinion raisonnée sur cet objet.

Mais j'ai pensé devoir distraire les tentatives d'extirpation de l'utérus et de ses tumeurs fibreuses des autres opérations dont je veux encore vous entretenir, afin de les rapprocher de l'extirpation des ovaires, dont elles semblent former un appendice naturel.

Je regrette, mon cher ami, que cette exposition ait été un peu longue. Si je me suis laissé entraîner par la discussion, c'est que la question que je viens d'agiter est doublement intéressante, parce qu'elle est depuis quelque temps à l'ordre du jour, et qu'elle n'est pourtant pas encore jugée. Elle a trait d'ailleurs à une des opérations à la fois les plus graves et les plus salutaires de la chirurgie. J'espère vous avoir montré comment d'intrépides opérateurs, attachés au fait plus qu'à la théorie, habiles à perfectionner, ayant par-dessus tout le courage de leur opinion, ont appelé peu à peu, par l'accroissement dans la proportion de leurs succès, l'attention et l'approbation du monde chirurgical.

Aujourd'hui que les faits parlent assez haut, nous pouvons prendre pour des réalités l'espoir conçu par Morand il y a près d'un siècle, et les heureux présages donnés il y a près de vingt ans à l'ovariotomie par l'approbation éclairée de M. Simpson. Le temps n'est-il pas venu où, pour emprunter à ce chirurgien une heureuse expression, « nos connaissances élève-» ront un nouveau et glorieux monument à l'art de guérir, et » où cette hardiesse chirurgicale que des hommes timides ont » trop prématurément condamnée, finira par recevoir les ap-» plaudissements de la profession » ?

Agréez, etc. A. Courty.

(1) Communication à l'Académie des sciences, séance du 15 juin 1863.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 AOUT 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Nous donnerons le compte rendu de cette séance dans le prochain numéro.

Académie de médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 18 AOUT.

Chirurgie. — M. le docteur *Aug. Mercier* lit un mémoire intitulé : Sur le cathétérisme et le traitement des rétrécissements réputés infranchissables de l'urèthre.

L'auteur commence par rappeler que la difficulté tient tantôt à ce que, le rétrécissement étant excentrique, la bougie ne le rencontre pas; tantôt à ce qu'il est très-étroit et très-dur, et que la bougie, quoique engagée, ne peut vaincre sa résistance et fléchit. Il a conseillé, il y a près de vingt ans, pour le premier cas, des bougies légèrement coudées à leur extrémité, qui peut être ainsi portée vers les différents points de la circonférence de l'obstacle, et, dans le second, de ne pas s'acharner à franchir cet obstacle d'emblée et avec la même bougie, mais d'en traverser d'abord une partie avec une bougie fine, puis de dilater cette portion avec une grosse, ensuite de revenir à la fine, puis à la grosse, et ainsi de suite.

Mais il a rencontré depuis des rétrécissements dans lesquels les deux genres de difficultés se trouvaient réunis : c'étaient surtout des rétrécissements traumatiques. Ceux-ci offrent même souvent cette particularité défavorable, qu'ils ne présentent pas à la bougie une sorte d'entonnoir, mais une cloison brusque perpendiculaire à l'axe.

M. Mercier rapporte deux faits dans lesquels, après des efforts inouis et toujours infructueux faits par d'autres et par lui, il eut recours au procédé suivant : Il fit faire un tube de 8 à 9 millimètres de diamètre, long de 16 centimètres, ouvert à ses deux extrémités, et une tige d'acier inflexible, longue de 35 centimètres, d'un millimètre et demi de diamètre, simplement arrondie par un bout, et terminée de l'autre par une olive de 2 millimètres et demi. Il introduit ce tube dans l'axe du canal et le presse contre le rétrécissement, qu'il tend comme la peau d'un tambour. Puis, avec le petit bout de la tige, il explore toute sa surface par de douces pressions, et il finit par trouver une inégalité Si la tige y pénètre un peu sans douleur, et transmet la sensation d'une légère étreinte, c'est l'orifice du rétrécissement. Alors il presse davantage, puis il dilate avec l'extrémité olivaire; bref, il se comporte comme dans le second procédé décrit précédemment.

M. Mercier tire de ses deux observations de rétrécissements traumatiques l'occasion de dire que ces rétrécissements eux-mêmes offrent des différences très-grandes et difficiles à prévoir sous le rapport du traitement.

Ainsi, dans sa première observation, où la maladie semblait plus grave, la simple dilatation donna un succès facile et prompt. Dans le second, beaucoup plus simple en apparence, elle fut impuissante, et il fallut recourir à la scarification. Bien

plus, un scarificateur terminé par une tige aussi fine que celle dont il vient d'être question ne put s'engager dans le rétrécissement faute d'être dirigé par le tube.

Force fut donc de se servir de la tige-bougie comme conducteur, et de faire glisser sur elle, jusqu'au rétrécissement, un tube du même diamètre qu'elle, portant latéralement à son extrémité une lame en demi-fer de lance, le tout recouvert d'une gaîne. Arrivée à l'obstacle, cette lame fut poussée au travers et le divisa. Elle ne pouvait s'égarer et dépasser l'extrémité de la tige, retenue qu'elle était par l'olive terminale. M. Mercier préférerait aujourd'hui une lame de chaque côté du tube pour conserver la rectitude du canal, circonstance favorable au passage ultérieur des bougies.

Le résultat de cette opération fut on ne peut plus simple, et au bout de peu de jours le malade était guéri, se passant des bougies de 8 millimètres et demi.

L'auteur fait remarquer combien la marche qu'il a suivie est préférable à celle qui consiste à pratiquer un canal artificiel toujours difficile à établir, plus long que le trajet qu'il remplace, tortueux, éminemment cicatriciel, et par conséquent rétractile.

SÉANCE DU 25 AOUT 1863. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'Instruction publique transmet une liste de différents ouvrages de médecine dont il fait hommage à la bibliothèque de l'Académie.

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Boursier* (de Creil) sur le traitement du croup et de l'angine couenneuse par le lavage des parties malades avec un pinceau imbibé d'alcoolat de cochléaria. (*Comm.:* M. Trousseau, s'il y a lieu.) — *b.* Une lettre de M. le docteur *Tavernier* (de la Nièvre), accompagnant une observation de cicatrisation obtenue directement « sous l'effort et la protection du collodion ». (*Comm.:* M. Gosselin.) — *c.* Une lettre de M. *Husson*, directeur général de l'Assistance publique, qui se porte candidat à la place de membre associé libre. — *d.* Une lettre de M. le docteur *Beyran*, relative à un nouveau modèle d'uréthrotome à rotation.

M. *Rayer* offre en hommage à l'Académie le quatorzième volume des *Mémoires de la Société de biologie*.

M. *le Président* annonce la mort du dernier correspondant élu, M. le docteur Reybard (de Lyon), décédé après une très-courte maladie.

M. *Poggiale* présente, au nom d'un des pharmaciens de l'armée, un travail sur l'état moléculaire des liquides et leur pouvoir de capillarité.

M. *J. Guérin* présente, au nom de M. le docteur Juan Creus y Manson (de Grenade), un ouvrage intitulé : TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE SUR LES RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTIQUES.

Lecture.

M. *Gobley* donne lecture d'un rapport officiel sur une nouvelle source d'eau minérale sulfureuse découverte dans le lac d'Enghien. L'Académie approuve la demande d'exploitation. — M. Gobley lit un autre rapport, mais cette fois défavorable, sur une demande d'exploitation d'une nouvelle source découverte à Miers (Lot).

M. *H. Roger*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions, toutes négatives, sont successivement mises aux voix et adoptées sans discussion par l'Académie. Toutefois, M. Roger fait une exception honorable en faveur de M. le docteur Chevreuse qui propose la *conferva bulbosa* pour remplacer la charpie ordinaire, sous le nom de *charpie végétale*. M. Roger demande que des paroles d'encouragement soient adressées à ce laborieux et modeste praticien, qui cherche depuis trente ans à rendre plus facile et moins onéreuse la médecine des pauvres.

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture de l'ampliation du décret en date du 14 août, par lequel la nomination de M. Magne, membre titulaire, est approuvée.

Sur l'invitation de M. le président, M. Magne prend séance.

M. *le Secrétaire annuel* donne lecture d'une lettre de M. le docteur Blatin, secrétaire de la Société protectrice des animaux, à propos des vivisections.

L'ordre du jour appelle la discussion sur les vivisections ; la parole est à M. Dubois (d'Amiens).

L'orateur rappelle d'abord les dissidences élevées entre lui et la majorité des membres de la commission des vivisections, dissidences qui ont motivé la démission qu'il a donnée de ses fonctions de rapporteur. Il exprime le regret que les questions posées par M. le ministre de l'agriculture soient restées sans réponses. Ces questions étaient celles-ci :

1° Y a-t-il quelque chose de fondé dans les plaintes articulées par les membres de la Société protectrice, en ce qui concerne la pratique des vivisections en France ?

2° Y a-t-il lieu d'en tenir compte ?

3° Y a-t-il quelque chose à faire et dans quelle mesure ?

L'honorable académicien aurait voulu que la commission ne prît aucun souci des injures que n'avait pas épargnées la Société protectrice de Londres, qu'elle passât immédiatement au fond des choses et se mît en mesure de déclarer à M. le ministre si oui ou non il y avait quelque chose de fondé dans les plaintes articulées contre les expérimentateurs. Les injures, les exagérations et la violence ne peuvent que compromettre les meilleures causes : celles des écrivains anglais devaient retomber sur eux sans nous atteindre.

Examinant ensuite une à une les six conclusions du rapport de la commission, je crois, dit l'orateur, qu'il ressort de cet examen, que ces conclusions :

1° Ne répondent pas aux questions posées par le gouvernement ; car, après tout, nous ne disons pas s'il y a oui ou non quelque chose de fondé dans les allégations des protectionnistes anglais, s'il y a quelque chose à faire en réponse à leurs plaintes et dans quelle mesure.

2° Il y a implicitement des aveux formels sur la manière dont se pratiquent les vivisections, sur le défaut de surveillance, sur l'absence de but déterminé, etc., etc.

3° Les conclusions qui ont la prétention de réglementer les vivisections et les opérations laissent les choses absolument dans l'état où elles se trouvent ; elles font des recommandations et rien de plus.

L'orateur, exposant les abus dont il demande les réformes, s'élève contre l'usage des démonstrations expérimentales pour l'enseignement de la physiologie ou de la pathologie. A ses yeux, ce sont des cruautés inutiles et qui ne peuvent pas même servir à graver un peu mieux dans la mémoire des élèves les notions qu'on veut leur donner.

Quant aux opérations qui se pratiquent à Alfort, M. Dubois raconte que chaque cheval destiné à ces exercices subit 64 opérations si bien graduées que cela ne dure pas moins de dix heures, et que le cheval peut les supporter toutes avant de succomber. Les choses, dit-on, ne se passent plus ainsi, mais peu s'en faut. On invoque surtout la nécessité d'apprendre à se mettre en garde contre la résistance du cheval ; mais l'expérience des maîtres ne doit-elle pas suffire à mettre les jeunes gens suffisamment en garde ? Des médecins vétérinaires confessent eux-mêmes que, sur 20 opérations, il y en a 18 qu'on pourrait pratiquer avec autant d'avantages sur le cadavre. D'ailleurs, les ressources d'instruction de nos élèves en médecine, et qui sont les mêmes pour les élèves d'Alfort, ne devraient-elles pas suffire à ces derniers ?

En terminant, M. Dubois formule les propositions suivantes :

« Les vivisections ne sont utiles, ne sont indispensables dans l'intérêt de la science, que quand elles sont pratiquées en vue de quelques découvertes ou d'un progrès à obtenir. Elles doivent donc être proscrites toutes les fois qu'il s'agit de démontrer des faits connus et irrévocablement acquis à la science.

» En conséquence, il y aurait lieu de supprimer dans l'en-

seignement de la physiologie les démonstrations faites par voie de vivisection, que cet enseignement soit public ou privé; qu'il ait lieu dans les Facultés, dans les écoles préparatoires ou dans les cours particuliers, il ne devrait plus être toléré.

» En ce qui concerne les écoles vétérinaires, l'Académie, suivant nous, devrait déclarer qu'il y a lieu de supprimer ou d'interdire toute espèce d'opérations faites sur des chevaux vivants, dans le seul but de préparer les élèves à la pratique de la chirurgie vétérinaire. Les élèves de ces écoles remplaceraient les exercices par des opérations faites sur le cadavre et par l'assistance qu'ils prêtent à leurs maîtres dans les opérations qui se pratiquent aux cliniques des établissements.

L'orateur propose les amendements suivants :

» 1° L'Académie, sans s'arrêter à la forme injurieuse des documents qui lui ont été soumis, reconnaît que des abus se sont introduits dans la pratique des vivisections.

» 2° Pour prévenir ces abus, l'Académie exprime le vœu que désormais les vivisections soient exclusivement réservées à la recherche de faits nouveaux ou à la vérification de faits douteux; et que, par conséquent, elles ne soient plus pratiquées, dans les cours publics ou privés, pour la démonstration de faits définitivement acquis à la science.

» 3° L'Académie exprime également le vœu que les élèves des écoles vétérinaires exercés désormais à la pratique des opérations sur les cadavres, ne soient plus appelés à pratiquer ces opérations sur des chevaux vivants. »

M. *Parchappe*. « Avant de se montrer si sévères pour des savants qui ont droit à ce que leurs intentions soient respectées lors même qu'on contesterait l'utilité de leurs actes, tous ceux qui font partie, je ne dis pas seulement des sociétés protectrices, mais de la société tout entière, auraient dû se demander compte à eux-mêmes de la part de responsabilité qui revient à chacun de nous dans les souffrances infligées aux animaux pour la satisfaction de nos besoins, de nos passions, de nos goûts, de nos fantaisies.

Un tel examen n'eût pas manqué de révéler l'existence de bien des abus, à propos desquels le zèle de répression eût été d'autant plus méritoire, qu'il aurait imposé à chacun le sacrifice de quelques-unes de ses jouissances; mais il est plus facile et plus agréable de censurer les autres que de se réformer soi-même.

La Société protectrice des animaux de Londres aurait eu beaucoup à faire et surtout beaucoup à dire pour l'amélioration de la condition des animaux et pour l'adoucissement des mœurs publiques dans un pays où sont en honneur les combats d'animaux, et où les regards ne se détournent pas du sang de l'homme versé dans d'autres combats non moins féroces et beaucoup plus odieux, contre lesquels on aurait dû réserver les anathèmes de la charité chrétienne.

On a préféré traverser le détroit, faire irruption dans les amphithéâtres et les laboratoires de nos écoles, et commencer, à la manière des héros d'Homère, par des invectives, une guerre sans dépenses et sans dangers contre les quelques savants de la France auxquels peut s'appliquer le nom de vivisecteurs. Nous aurions compris qu'on eût appelé la sympathie de la société tout entière, la sollicitude des gouvernements et aussi les études de la science sur le grand problème de la destinée des animaux dans ses rapports avec les besoins de la civilisation, et qu'on aspirât à une conciliation des contradictions morales et économiques de la philanthropie, et je risque le mot, de la zoophilie. Mais, tout en résistant aux entraînements de nos sympathies pour cette grande cause, et tout en acceptant le débat dans les limites où il a été circonscrit, nous n'avons pu nous abstenir de déclarer hautement qu'en France on comprend aussi largement que partout ailleurs les devoirs de l'homme envers les animaux, et que la médecine française ne reconnaît à personne le droit de se placer au-dessus d'elle pour tout ce qui implique la douceur des mœurs et la générosité des sentiments.

Ici l'orateur entre dans des considérations sur le développement des connaissances physiologiques et sur l'histoire de la physiologie dans ses rapports avec les vivisections, depuis Galien jusqu'à nos jours. Après avoir montré les services nombreux que les expérimentations sur les animaux ont rendus, il s'étonne que les attaques contre les vivisecteurs viennent de la patrie de Harvey et de Charles Bell. Il rappelle l'opinion d'Auguste Comte qui, discutant la valeur scientifique des expériences auxquelles on peut soumettre les êtres vivants pour résoudre les problèmes de la vie, disait : « On ne saurait imaginer en ce genre d'expériences moins susceptibles d'un vrai succès scientifique que celles des vivisections qui ont été néanmoins les plus fréquentes. » A. Comte n'hésitait pas à attribuer une grande supériorité à l'observation pathologique. M. Parchappe discute cette opinion qu'il trouve trop exclusive, et il rappelle encore que lui-même a été obligé de se livrer à à des vivisections pour démontrer que le cœur n'agit pas seulement par les ventricules et que les oreillettes ne sont pas passives dans les phénomènes de la contraction du cœur.

« A mon avis, dit en terminant M. Parchappe, les expériences sur les animaux ne sont point indispensables à un enseignement pleinement efficace de la physiologie. Je n'hésite pas à déclarer qu'il y aurait abus à introduire ce mode de démonstration dans les cours publics autrement que par exception, et quand, par exemple, l'expérience se rapporte à des questions dont la solution est ou nouvelle, ou encore contestée. Encore doit-elle être faite avec mesure.

Quant aux exercices sur les animaux vivants, pour former la main des élèves aux opérations chirurgicales dans les écoles vétérinaires, j'avoue n'être pas convaincu de leur utilité. Il me semble que la chirurgie vétérinaire pourrait se contenter de ce qui suffit à la chirurgie humaine. Mais ce qui n'est pour moi l'objet d'aucun doute, c'est que pour l'atténuation, la répression et la suppression des abus, il n'est nullement nécessaire de recourir à une réglementation par l'autorité publique. Quant aux abus qui pourraient présenter un véritable dommage pour l'ordre ou pour la morale publique, l'intervention ordinaire de l'autorité, armée au besoin de la loi qui honore le nom de Grammont, serait dans tous les cas largement suffisante.

S'il y a des abus dans les laboratoires et les amphithéâtres scientifiques, c'est au mouvement de l'opinion publique contrôlée par les jugements des corps académiques et enseignants, et au besoin à l'autorité des doyens de nos facultés et des directeurs de nos écoles, qu'il appartient d'en assurer la prompte et facile répression. »

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCES DU 22 JUILLET ET DU 12 AOUT 1863.
PRÉSIDENCE DE M. BÉHIER.

ATROPHIE DE L'INSULA SANS APHÉMIE. — PELVI-PÉRITONITE RHUMATISMALE. FIÈVRES TYPHOÏDES RÉGNANTES. — SYPHILIS DES ENFANTS. — PELLAGRE.

M. *Parrot* montre un cerveau dans lequel l'*insula* de Reil et la troisième circonvolution du lobe frontal étaient entièrement atrophiées, sans que la malade eût jamais présenté les symptômes de l'aphémie. On sait qu'on a voulu établir, dans ces derniers temps, une liaison constante entre ce symptôme et une lésion de ce point précis du cerveau. L'observation a été publiée précédemment dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, n° 31, p. 506. A cette occasion, M. *Hillairet* rappelle un cas inverse observé par M. Charcot; il y avait aphémie sans lésion de l'insula.

M. *Hérard* a eu aussi deux malades ayant perdu la parole avec intégrité des lobes antérieurs du cerveau; la lésion siégeait dans le lobe moyen. M. *Delasiauve* a vu plusieurs cas d'aphémie sans que la lésion cérébrale eût de siége précis. Tous ces exemples prouvent, dans le même sens, que la rela-

tion qu'on voulait établir entre l'aphémie et le lobe cérébral antérieur est trop absolue.

— M. *Bourdon*, à propos du mémoire que M. Chauffard a lu dernièrement à la Société, sur la constitution médicale de de l'année 1862 (Voy. *Gazette hebdomadaire*, 1863, n° 19, p. 310-312, et *Archives générales de médecine*, juin et juillet 1863), travail dont il s'empresse de reconnaître l'intérêt et le mérite, croit devoir faire quelques observations sur le passage qui traite des pelvi-péritonites rhumatismales. M. Bourdon admet que le rhumatisme peut envahir tous les organes, même les viscères des cavités splanchniques. Cependant les cas de péritonite sont bien rares. M. Andral et M. H. Gueneau de Mussy en ont cité chacun un; pour lui, il n'en a jamais vu. Les pelvi-péritonites qu'il a traitées, notamment l'année précédente, ne lui ont nullement paru liées à l'influence rhumatismale. Toujours, au contraire, on les a trouvées en rapport avec la menstruation, la grossesse, l'accouchement ou avec un état maladif de l'utérus. En l'absence de ces circonstances étiologiques, M. Chauffard a cru pouvoir rattacher les pelvi-péritonites qu'il observait à une constitution médicale régnante, à une cause rhumatismale générale. Il a admis accessoirement l'influence de la vie sexuelle si importante chez la femme. Eh bien! cette dernière cause suffit à M. Bourdon pour expliquer les cas de péritonite de M. Chauffard; c'est l'action du froid ou des fatigues excessives amenant des perturbations menstruelles, qui ont déterminé la maladie. Dans un seul cas, il y a eu coïncidence de la pelvi-péritonite avec un état de rhumatisme articulaire; tous les autres faits de M. Chauffard ne lui paraissent différer en rien de la pelvi-péritonite, telle que l'ont décrite MM. Bernutz et Goupil. Pour être convaincu de la nature rhumatismale de ces péritonites, il aurait voulu qu'on lui en montrât chez les hommes.

M. *Guérard* croit qu'on fait en général trop bon marché de l'influence rhumatismale; il a vu souvent des péritonites qui se rattachaient essentiellement à cette cause par leur mode d'apparition, leur marche et la manière dont elles ont disparu. Lui-même, très-sensible au rhumatisme, s'est souvent senti saisi, sous l'influence du froid, d'une douleur subite du ventre, avec tension, ballonnement intestinal, cessation de l'excrétion des matières fécales, lesquelles se ramassent alors en masses dures, enveloppées d'une couche de mucus concret.

Ces accidents disparaissaient par l'application de laine et de taffetas gommé sur le ventre. Un de ses clients, le frère du célèbre voyageur Jacquemont, éprouvait le même genre d'accidents; une dernière fois il fut pris d'une manière plus intense, et succomba avec une véritable péritonite. M. Guérard croit que de la péritonite rhumatismale à la péritonite inflammatoire, il n'y a qu'un passage, comme de la congestion rhumatismale des séreuses articulaires à l'arthrite véritable. Il croit que, par exemple, les coliques sèches des pays chauds, qu'on a voulu rattacher toujours à l'intoxication saturnine, sont souvent de nature rhumatismale, qu'elles débutent par un point circonscrit du péritoine, s'accompagnent de tension intestinale, d'agglomérations de matières fécales durcies et enveloppées d'un mucus concret semblable à du blanc d'œuf. Le docteur Robert de Latour a proposé, pour remédier à ces accidents, d'enduire le ventre de collodion. M. Guérard s'en est bien trouvé.

M. *Goupil* reprend l'argumentation de M. Bourdon relative aux pelvi-péritonites décrites par M. Chauffard. Il pense qu'en en attribuant onze ou douze à l'influence rhumatismale, ce médecin a trop généralisé. Pour son compte, M. Goupil admet bien comme rhumatismal le cas qui s'est accompagné d'arthralgie; mais pour les autres, il pense, comme M. Bourdon, qu'il y a d'autres causes; indépendamment des excès sexuels ou des lésions des organes génitaux, M. Goupil a reconnu, avec M. Bernutz, qu'il existait des pelvi-péritonites menstruelles.

L'action du froid, de l'humidité, le lavage du linge, l'ingestion de boissons glacées, peuvent les déterminer lors de l'époque cataméniale. Il pense que plusieurs des malades de M. Chauffard se sont trouvées dans ce cas, et ont présenté une suppression de règles. Il ne suffit pas, pour attribuer la maladie au rhumatisme, de montrer que les sujets ont été mouillés; il faudrait démontrer qu'il y a eu en effet rhumatisme général, ou qu'il y avait diathèse rhumatismale. — La marche même de la maladie, telle que la trace M. Chauffard, lui inspire de nouveaux doutes sur sa nature. Selon ce médecin, dans les affections rhumatismales de 1862, les résolutions furent rares et les rechutes fréquentes; la maladie offrait un caractère subaigu. Au contraire, les pelvi-péritonites qu'il rapporte se sont résolues très-franchement. Les rhumatismes étaient très-peu inflammatoires. M. Chauffard s'est abstenu de saigner; au contraire, il a cru devoir saigner assez énergiquement les malades atteintes de péritonite. Il y a donc désaccord entre ces maladies et le caractère général des affections rhumatismales de 1862, telles que les dépeint M. Chauffard lui-même. Il paraît donc très-difficile à M. Goupil de rattacher à une cause aussi générale des affections locales qui n'ont pas montré d'ailleurs d'autres affinités avec la diathèse rhumatismale.

M. *Chauffard* a partagé l'étonnement de ses confrères en étudiant ces pelvi-péritonites multipliées; les premiers cas ont passé inaperçus; c'est leur répétition qui lui a fait saisir le lien qu'elles présentaient avec la constitution médicale régnante. On objecte que les antécédents de rhumatisme n'ont pas été notés, que les accidents généraux du rhumatisme n'ont été vus que dans un cas. C'est vrai, mais si ces deux conditions eussent été réalisées, il n'y aurait pas aujourd'hui de discussion, la nature rhumatismale eût été facile à saisir. Ce qui a décidé M. Chauffard à leur attribuer cette origine, ç'a été d'abord l'absence de lésion ou d'excitation appréciable des organes génitaux. Certaines de ces observations coïncident, dit-on, avec des troubles menstruels; ce sont, dit-on, des pelvi-péritonites menstruelles. Mais la présence des règles est-elle donc un obstacle au développement du rhumatisme? N'est-ce pas, au contraire, la cause qui a déterminé la manifestation de cette affection sur le péritoine? En quoi la suppression menstruelle explique-t-elle mieux la péritonite que l'influence rhumatismale? Sera-ce par une métastase? MM. Bernutz et Goupil ne voient que l'action du froid ou de l'humidité sur une fonction locale; mais souvent, au-dessus de ces causes, on trouve l'influence rhumatismale qui les domine. On ne cite pas, dit-on, de péritonites rhumatismales chez l'homme; il est vrai, mais M. Chauffard a justement insisté sur la prédisposition particulière que le sexe amenait chez la femme, et l'appel incessant que l'évolution menstruelle faisait des déterminations pathologiques sur la séreuse du bassin. L'analogue chez l'homme ne serait pas d'ailleurs le péritoine général, ce serait la séreuse des bourses, c'est l'orchite rhumatismale de Bouisson, c'est l'hydrocèle sans cause réelle, sans cause traumatique ou blennorrhagique. Beaucoup d'orchites, beaucoup d'hydrocèles n'ont peut-être pas d'autre cause.

On objecte à M. Chauffard que, pour établir ses rhumatismales, il ne peut invoquer que l'action du froid. Ce n'est pas exact, il y a encore la marche de l'affection, son caractère apyrétique, sa résolution relativement facile. On lui objecte qu'en 1862 les rhumatismes n'étaient pas aigus, et que cependant il a traité ces pelvi-péritonites comme des affections aiguës. S'il a employé le traitement antiphlogistique, ce n'est pas à cause de l'intensité des symptômes, mais à cause du lieu même qui était affecté; c'était plutôt une indication anatomique, pour prévenir des accidents plus graves, qu'une indication imposée par la forme aiguë de l'affection. On sait, par exemple, que le rhumatisme fixe, comme la pleurésie, demande un traitement plus énergique que le rhumatisme généralisé. Eh bien! il a considéré les pelvi-péritonites comme des rhumatismes fixes.

Enfin M. Chauffard n'a pas eu la prétention d'imposer ses

convictions à ses collègues, mais bien plutôt d'appeler leur attention sur une nouvelle manière d'envisager la question, point de vue qui pourra la faire mieux étudier et qu'il ne faut pas rejeter par une fin de non-recevoir préconçue, telle que l'influence du froid sur la menstruation.

M. *Goupil* ne refuse pas d'admettre la possibilité de la pelvi-péritonite rhumatismale, mais il ne la voit pas démontrée dans les faits cités par M. Chauffard. De plus, il rappelle que le propre du rhumatisme est d'envahir les séreuses tout entières, la séreuse du genou, la plèvre, les méninges, et non pas un coin seulement d'une de ces cavités. La limitation même de la pelvi-péritonite lui inspire donc des doutes sur sa nature rhumatismale. M. Goupil ne voudrait pas d'ailleurs qu'on attachât un sens trop absolu à ce qu'il a dit de l'action du froid sur les menstrues.

M. *Chauffard* ne veut pas non plus être absolu; il dit que pour le péritoine, il y a un département qui vit à part, ainsi la pérityphlite, la pelvi-péritonite n'ont pas de tendance à se généraliser. Quant à l'action du froid qui supprime les règles, produit-elle toujours une pelvi-péritonite? Non, ce sera quelquefois une pleurésie, quelquefois un rhumatisme articulaire. Voudrait-on faire aussi de tous ces accidents des conséquences de la suppression menstruelle, ou ne faut-il pas les rapporter à une cause plus générale?

M. *Roger*, constatant l'intérêt qu'a présenté cette discussion d'un point spécial du mémoire de M. Chauffard, exprime le désir que les doctrines générales de ce mémoire deviennent à leur tour l'occasion d'une discussion qui pourrait être mise à l'ordre du jour d'une séance prochaine.

— Dans la séance du 12 août, M. *Moutard-Martin* appelle l'attention de la Société sur un article de l'Union médicale, qui signale en ce moment une véritable épidémie de fièvres typhoïdes présentant un caractère de gravité exceptionnelle. Ces renseignements lui paraissent empreints d'une grande exagération. Les fièvres typhoïdes sont en effet nombreuses en ce moment dans son service, mais elles ne présentent pas en général de gravité.

MM. *Hérard* et *Empis* confirment, pour les services dont ils sont chargés, l'observation de M. Moutard-Martin.

M. *Colin* rapporte qu'au Val-de-Grâce il y a eu un très-grand nombre de cas de fièvres typhoïdes : 120 à 130 dans l'espace de quinze jours à trois semaines; la mortalité n'a pas été très-considérable, puisqu'on n'a guère eu qu'un décès tous les deux jours. Cependant il y a eu un groupe de cas graves et promptement mortels, dans lesquels les symptômes cérébraux ont prédominé.

M. *Chauffard* et plusieurs autres membres de la Société expriment à cette occasion le vœu de voir M. Lailler reprendre le rapport mensuel sur les maladies régnantes que, pendant deux années de suite, il a rédigé avec tant de zèle. M. Lailler a été forcé de l'interrompre depuis quelques mois faute de documents suffisants.

— M. *Roger* présente une enfant atteinte de syphilis. On voit sur le front deux bosses symétriques siégeant au niveau des bosses frontales, et grosses comme des noisettes. Depuis quelques jours, l'une des bosses s'est ramollie et l'autre a diminué de volume, mais il en est survenu deux autres plus petites dans le voisinage. L'enfant présentait d'ailleurs un écoulement à la vulve et des plaques muqueuses qui ont guéri par des applications locales d'un mélange de calomel et de sucre. Les bosses du front sont douloureuses au toucher, et la nuit plus que le jour. Il y a aussi des exostoses au tibia droit et à la partie inférieure de l'humérus; une roséole vient d'apparaître autour de l'anus. L'enfant prend, depuis dix jours, de l'iodure de potassium à la dose de 50 à 75 centigrammes. La mère a nié d'abord tout antécédent syphilitique, mais elle présentait elle-même une syphilide squameuse aux cheveux et à la région cervicale. Ces accidents et ceux qu'on observait sur l'enfant ne laissaient aucun doute sur leur nature. Telle a été aussi l'opinion de M. Fournier; enfin la mère a avoué avoir communiqué à l'enfant, en l'embrassant, un bouton sur la lèvre, lequel a été reconnu pour un chancre par M. Ricord. Selon ce syphilographe, on aurait ainsi l'explication des plaques muqueuses, mais pas celle des exostoses qu'il faut attribuer à une diathèse héréditaire antérieure.

M. *Hillairet* ne comprend pas les opinions exclusives de M. Ricord. Il a en ce moment dans son service un homme atteint d'accidents tertiaires, et qui est encore couvert de plaques muqueuses. Ces cas, dit-il, ne sont pas rares.

M. *Fournier* expose que M. Ricord admet, il est vrai, en thèse générale, qu'il y a séparation entre les accidents secondaires et les accidents tertiaires, mais qu'il reconnaît aussi la possibilité de certaines formes *galopantes*, où les accidents se confondent, surtout chez les enfants. La petite malade de M. Roger présente d'ailleurs de l'intérêt, parce qu'on a dit que les accidents osseux étaient rares chez les enfants. M. Fournier en a cependant vu un cas, et l'on peut en retrouver plusieurs dans les auteurs.

M. *Roger* rappelle qu'il a dernièrement entretenu la Société d'un autre enfant syphilitique, chez lequel l'origine de l'infection était difficile à retrouver (voy. *Gaz. hebd.*, n° 29, p. 477). On ne savait si l'on devait incriminer les parents ou la garde, ou supposer des pratiques pédérastiques; ces deux derniers points sont restés douteux, mais l'examen attentif des parents a complétement mis ceux-ci hors de cause, ils sont tous deux indemnes de toute syphilis. L'enfant est mort de diphthérite; l'autopsie a montré encore les traces des plaques muqueuses, mais pas de lésions syphilitiques viscérales.

— M. *Bucquoy* présente un malade atteint d'érythème pellagreux et de diarrhée chronique, mais chez lequel la triade symptomatique de la pellagre n'est pas complète. Tous ces désordres ont commencé il y a deux mois à la suite d'un accident. Le sujet a été renversé par une voiture; il est resté très-souffrant, et quelques jours après, il a été pris d'une diarrhée incessante qui a duré six semaines environ et l'a profondément débilité. Au bout de trois semaines environ, on a vu se développer sur les mains un érythème en tout semblable à celui de la pellagre. Il n'y a jusqu'à présent aucun trouble nerveux ou intellectuel. On remarque un peu d'œdème des pieds, sans albuminurie.

Ce malade est intéressant au point de vue de la filiation des symptômes. Il n'a jamais habité un pays à maïs; il se nourrissait bien; il n'a pas le moindre antécédent pellagreux. Ce fait tend à prouver qu'un état cachectique profond prédispose au développement de l'érythème pellagreux, quelle que soit d'ailleurs l'origine de la cachexie. Il vient à l'appui des opinions émises par M. Gallard, et dernièrement par M. Hillairet. Les aliénés y sont prédisposés parce qu'ils sont cachectiques. L'érythème présente tous les caractères distinctifs de la pellagre.

M. *Vidal* reconnaît le caractère pellagreux de l'érythème; il signale toutefois quelques nuances : la peau n'est pas aussi fendillée que dans les cas considérés comme types, il ne voit pas entre les doigts ce que M. Landouzy a désigné sous le nom de *peau ansérine*. Il admet d'ailleurs la nature cachectique de la maladie, et attribue une grande influence aux troubles de l'innervation locale.

M. *Bucquoy* répond que les caractères de l'érythème étaient plus tranchés il y a quinze jours, que le malade n'en est d'ailleurs qu'à sa première atteinte. Les troubles nerveux dont parle M. Vidal manquent ici jusqu'à présent; la diarrhée a été le phénomène initial.

M. *Vidal* pense que la diarrhée elle-même n'a peut-être été

ici qu'un phénomène nerveux déterminé par la commotion violente que le malade avait ressentie. Il a vu, dans une circonstance analogue, se produire un purpura aigu. Un ébranlement violent peut donc produire une altération des liquides ou des sécrétions.

MM. *Béhier* et *Guérard* citent des cas d'hémorrhagies subites.

M. *Gallard* admet, comme M. Vidal, l'influence possible d'un grand ébranlement nerveux sur les sécrétions intestinales.

D[r] E. Isambert.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Des indications de la trachéotomie dans le croup, par le docteur Guichard (de Troyes).

Les deux observations que publie l'auteur sont destinées à montrer l'application des principes posés sur la matière par M. le docteur Jousset dans les Archives générales de médecine (1844). M. Jousset subordonnait l'opportunité de l'opération à deux signes : l'existence du *sifflement laryngo-trachéal*, et celle d'*accès répétés de suffocation*. Dans deux cas de sa pratique, M. Guichard s'est conformé à ce précepte : dans l'un, il a opéré parce que les signes indiqués étaient très-manifestes ; dans l'autre, ces signes n'existant pas, il a attendu, et le malade a pu guérir sans ouverture de la trachée.

Nous reproduisons une partie de la première observation, non pas tant comme cas nouveau de trachéotomie qu'en raison de l'âge de l'enfant, qui n'avait que deux ans et quelques jours. Les lecteurs de la Gazette se rappelleront peut-être quelques remarques que nous avons présentées l'an dernier (t. IX, p. 723) sur la trachéotomie chez les tout jeunes enfants.

Obs. — L'enfant dont il s'agit est tombée malade vers le 28 avril 1859. Le 30, on constate une plaque pseudo-membraneuse étendue sur le bord libre du voile du palais, depuis la luette jusqu'au pilier antérieur droit. Le croup se développe. Le mardi 3 mai, la respiration est très-difficile. Dans la nuit, accès de suffocation, qui se renouvelle le lendemain 4, à onze heures. A deux heures, M. Guichard et le docteur Forest constatent l'inefficacité complète du traitement employé jusqu'alors; la gravité de la maladie est démontrée par l'abattement de l'enfant, la pâleur de la face, une teinte livide qui suivait le sillon naso-labial, enfin par la dyspnée excessive, quo caractérisaient surtout la grande fréquence des inspirations, le sifflement laryngo-trachéal, la suffocation et une dépression considérable au-dessous de l'appendice xiphoïde du sternum. En présence de ces caractères, le pronostic ne paraît pas douteux, et l'on demeure convaincu que de nouveaux accès amèneront presque inévitablement la mort de l'enfant. A quatre heures, M. Guichard procède à l'opération avec l'aide et sur l'invitation de M. Forest.

« L'opération est pratiquée suivant les règles classiques ; mais le cou de l'enfant est très-court, il est difficile de manœuvrer avec aisance dans le fond d'une incision étroite et profonde, au milieu d'une hémorrhagie qui menace un instant d'enlever l'enfant. L'isthme du corps thyroïde est toujours plus développé chez les petites filles que chez les garçons. Quatre ou cinq anneaux sont incisés au-dessous du cartilage cricoïde, et la canule double est introduite sans l'aide du dilatateur. L'opération a été un peu lente. Il n'y a pas d'emphysème. Un fragment d'agaric imbibé de perchlorure de fer est placé dans l'angle inférieur de la plaie; une rondelle de taffetas ciré sépare la plaie du pavillon de la canule, laquelle est fixée solidement par des rubans de fil assez larges. La cravate de mousseline enveloppe le cou.

» L'enfant, lavée, changée de linge, est reportée dans son berceau, où on lui fait avaler quelques cuillerées de bouillon.

» Les premiers moments de l'introduction de la canule sont difficiles à supporter, il y a des instants de suffocation et des quintes de toux ; après quoi la respiration devient profonde et régulière. Pas de fausses membranes rejetées.

» Pendant la nuit la respiration devient souvent bruyante et fréquente, on enlève à chaque instant la canule interne, on nettuie avec le pinceau de charpie, on favorise ainsi le rejet de quelques fausses membranes, de mucosités. — La cravate est sans cesse autour du cou de l'enfant.

» 5 *mai.* — Le matin la respiration est fréquente, 70 à 74 inspirations par minute. Le pouls est à 140. Il y a de la fièvre, l'enfant est impatiente, elle repousse les aliments et les boissons ; mais on fait céder facilement cette répulsion, elle finit par boire elle-même en tenant le verre avec les mains, et mange dans la journée un jaune d'œuf, quelques cuillerées de potage gras, du lait, du bouillon. On continue le chlorate de potasse, mis en usage dès le début. Quelques lambeaux de fausses membranes sortent par la canule, ainsi qu'un caillot de sang.

» Au bout de vingt-quatre heures, premier pansement. Cautérisation de la plaie, l'agaric imbibé de perchlorure de fer est enlevé. Il est impossible de laisser l'enfant sans canule, la suffocation est imminente. Je remets immédiatement une canule de plus gros calibre. Un de nos confrères, le docteur Vauthier, ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, vient voir la malade avec nous. Il la trouve dans d'assez bonnes conditions, et ne trouve pas d'autres indications à remplir. Il y a 64 inspirations et 140 pulsations. — Rien à l'auscultation. »

6 *mai.* — Une membrane tubulée épaisse est enlevée de la canule. On cesse le chlorate de potasse.

Au deuxième pansement, une grande quantité de fausses membranes ramollies sortent de la plaie.

Il en est de même le 7 mai. Ce jour-là, au moment du pansement, il sort un peu de sang de la plaie ; il se produit un vomissement dans lequel on trouve, au milieu de matières glaireuses, des débris de fausses membranes. La plaie se rétrécit déjà ; on la cautérise.

Les jours suivants, les événements ne présentent rien à signaler jour par jour.

Le 11 mai, on ôte définitivement la canule, qui à la rigueur eût pu être enlevée vingt-quatre heures plus tôt.

Quinze jours après l'opération la plaie était fermée. (*Bulletin de la Société de médecine de Besançon.*)

Les cantharides, altérées ou non, peuvent-elles déterminer le charbon? par M. le docteur Mignot.

Ce titre n'exprime pas très-exactement la question en litige, car voici de quoi il s'agit. Dans le département de l'Allier, un individu fut atteint d'un charbon malin, développé immédiatement après l'application d'un emplâtre cantharidé et sur le lieu même occupé par le vésicatoire. Avertie du fait, l'autorité chargea M. le docteur Mignot (de Chantelle) de lui en faire un rapport. M. Mignot conclut, non que la cantharide par elle-même, qu'elle eût ou non subi une altération, pût faire naître, par son action sur la peau, un charbon malin, mais que l'insecte pouvait s'être arrêté sur un animal charbonneux, y avoir puisé le virus, et en être resté, en quelque sorte, dépositaire jusqu'au moment où il a été employé comme topique.

Les objections que soulève cette manière de voir n'ont pas échappé aux membres de la Société de Gannat. Étant accordé qu'il s'agissait d'une tumeur vraiment charbonneuse et non d'un anthrax gangréneux, qui peut avoir pour point de départ l'application de n'importe quel topique irritant, il reste encore contre l'explication de M. Mignot des présomptions assez graves. On a fait remarquer que la cantharide n'a pas le goût des sucs putrides comme les mouches qu'on accuse de transporter d'individu à individu le virus charbonneux : on sait, en effet, qu'elle se nourrit du suc de fleurs odoriférantes, comme les fleurs de camomille et de millefeuille. On a plus vivement appuyé encore, et avec moins de raison suivant nous, sur les préparations que doivent subir les cantharides avant d'être employées comme poudre vésicante, et qui auraient pour effet de détruire le virus. Les cantharides sont desséchées presque toujours au soleil, et, quand elles le sont à l'étuve, ce n'est jamais à la température de 80 ou 100 degrés, qui serait nécessaire pour détruire la substance virulente. On ne serait même pas bien fondé à arguer de la putréfaction probable du virus mêlé à la poudre, puisqu'on ne dit pas si cette poudre était ancienne, et qu'on a vu des peaux d'animaux charbonneux transportées à de grandes distances, conservées en magasin, garder la propriété de transmettre le charbon.

Ces remarques n'ont d'autre but que de sauvegarder les principes en une matière qui intéresse très-sérieusement la santé publique, et parfois, comme on vient de le voir, la médecine légale. Nous n'en regardons pas moins comme dénuée de preuves suffisantes l'opinion du médecin de Chantelle.

Quant à savoir comment, en définitive, le charbon a pu se former sur le malade dont il s'agit, on a émis la supposition qu'une mouche chargée de virus avait pu s'arrêter sur la peau du sujet pendant le pansement. Une interprétation plus simple serait d'admettre que le développement du charbon a été spontané; car, s'il paraît avéré que la pustule maligne est toujours communiquée, il ne l'est pas moins que le charbon proprement dit peut naître spontanément. (*Bulletin de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat*, 15e année.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés (*état physiologique du pouls, muguet, entérite, ictère*, 1855; *céphalématome*, 1863). Paris, J.-B. Baillière et fils; 2 fascicules in-8.

M. le professeur Seux (de Marseille) a commencé, il y a plusieurs années, la publication d'une série de monographies qui formeront bientôt (si, comme on est en droit de l'espérer, l'auteur continue ses travaux) un traité complet des maladies des nouveau-nés, traité auquel on ne pourra refuser une grande valeur, puisque M. Seux y présente les résultats d'une longue expérience nosocomiale, éclairés par une critique judicieuse. Les travaux de ce médecin présentent, d'ailleurs, cet intérêt particulier, qu'ils reposent sur des faits observés dans le midi de la France, sous un ciel déjà sensiblement différent de celui de Paris, dans un milieu tout autre que celui où sont nés les meilleurs ouvrages que nous possédons sur les affections du premier âge. C'est une circonstance dont l'auteur pourrait, à juste titre, se prévaloir, tandis qu'avec une modestie qu'on doit trouver excessive, il semble ne la présenter que comme une explication des différences que l'on pourra trouver entre ses consciencieuses observations et celles de ses devanciers. C'est par le même sentiment de modestie que l'auteur se défend d'avoir songé à faire un traité didactique, en renonçant aux prolégomènes, aux généralités que Billard, Valleix, MM. Barthez et Rilliet, Bouchut, H. Roger, ont déjà développés ailleurs avec talent. C'est un travail tout de recherches, tout d'observation, étranger à toute idée de doctrine, qu'il livre au public, et l'exactitude des faits est le seul mérite dont il ose se prévaloir. Que M. Seux nous donne les nouvelles études qu'il nous promet sur le sclérème, les convulsions, la syphilis, etc., et nécessairement l'édifice se dessinera de plus en plus, les idées d'ensemble surgiront d'elles-mêmes pour faire une œuvre compacte et complète.

Bien que les premières monographies de M. Seux n'aient pas été analysées dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, on comprendra que nous renonçions à exposer aujourd'hui en détail des travaux qui remontent à plusieurs années et qui ont déjà fait leur chemin dans le public. Bornons-nous à constater que partout l'auteur y soumet à une sage critique et à une patiente vérification les opinions émises par les auteurs qui l'ont précédé. La méthode numérique est un instrument dont M. Seux fait usage volontiers pour remplir son but; mais il se défie des statistiques restreintes et se plaît à en élargir le champ le plus possible pour arriver à la vérité. Nous retrouvons le même esprit dans le dernier mémoire qu'il vient de faire paraître et dont nous voulons rendre compte pour montrer ce que sont les premiers.

Dans son nouveau fascicule sur le céphalæmatome, l'auteur ramène l'étude d'une maladie assez rarement observée, assez diversement interprétée, aux notions rationnelles d'une lésion anatomique simple, dont l'évolution pathologique se termine constamment par la guérison si on l'abandonne aux seules forces de la nature.

L'auteur définit d'abord le céphalæmatome, et, précisant son siége anatomique, déclare se limiter à la description de l'épanchement sanguin qui se fait entre le péricrâne et la surface osseuse, et propose la dénomination plus exacte de *péricrânématome*. Les autres variétés, telles que les épanchements sous-cutanés, sous-aponévrotiques ou même sus-méningiens de Valleix, ne sont que des complications dues à des circonstances particulières, d'un accident qui se présente d'une manière beaucoup plus générale sous le péricrâne.

La fréquence de cette maladie a donné lieu à des statistiques assez divergentes, selon les auteurs. Les résultats obtenus pendant dix ans à la Charité de Marseille donnent un nombre de 19 cas sur 5674 nouveau-nés, soit une moyenne de 1 sur 298; il y a des séries heureuses et d'autres malheureuses qui expliquent les divergences de ses devanciers, et, en ajoutant à ses propres résultats les relevés les plus exacts, ceux de Valleix et de Burchard, il arrive à un chiffre de 36 sur 9013 enfants, soit à une moyenne de 1 sur 250.

Quant aux causes du céphalématome, c'est surtout dans la disposition anatomique des os du crâne chez le nouveau-né qu'il faut les chercher. L'auteur rappelle, d'accord avec Haller, M. P. Dubois et Valleix, qu'à la naissance les os du crâne ne sont guère formés que par la table interne. Le diploé est à l'état rudimentaire, la table externe manque sur plusieurs points; la moindre pression fait naître une ecchymose entre les os et le péricrâne, et le lieu où l'on observe le plus fréquemment le céphalématome, c'est-à-dire la surface des pariétaux, au-dessus de la bosse pariétale, est justement marqué par l'orifice de trois ou quatre vaisseaux importants. M. Seux pense qu'on peut aussi invoquer la faiblesse des parois vasculaires réduites à la tunique commune de Bichat et non protégées encore par les canalicules osseux. On a cité, il est vrai, des exemples de céphalématomes chez des enfants plus âgés et même chez des adultes; mais, outre que plusieurs de ces faits ne sont pas bien établis, il faut les considérer comme de rares exceptions qui ne détruisent pas la règle et s'expliquent par quelques circonstances particulières. L'auteur rejette tout à fait la théorie de Michaelis et de Palletta, qui admettaient une maladie préalable de l'os, ostéite ou nécrose, car il n'y a ni suppuration ni esquilles. Il combat aussi comme trop exclusive l'opinion de Valleix, qui attribue une influence déterminante et fatale à la pression éprouvée par le pariétal au col de l'utérus pendant l'accouchement, par un mécanisme analogue à celui qui détermine l'accident si commun de la bosse séro-sanguine du cuir chevelu. La rareté du céphalématome tient, selon Valleix, à la rareté de la présentation du pariétal; mais M. Seux montre par des chiffres que cette présentation n'est pas si rare, et que, dans les observations qui en ont été recueillies par madame Lachapelle, Cazeaux et M. Chailly, il n'y a pas eu production de céphalématome. Enfin cette maladie s'observe dans des accouchements faciles, dans des présentations des pieds; on en a vu même chez un enfant mort dans le sein de la mère. La pression exercée sur la tête par le col de l'utérus doit donc être considérée non pas comme une cause nécessaire, mais comme une circonstance adjuvante dont on doit reconnaître la réalité. Dans les cas qui viennent d'être cités, l'hémorrhagie a dû se faire spontanément, et la disposition anatomique, c'est-à-dire la faiblesse des vasculaires, suffit à en expliquer le développement.

L'auteur détermine par des statistiques exactes le siége précis du céphalématome : 48 fois sur 85 sur le pariétal droit, 29 fois sur le pariétal gauche, 5 fois sur l'occipital, 1 fois sur le frontal, jamais sur le temporal; 9 fois sur 70, le céphalématome a été double, 3 fois seulement il a été triple.

Il étudie avec soin les symptômes de la maladie, et particulièrement le signe appelé le *bourrelet osseux*, qui ne se développe que dans l'espace de vingt-quatre heures à deux ou trois jours après la naissance, augmente progressivement et s'accroît de la périphérie au centre à mesure que la tumeur fluctuante diminue, et enfin s'affaisse lentement et disparaît complétement, ce qu'on peut considérer comme la guérison. Ce signe singulier et tout pathognomonique du céphalématome est

produit par un travail particulier d'ossification qui se passe dans le périoste, et qui a pour effet de hâter la résorption du sang épanché et d'amener la réparation des parties dénudées en même temps que de rétablir les rapports du péricrâne avec les os. C'est ce point important qui ressort avec évidence de l'étude anatomique à laquelle s'est livré l'auteur, et qui fait tomber définitivement les théories anciennes de Zeller, de Pigné, sur la prétendue destruction ou dépression de la table externe de l'os. C'est ce que, du reste, avaient déjà reconnu la plupart des chirurgiens français. (Voy. Nélaton, *Traité de pathologie chirurgicale*, t. II; *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 710.) L'ossification du périoste, conforme à ce que nous en ont appris les travaux de M. Flourens et de M. Ollier, rend également compte du bruit de parchemin ou de feuille de fer-blanc qui se produit sous le doigt quand on presse la tumeur à une certaine époque, bruit que Chélius, Schmitt et Nægelé avaient signalé, et que M. Seux a retrouvé 15 fois sur 25, quoiqu'il soit contesté par Valleix.

Mais la partie la plus neuve et la plus intéressante de ce mémoire est celle qui traite de la marche, de la durée et de la terminaison spontanée de la maladie. En parcourant nos différents traités classiques, on est frappé du peu de précision des paragraphes consacrés à la terminaison naturelle et au pronostic du céphalématome. En général, on lui attribue une gravité assez grande : on admet la terminaison par suppuration, par perforation du crâne, ou tout au moins la persistance très-longue de la tumeur. Le COMPENDIUM DE CHIRURGIE, tout en reconnaissant que la maladie offre ordinairement peu de gravité, n'en propose pas moins un traitement assez énergique et des opérations assez sérieuses. Dans toutes ces appréciations, nous ne trouvons pas de chiffres indiquant la proportion des cas bénins aux cas graves. Or, le travail de M. Seux nous donne, au contraire, des résultats numériques précieux : sur 25 céphalématomes, 24 ont guéri spontanément; pour le vingt-cinquième, la mort a été occasionnée par une autre maladie, une entérite avec muguet confluent. L'auteur nous semble donc autorisé à rejeter les terminaisons fatales parmi les complications accidentelles, et à conclure que la maladie guérit spontanément par les seules forces de la nature, et cela dans un espace de temps assez court, de dix jours à deux mois.

La conséquence en découle naturellement, que l'expectation est le seul traitement rationnel. De tous les moyens proposés, la compression est le plus innocent, mais elle est difficile à pratiquer; les autres, tels que le séton, les caustiques et l'incision, peuvent amener des suppurations ou des hémorrhagies mortelles. Il résulte, d'ailleurs, des observations où l'expectation seule a été pratiquée, que les tumeurs les plus volumineuses guérissent aussi bien que les plus petites, et qu'aucune indication réelle n'existe d'évacuer le foyer sanguin.

Telle est la dernière monographie de M. Seux. Elle ne peut nous inspirer qu'un désir, c'est de voir paraître bientôt les travaux nouveaux qu'il nous promet.

D[r] E. ISAMBERT.

VI

VARIÉTÉS.

M. le docteur Toirac vient de succomber à un anthrax du cou, compliqué d'érysipèle. En lui s'éteignent un esprit charmant, un homme honorable, un confrère aimé autant qu'estimé. Ses obsèques ont eu lieu samedi. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Velpeau, Thoinet de la Turmelière, Cloquet et Cordier (de Trouville). Des discours ont été prononcés par MM. Bauchet, A. Latour, et par le président du Caveau, auquel M. Toirac appartenait.

— Le jury du concours pour une place de prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris vient d'être ainsi arrêté par le sort : MM. Beau, Hardy, Gosselin, Guérin, Chassaignac, *titulaires ;* MM. Serres, Nélaton, *suppléants.* Les candidats inscrits sont : MM. Anger, Labéda, Hardy, Cocteau, Polaillon, Reliquet, Liné.

— Par décision impériale du 12 août, les récompenses honorifiques suivantes ont été accordées aux médecins des Sociétés de secours mutuels dénommées ci-après :

Médaille d'or : Docteur Fontès (1[er] arrondissement de Paris). — *Médailles d'argent :* Docteurs Missa (Soissons), Périat (Tournon), Devillers (Arras).

— Par décret en date du 12 août, M. le docteur Maissiat, conservateur à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé secrétaire du conseil général de l'Ain pour la session de 1863.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

GUÉRISON DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, ET MOYENS DE PRÉVENIR CETTE MALADIE A L'AIDE D'UN TRAITEMENT NOUVEAU, par le docteur *Jules Boyer.* 2e édition. In-8 de 61 pages. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

DES ALCOOLS, par *Louis Hébert.* In-8 de 64 pages. Paris, F. Savy. 1 fr. 25

DE LA FÉCONDATION DANS LES CRYPTOGAMES, par le docteur *Léon Vaillant.* In-8 de 134 pages et 2 planches. Paris, F. Savy. 2 fr. 50

DES SUCRES, par le docteur *A. Naquet.* In-8 de 82 pages. Paris, F. Savy. 1 fr. 50

LOIS GÉNÉRALES DE LA PRODUCTION ET DE LA PROPAGATION DU COURANT ÉLECTRIQUE, par le docteur *Victor Desplats.* In-8 de 81 pages. Paris, F. Savy. 1 fr. 50

Thèses.

Thèses subies du 21 mai au 1er juillet 1863.

72. GENTILHOMME, Alfred, né à la Neuvillette (Marne). [*Recherches sur la nature des tumeurs pulsatiles des os.*]

73. LACOARRET, Célestin, né à Accous (Basses-Pyrénées). [*Considérations sur l'étiologie et la prophylaxie de la phthisie pulmonaire.*]

74. GAILLANDON, Émilien, né à Chef-Boutonne (Deux-Sèvres). [*Sur quelques points de l'ovariotomie.*]

75. MATHAN, Eugène, né à Cormolain (Calvados). [*Essai sur l'étude des tumeurs hétéradéniques.*]

76. BOUGLÉ, Édouard, né à Paris. [*Quelques considérations sur les écrasements des doigts de la main et du pied au point de vue du traitement.*]

77. MARGILLE, Michel-V., né à Monnerville (Seine-et-Oise). [*Du vomissement sympathique dans les maladies.*]

78. GIRARD, J.-T.-Félix, né à Niort (Deux-Sèvres). [*Des caractères et du choix des eaux potables.*]

79. LASSENNE, Paul, né à Saint-Martin de Saignans (Landes). [*Des hydropisies consécutives à la scarlatine.*]

80. BAUGÉ, né à la Chapelle-sur-Loire (Indre-et-Loire). [*Des abcès froids.*]

81. HUREAU (Abel) DE VILLENEUVE, né à Paris. [*De l'accouchement dans la race jaune.*]

82. BAHUAUD, Julien, né à Nantes (Loire-Inférieure). [*De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur le développement et la marche de la phthisie pulmonaire.*]

83. TOUZÉ, A.-Adolphe, né à Vilray (Eure-et-Loir). [*Essai sur quelques points de pathologie générale de médecine et de chirurgie.*]

84. FIEUZAL, T.-Édouard, né à Cahors (Lot). [*De l'accouchement prématuré à l'aide d'un nouveau moyen.*]

85. GENOUD, François, né à Thonon (Haute-Savoie). [*Essai sur les eaux de Thonon (Haute-Savoie). Sources de la Versoie.*]

86. BERNARD, Édouard, né à Parthenay (Deux-Sèvres). [*Considérations sur les fractures condyliennes de l'humérus.*]

87. TURGIS, Eugène-H., né à Hermanville (Calvados). [*Recherches et observations pour servir à l'histoire du goître exophthalmique.*]

88. NOBLET, Charles-Louis, né à Blois (Loir-et-Cher). [*Du rôle des composés sodiques dans l'économie.*]

89. PIREYRE, G.-M.-A.-E., né à Saint-Amand-Tallende (Puy-de-Dôme). [*Hémorrhagies artérielles traumatiques de l'avant-bras et de la main.*]

90. LAMBERT, Émile-A., né à Montenay (Mayenne). [*De l'ergot de seigle et de son emploi en obstétrique.*]

91. MAUDUIT, Pierre-J., né à Pont-Saint-Pierre (Eure). [*De la névralgie lombo-abdominale dans les affections utérines.*]

92. FONT, J.-A., né à Mirande (Gers). [*Réflexions sur la névralgie lombo-abdominale, considérée surtout au point de vue des causes et du diagnostic.*]

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 4 SEPTEMBRE 1863. — N° 36.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêté ministériel. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Sur l'opération d'Esmarch. — II. **Revue clinique.** Pathologie chirurgicale : Cas de fongus bénin parenchymateux du testicule guéri spontanément. — Pathologie interne : Kyste multiloculaire de la face inférieure du foie. — Injections iodées. — Expulsion au bout de deux ans par vomissement des parois du kyste. — III. **Correspondance.** Hérédité de la folie. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — V. **Revue des journaux.** Nouvelle méthode de traiter les maladies en réglant la circulation du sang dans différentes parties du corps. — Emploi de l'arsenic contre les fièvres intermittentes. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VIII. **Feuilleton.** Fièvres typhiques du Mexique.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté, en date du 29 août 1863, sont maintenus dans leurs fonctions près la Faculté de médecine de Strasbourg, jusqu'au 1er novembre 1864, les agrégés en activité de service dont les noms suivent :

MM. KIRSCHLEGER, 1re section ; STROBL, 2e section ; WIEGER, 3e section ; BACH, 4e section ; HELD, 5e section.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 3 septembre 1863.

SUR L'OPÉRATION D'ESMARCH.

Le traitement de l'ankylose cicatricielle des mâchoires par la formation d'une pseudarthrose continue a préoccupé les chirurgiens ; les praticiens agissent, les théoriciens méditent, on publie de nouveaux faits, on examine les anciens opérés, et grâce à cette persévérance, qui est un caractère de la chirurgie moderne, d'ici à peu on saura décidément à quoi s'en tenir sur cette innovation. Au commencement de la présente année, nous avions pour notre part cherché à poser devant la Société de chirurgie et dans ce journal les principes qui doivent guider la pratique sur ce point. Nous avions été conduit à ce travail par la constatation malheureuse d'une série d'insuccès obtenus en France, et qui contrastaient singulièrement avec les résultats très-favorables annoncés par les chirurgiens étrangers, et surtout par M. Rizzoli (de Bologne).

La GAZETTE HEBDOMADAIRE, Dieu merci, va un peu partout, elle suit nos armées dans leurs expéditions lointaines, c'est pourquoi notre article a eu l'honneur d'être lu devant les remparts de Puebla par un chirurgien militaire qui porte un nom déjà connu dans la littérature médicale. Au milieu des fatigues de la guerre, notre confrère trouve le loisir de nous adresser la lettre suivante que nous publions d'au-

---

FEUILLETON.

Fièvres typhiques du Mexique.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Des travaux plus étendus et basés sur un plus grand nombre de faits mettront au jour la pathologie des *terres froides* du Mexique, comme nous avons essayé, dans un mémoire adressé au conseil de santé des armées, de tracer *les maladies qui ont régné dans les terres tempérées sur l'armée française à Orizzaba.* Avant l'histoire complète de cette pathologie, j'ai cru digne d'intérêt d'étudier les premiers symptômes généraux qui pourraient précéder une épidémie.

Sur le plateau de l'Anahuac, le typhus est la maladie redoutée ; tous les auteurs qui ont écrit sur le Mexique racontent cette terrible épidémie de *fièvre rouge* qui moissonna les Aztèques. Ce fléau est, dit-on, endémique sur ces hauteurs, dans la chaumière de l'Indien comme dans la demeure du riche, dans les *haciendas* isolées au milieu d'immenses propriétés comme dans les villes populeuses. Il y a huit mois à peine, le typhus ravageait l'armée mexicaine et lui enlevait un de ses généraux célèbres. Au moment donc où l'armée française occupait des campements abandonnés peu d'heures auparavant par l'armée ennemie, toute notre attention devait se porter sur les moindres symptômes, les saisir dès leur apparition pour tracer les mesures hygiéniques à prendre.

Je vais suivre la marche de notre colonne depuis Orizzaba, que nous quittâmes le 1er décembre, jusqu'à Puebla, dont le siége fut commencé le 18 mars.

A Orizzaba même, des accidents d'apparence typhoïde nous menacèrent après l'arrivée de nos blessés (5 mai). Grâce à la séparation des malades en deux hôpitaux, tout s'arrêta subitement ; plus tard néanmoins apparurent franchement des

tant plus volontiers, que le débat se renouvelait encore ces jours derniers devant la Société de chirurgie.

Mexique, devant Puebla, 8 mai 1863.

Sur les causes d'insuccès de l'opération d'Esmarch.

Monsieur le rédacteur,

Le numéro du 13 février 1863 de votre honorable journal contient un article de M. le docteur Verneuil sur les moyens de remédier aux causes d'insuccès de l'opération d'Esmarch. La lecture de cette savante analyse m'a suggéré l'idée d'une méthode qui me semble réunir, en théorie du moins, les conditions du succès. Cette méthode, du reste, n'est que le développement et l'application plus complète d'un moyen que M. le docteur Verneuil indique en ces termes dans le paragraphe intitulé : *Interposition des parties molles*. « On pourrait, dit-il, coiffer l'un des bouts osseux avec un lambeau muqueux ou cutané, en ayant soin de tourner vers le bout opposé la surface recouverte d'épithélium. »

Je rejetterais d'abord l'idée d'employer un lambeau muqueux. Il me paraît fort difficile de le tailler assez grand pour qu'il puisse recouvrir entièrement l'extrémité osseuse; l'existence du tissu inodulaire doit même rendre souvent cette dissection impossible. Un lambeau cutané n'offrirait pas ces inconvénients; mais que deviendra-t-il dans la cavité résultant de la résection? La suppuration une fois établie, il semble que l'on trouve réunies là les conditions favorables à sa résorption, sa fonte, sa disparition. Sa surface cutanée pourra perdre son épithélium, s'excorier, s'ulcérer en s'amincissant, se souder avec l'autre extrémité osseuse. L'isolement des fragments se trouverait ainsi de nouveau compromis. L'autre extrémité osseuse elle-même, celle qui n'est pas coiffée d'un lambeau cutané, comment se comportera-t-elle? Elle reste évidemment dans les conditions qui ont si souvent amené l'insuccès. Aucun obstacle n'est là pour empêcher la réparation de se faire, et les tissus, fibreux d'abord, osseux ensuite, de se produire. Quoi qu'il en soit, en se plaçant dans les conditions exprimées plus haut, il me semble impossible de faire pencher la balance en faveur de la probabilité de la réussite.

Mais si l'on recouvrait chacune des extrémités osseuses avec un lambeau cutané, dont l'extrémité libre serait fixée par une suture à la surface saignante de la muqueuse, et si l'on avait soin de reséquer une assez grande portion d'os pour que les lambeaux ainsi adossés ne fussent pas comprimés, pour que leur inflammation adhésive ne fût pas entravée, pour que même on pût surveiller l'état de leur surface cutanée, on se placerait dans des conditions semblables à celles de toutes les amputations, dans des conditions que l'analogie permet de juger très-favorables. La théorie, certes, ne saurait aller plus loin.

Dans les amputations des membres, nous voyons tous les jours une extrémité osseuse se souder à un lambeau cutané. Par analogie, je propose de traiter de même, isolément, chacun des fragments du maxillaire, c'est-à-dire de recouvrir chacun d'eux d'un lambeau cutané, afin d'obtenir deux moignons tout à fait séparés et indépendants. A priori, on ne voit pas pourquoi ce résultat ne pourrait pas être atteint. Les deux moignons constitués et cicatrisés, toute réunion devient impossible entre les deux fragments osseux. Or, c'est là le but de l'opération, le point capital, celui qui domine tous les autres, et auquel tout inconvénient accessoire doit être sacrifié.

Je ne m'arrête donc pas aux détails de l'opération, ni à la nécessité évidente d'autoplasties consécutives. Je n'ai voulu vous soumettre qu'une idée générale. C'est au génie inventif de chaque opérateur d'éclairer la pratique.

J'espère, monsieur le rédacteur, que vous ne jugerez pas ces courtes réflexions indignes de paraître dans votre honorable journal, auquel cas je vous serais reconnaissant de m'adresser le numéro qui les contiendrait.

Agréez, etc. J. Aronssohn,

Médecin-major au 7e bataillon de chasseurs à pied (armée du Mexique).

Maintenant un mot de réponse à notre honorable confrère.

Les développements qu'il donne à une idée que nous n'avions qu'énoncée sommairement, sont très-dignes d'attention; il est certain que le procédé qu'il propose, rationnel en principe et exécutable en pratique, pourrait rendre des services en un cas donné. On créerait de la sorte un coloboma buccal temporaire que l'anaplastie ferait aisément disparaître plus tard et en temps opportun. Toutefois, si M. Aronssohn veut bien prendre connaissance des derniers documents présentés à la Société de chirurgie, il verra que la question a progressé, et qu'en suivant certaines règles dictées par l'état pathologique, on peut se contenter de la section ou de la résection osseuse et compter sur le succès.

Ainsi, grâce aux derniers renseignements que M. Rizzoli nous a fournis sur ses opérés, nous avons montré que la section osseuse simple et sans perte de substance, suffisait à la formation de la pseudarthrose quand le resserrement des mâchoires était simple lui-même, c'est-à-dire uniquement causé par des brides inodulaires intra-buccales et non compliqué de destruction des parties molles de la joue.

Nous avons encore prouvé que dans les cas compliqués où il y a perforation générale, accumulation de tissu inodulaire, épaississement de l'os, etc., la section simple doit être remplacée par la résection, ou, en d'autres termes, qu'il devient nécessaire de faire au maxillaire et au-devant des adhérences

---

fièvres typhoïdes, et les autopsies que fit M. Ehrmann, médecin en chef de l'armée, démontrèrent l'identité parfaite des lésions anatomiques de cette maladie avec celles de l'entérite folliculeuse.

Le 1er décembre, nous quittions Orizzaba. En route, je reconnus sur un de nos artilleurs des symptômes pouvant inspirer une certaine inquiétude. Cet homme mourait quelques jours après à Palmar, et M. Coindet, médecin en chef de l'ambulance, découvrit une psorentérie générale, de magnifiques plaques de Peyer, bourgeonnantes, gangrenées. Pour personne, il n'y aura de doute sur l'origine de cette fièvre : née à Orizzaba, marchant lentement, sans que le malade, soldat courageux, voulût se plaindre, elle se terminait par la mort deux jours après l'entrée de notre homme à l'hôpital; elle avait évidemment été contractée à Orizzaba.

Après quatre jours de marche, la colonne s'arrêta un mois à San-Augustin del Palmar. Ce village, bâti, comme toutes les villes du Mexique, en cadres réguliers, situé au milieu de plaines sablonneuses, venait d'être abandonné par les troupes mexicaines, qui sont d'une grande malpropreté et ont à cœur, en quittant un casernement, de le laisser dans l'état de propreté le moins satisfaisant possible. Nos troupes furent mises sous la tente, dans des haciendas, dans des *corals*. Tout avait été soigneusement nettoyé et blanchi à la chaux. La batterie d'artillerie à laquelle nous appartenions était campée dans la cour d'une vaste maison. Nous étions installés depuis quelques jours, quand se déclarèrent des symptômes typhoïdes. Ce fait fut général, apparut à la même époque pour toute la colonne, et un certain nombre d'hommes entrèrent à l'hôpital. Nous priâmes M. le médecin en chef de visiter notre campement : les tentes étaient tenues proprement; les fumiers, les débris d'aliments brûlés ou éloignés; l'eau qu'on avait accusée d'être lourde, bien que les analyses n'y aient rien révélé, ces eaux étaient filtrées, aérées, rendues parfaitement potables. Rien ne paraissait expliquer cette apparition assez subite de phénomènes typhoïdes.

une perte de substance. Seulement, au lieu de retrancher un parallélogramme osseux (ce qui implique nécessairement, à moins de prothèse, une déviation fâcheuse de la portion libérée de la mâchoire), il paraît suffisant de reséquer un segment triangulaire à base inférieure, qui ne diminue guère l'arc mandibulaire et cependant empêche la coaptation des surfaces osseuses et la formation d'un cal véritable. A l'appui de cette dernière proposition, nous avons cité les faits de M. Heath (de Londres), de M. A. Wagner (de Kœnigsberg), et enfin nous invoquons le dernier cas opéré en notre présence par MM. Huguier et Boinet.

Ainsi donc il semble résulter de la nouvelle enquête à laquelle nous nous sommes livrés, que les procédés ordinaires sont efficaces à la condition d'être appliqués avec discernement et non exclusivement, et qu'ici comme ailleurs la lésion pathologique indique le choix du meilleur moyen.

Il ne faudrait pas conclure de ce qui précède que les remarques et la proposition de M. Aronssohn méritent de tomber dans l'oubli à titre de conceptions superflues. Si elles ne doivent pas être utilisées dans le resserrement unilatéral, en revanche l'idée qu'elles renferment pourrait s'appliquer à une variété bien autrement grave contre laquelle l'opération d'Esmarch ne peut rien. Je veux parler de l'ankylose cicatricielle bilatérale, heureusement plus rare que la première, mais dont la cure présente encore des difficultés presque insurmontables. Depuis longtemps déjà ce problème me préoccupe et voici à quel propos. Le 1er octobre 1862, je communiquai à la Société de chirurgie (voy. *Bulletin*, 2e série, t. III, pp. 438, 459) l'observation d'une fille de sept à huit ans affectée, par suite d'une stomatite grave, d'une double ankylose cicatricielle des mâchoires. Je tentai la section des brides, et pendant quelques mois, grâce à un traitement consécutif très-rigoureusement suivi, la guérison parut réalisée. Il n'en était rien, j'appris plus tard que l'insuccès était complet. Je conçus alors le projet d'une opération beaucoup plus radicale et fondée, comme on va le voir, sur des principes analogues à ceux que M. Aronssohn développe plus haut.

J'aurais fendu largement la joue, au-dessous du canal de Sténon, depuis la commissure labiale jusqu'au bord antérieur du masséter. Cette incision pratiquée au niveau de la ligne intermaxillaire, aurait mis à nu la masse cicatricielle qu'il eût été facile alors de disséquer, de diviser, d'exciser au besoin dans l'étendue nécessaire pour obtenir l'écartement des mâchoires. Jusque-là je n'aurais fait qu'imiter les chirurgiens qui, depuis bien longtemps, ont préféré à la section intra-buccale des brides inodulaires leur dissection faite à ciel ouvert à l'aide de l'incision préalable de la joue. Mais j'aurais ajouté un temps complémentaire destiné à prévenir la récidive. Voici en quoi il eût consisté :

Au lieu d'être réunies ou abandonnées à la réunion spontanée, les deux lèvres de la plaie génale auraient été largement isolées en haut et en bas de la face externe des maxillaires, puis roulées sur elles-mêmes de dehors en dedans, de façon à constituer un bourrelet convexe en dehors dont le bord cutané aurait été fixé par une suture appropriée, dans le fond du nouveau sillon géno-maxillaire créé par la division des brides et le décollement de la joue. Il en serait résulté un coloboma génal traversant horizontalement toute la joue, continuant les bords libres des lèvres supérieure et inférieure et laissant à nu les surfaces maxillaires rendues libres par la dissection; celles-ci se seraient recouvertes à la longue d'une couche cicatricielle remplaçant l'ancienne muqueuse gingivale. Au besoin et à l'extrémité postérieure de la plaie génale, proche le masséter, on aurait pu établir une commissure cutanée par un des nombreux procédés dont l'anaplastie dispose, de sorte qu'en cas de réussite primitive de l'opération, l'isolement complet et permanent des mâchoires eût été assuré.

Si je ne me trompe, cette opération, tout à fait conforme aux principes généraux de l'anaplastie, tels que je les ai exposés si souvent, remplit parfaitement les indications multiples de la lésion. Pour combattre la synthèse intermaxillaire et géno-maxillaire, je crée une triple dièrèse en séparant les deux mâchoires, les deux moitiés de la joue et chacune de ces moitiés du maxillaire correspondant. Mais il est évident que le procédé dépasse le but en créant le coloboma génal, difformité choquante, incommode, destinée seulement à assurer le succès définitif des deux autres dièrèses et tout à fait inutile dès que celles-ci sont réalisées. Dès lors une nouvelle indication surgit, consistant à faire disparaître en temps opportun la division génale temporaire par une synthèse ou réunion définitive.

Si l'on veut bien considérer l'état des parties tel que l'aurait constitué la première opération supposée réussie, on verra qu'au prix seulement d'une cicatrice extérieure linéaire la reconstitution de la cavité géno-buccale serait satisfaisante. En effet, les deux mâchoires seraient libres, leur région alvéolaire serait couverte dans une certaine hauteur d'une gencive adventice, le sillon géno-maxillaire serait reporté à

Toutefois, en nous rappelant les circonstances de la grande épidémie de fièvre rouge, nous fûmes frappés de la différence extrême des températures du jour et de la nuit à Palmar. Chaque matin, en effet, était marqué par la glace; le thermomètre descendait même jusqu'à — 4° — 5° la nuit ou le matin. A midi, au contraire, au soleil, nous trouvions + 46°. La température moyenne minimum de ce mois fut + 2 et le maximum + 42°. Or, si l'on remarque que les exigences du service forcent le soldat à se lever de bonne heure et l'exposent ensuite aux ardeurs du soleil, soit dans les marches, soit sous sa tente, on comprendra déjà qu'une différence de température de 40 degrés ne doit pas être sans influence.

Fait assez singulier, dans l'épidémie dont nous parlions plus haut, il est dit que les Indiens qui travaillaient dans les champs sous l'ardeur du soleil succombaient par milliers! Ressentions-nous déjà l'influence de cette chaleur accablante, bien plus désagréable à supporter, dit-on, que les rayons brûlants du soleil d'Afrique?

Le 1er janvier, la colonne se rendait à Quecholac, village construit comme Palmar, mais dont la partie orientale, arrosée par des sources nombreuses, présente plus de verdure, plus de fraîcheur. La température est moins rigoureuse, moins basse le matin : nous avons toujours 45°,50 au soleil, à midi; la glace a disparu, et, dès le matin, à huit heures, on trouve + 9° + 10° à l'ombre.

Les quinze premiers jours se passent sans présenter rien d'extraordinaire. A l'infirmerie, nous avons des fièvres intermittentes légères, des bronchites, des congestions internes du foie, du poumon, des reins, cédant au sulfate de quinine, aux ventouses; puis, dès le 14 janvier, les bronchites, les diarrhées, toujours en grand nombre, se compliquent d'un élément typhoïde dans toute la garnison de Quecholac. Le malade perd l'appétit, la figure se colore, les yeux sont brillants; la langue, blanche d'abord, se brûle et se fendille. En même temps la fièvre, qui n'existait pas ou tout au plus à l'état intermittent, devient continue. Le ventre devient douloureux;

une certaine distance du bord libre des mâchoires, et enfin si les téguments étaient abondants, rien n'empêcherait d'utiliser une partie des bourrelets cutanés à la reconstitution de la face interne de la joue.

Je ne méconnais nullement la distance qui sépare un procédé théorique de son application sur le vivant, et les modifications souvent considérables que l'état anatomique des parties apporte à la réalisation d'un plan opératoire. Je ne me dissimule pas davantage les lenteurs et les chances d'insuccès du procédé compliqué que je propose, mais je prie aussi ceux qui jugeront le projet, de prendre en considération la gravité de la lésion dont il s'agit et l'impuissance ordinaire des moyens d'ailleurs graves eux-mêmes qu'on lui oppose.

Au reste, je n'ai pas la priorité de l'idée, et sauf l'enroulement des lambeaux et leur fixation régulière par la suture, que je considère comme d'une grande importance, j'ai retrouvé dernièrement tout le reste du procédé dans l'ouvrage de M. Velpeau, qui semble lui-même l'attribuer à Valentine Mott (ce que je n'ai pu vérifier encore faute de temps et surtout d'indications bibliographiques exactes). Voici ce qu'on lit en effet dans les NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, t. III, 1839, p. 522 : « Comme M. Mott, j'ai voulu voir une fois si, fendre toute la joue depuis la commissure jusque auprès du muscle masséter, pour disséquer ensuite chacun des bords de l'incision et les laisser cicatriser séparément, de manière à les recoudre plus tard comme on fait dans le bec-de-lièvre, réussirait mieux. La joue étant ainsi fendue ne gêne plus les mouvements de la mâchoire qu'on peut d'ailleurs assouplir, agrandir par les moyens mécaniques convenables. Une fois qu'on a obtenu, sous ce point de vue, tout ce qu'on peut désirer, on recoud les bords de la division artificielle, et comme la face interne de chacun des lambeaux a eu le temps de se cicatriser, on ne craint plus qu'il se recolle à la face interne des gencives. » M. Velpeau ajoute que cette méthode ne lui a pas réussi, et je le crois aisément, car il y manquait justement la condition essentielle, c'est-à-dire l'isolement des deux moitiés de la joue entre elles et avec les surfaces maxillaires. Mais le principe perfectionné gagnerait de la valeur. Il est bien entendu aussi que c'est seulement dans les cas graves, rebelles de resserrement cicatriciel bilatéral qu'on serait autorisé à le mettre à l'épreuve.

Telles sont les remarques que nous avons voulu joindre à l'intéressante lettre de M. Aronssohn; il y verra la preuve de l'intérêt que nous inspirent toutes les tentatives sérieuses, théoriques ou pratiques, faites pour avancer les progrès de notre art chirurgical.

A. VERNEUIL.

II

REVUE CLINIQUE.

Pathologie chirurgicale.

CAS DE FONGUS BÉNIN PARENCHYMATEUX DU TESTICULE GUÉRI SPONTANÉMENT, par M. HENNEQUIN, interne des hôpitaux à l'hôpital Necker.

Le fongus du testicule est une affection tellement rare que Roux n'en a pas rencontré un seul cas dans sa longue carrière, et certes plus d'un médecin pourrait encore en dire autant de nos jours. Lawrence, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy à Londres, décrivit le premier cette maladie en 1808, d'après quelques observations qu'il avait recueillies. Jusque-là, cette tumeur du testicule était complétement inconnue. Bientôt S. Cooper, A. Cooper, Curling, Brodie, Syme, apportèrent chacun leur contingent à la science. Cette question était, pour ainsi dire, internée en Angleterre. Elle eut beaucoup de peine à rompre les liens qui l'attachaient à son sol natal; cependant, en 1849, M. Jarjavay, profitant des observations des chirurgiens d'outre-mer et de celles qu'il recueillit dans les hôpitaux de Paris, fit de cette affection le sujet d'un mémoire qu'il publia dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. Ce professeur l'étudia avec plus de soin qu'on ne l'avait fait, posa les lois de sa formation et discuta la règle de conduite du chirurgien en présence d'une telle tumeur. Ce n'est pas tout : un examen sérieux des quelques cas qu'il lui fut donné d'observer le conduisit à diviser la maladie en deux classes bien distinctes : la première contenait les fongus bénins qui végètent sur l'enveloppe fibro-séreuse de la glande séminale : il les appela fongus superficiels; la seconde renfermait ces fongus si rares développés, aux dépens du parenchyme glandulaire, au travers d'une perforation de l'albuginée.

Des expériences faites sur les animaux venaient jusqu'à un certain point donner raison à sa division et confirmer ses lois de formation. Ces expériences ont le tort d'être racontées avec trop de brièveté; les détails font défaut; on ne voit pas par quelle voie a passé M. Jarjavay pour arriver à ses conclusions; en un mot, on ne peut le suivre sur le terrain glissant de l'expérimentation, source de tant de lumières lorsqu'il est exploité avec persévérance, dextérité et sagacité. Ce mémoire faisait loi dans la science, où il régnait sans contrôle, lorsque A. Deville publia en 1853 une série d'articles dans le MONITEUR DES

---

quelquefois vous trouvez du gargouillement à droite; le malade rêve et délire : tout, en un mot, semble annoncer une fièvre typhoïde au début, et le médecin se prépare à une lutte qui doit durer plusieurs septénaires. Ces symptômes, se présentant sur un certain nombre de malades, devinrent alarmants. Quel ne fut pas notre étonnement en voyant revenir aux batteries, quatre ou cinq jours après leur entrée à l'hôpital, des hommes parfaitement rétablis! Le repos, le séjour à l'ambulance, où ces malades étaient couchés confortablement et protégés contre le froid et le soleil, le sulfate de soude, le sulfate de quinine, s'il y avait des antécédents de fièvre intermittente, avaient eu raison en quelques jours de tout cet appareil morbide.

Nous ne pensons pas qu'on doive voir ici des fièvres rémittentes bilieuses, par cela seul que le sulfate de quinine a produit dans certains cas d'excellents résultats. Nous avons vu la fièvre rémittente bilieuse dans les terres chaudes, à Orizzaba, sur les soldats qui revenaient de Vera-Cruz ou du Chicuihuite; elle ne présente point le cachet particulier aux accidents que nous observons à Quecholac. Le plus souvent intermittente, simple au début, la fièvre rémittente bilieuse ne se guérit guère que par le sulfate de quinine joint aux purgatifs salins; le sulfate de quinine est nécessaire pour arrêter les exacerbations du soir. Pour cette fièvre typhoïde spéciale dont nous parlons, le sulfate de quinine n'est point toujours nécessaire, il l'est seulement dans les cas où la fièvre intermittente est devenue rémittente; mais si la maladie a débuté par la diarrhée, la bronchite, les purgatifs seuls, associés aux amers, jugeront la maladie. La fièvre rémittente biliaire laisse après elle un certain degré de cachexie. Nos malades, sans avoir recouvré leurs forces, n'avaient point cette couleur blanc jaune caractéristique : ils étaient fatigués, maigres, mais avec la teinte rosée du convalescent; ils se rétablissaient promptement.

Du reste, nous avons appris que l'armée mexicaine, qui avait quitté la place quelques heures avant notre arrivée, avait,

hôpitaux sur la même affection. Ce travailleur infatigable, enlevé trop tôt à la grande famille médicale, ne recula point devant de pénibles recherches pour dévoiler une erreur, selon lui, qui s'était perpétuée jusque-là sous les apparences de la vérité. Il relut toutes les observations en leur langue respective (leur nombre monte à 56), les traduisit lui-même, les compara, les commenta, fit parler les faits, observa sous la direction de Lawrence et examina les pièces. Le fruit de tout ce grand labeur est résumé dans cette phrase : « Les fongus bénins du testicule sont des tumeurs dues à la sortie du testicule entier, tunique albuginée comprise, hors des enveloppes scrotales. La tunique albuginée se couvre, comme tous les organes exposés au contact de l'air, d'une couche de granulations qui donne au testicule hernié un aspect granulé extérieur. » Puis il ajoute : « Je ne crois pas qu'il y ait dans la science des cas de fongus dus à l'irruption de la substance testiculaire à travers une ouverture de la tunique albuginée. » Et lorsqu'il donne la définition des hernies du testicule, on voit que c'est mot pour mot celle des fongus bénins; par conséquent, pour Deville, la seconde classe de fongus de M. Jarjavay n'existe pas. Il va plus loin : il prend les cas cités par M. Jarjavay pour en faire des types de ses hernies tuberculeuses du testicule, en y ajoutant ceux de Lawrence, d'A. Cooper, de Curling et d'autres encore. Dans l'observation de M. Morel-Lavallée, rapportée également par M. Jarjavay et par Deville, on reconnait aux symptômes donnés par ce dernier qu'en effet ce qu'on avait sous les yeux était bien le testicule recouvert de sa tunique bourgeonnante, comme l'a démontré l'examen ultérieur, et non un fongus parenchymateux proprement dit.

Avant d'aller plus loin, il est nécessaire de donner une explication sur la seconde classe de fongus de M. Jarjavay : « Le fongus parenchymateux, dit cet auteur, est celui qui pousse du parenchyme au travers d'une perforation de l'albuginée. » D'après cette définition, ne pourrait-on pas supposer qu'il n'est pas nécessaire que les tubes séminifères fassent hernie à travers l'albuginée pour constituer un fongus, mais qu'il suffit simplement que des végétations parties de la substance glandulaire apparaissent à l'extérieur par une perforation de la tunique fibreuse. Deville ne l'a pas compris de cette dernière manière, M. Gosselin non plus; nous nous croyons autorisé à être du même avis, après la lecture de cette phrase à l'article Diagnostic du mémoire déjà cité : « Il n'est pas toujours facile de distinguer si le fongus est formé par les tubes séminifères ou les fongosités qui peuvent s'élever de la surface de la tunique albuginée. » Évidemment, le professeur d'anatomie regardait comme une condition essentielle la sortie des tubes séminifères. Après cela, doit-on regarder le fongus parenchymateux comme une pure création de l'imagination, une fausse interprétation des faits, une simple vue de l'esprit? Quand, après de si pénibles recherches, on voit Deville en arriver à cette conclusion, quand on le voit prendre les propres observations de M. Jarjavay pour les retourner contre lui, quand on lit les arguments qu'il apporte à l'appui de sa manière de voir, le doute commence à naître, et l'on demande de nouveaux faits pour se prononcer. C'est pourquoi nous livrons à la publicité l'observation suivante, recueillie avec soin par nous à l'hôpital Necker, service de M. Desormeaux. Faire ressortir les points saillants, établir le diagnostic sur des bases solides et comparer le cas à ceux avec lesquels il a le plus d'analogie, tel est le but que nous nous efforcerons d'atteindre.

Obs. — Le 4 mai est entré Esmond (Alexandre), âgé de dix-neuf ans, charretier, né à Paris. Il a toutes les apparences d'un tempérament lymphatique : chairs molles, couleurs pâles, cheveux blonds. Pendant sa jeunesse il eut une blépharite de longue durée. Privé dès son enfance de la vie de famille, il ne put donner aucun renseignement sur ses parents.

Il y a trois ans, étant chez un cultivateur de la Beauce, il fut atteint de deux pustules malignes, l'une au sourcil, l'autre à la tempe droite. Six mois avant son entrée, ce jeune homme contracta une blennorrhagie très-légère qui présenta pour symptômes un état continuel d'érection avec exacerbation le soir, une cuisson très-modérée au moment de la miction, et un écoulement à peine sensible. Tout avait disparu au bout de huit jours, sans aucun traitement local ni général, sans aucun retentissement sur les ganglions de l'aine, la vessie et le testicule. Le malade, intelligent et observateur, oppose les dénégations les plus formelles aux questions qui lui sont faites au sujet de l'extension de la maladie à ces différents organes. Son corps est vierge de trace de syphilis congénitale ou acquise. Depuis cinq ans il était affecté d'une hernie crurale droite, maintenue réduite par un bandage qu'il portait plus ou moins de temps, selon les exigences de ses occupations. Ce moyen de c ention était négligé depuis quatre mois, durant lesquels sa hernie étai . sortie à plusieurs reprises, et chaque fois le malade avait obtenu sa réduction assez facilement, réduction incomplète, à coup sûr, puisqu'il restait toujours une petite tumeur. Trois jours avant sa réception, sa hernie reparut; mais cette fois toutes ses tentatives furent inutiles, il passa la nuit en vains efforts, elle résista à toutes ses manœuvres. Le lit fut gardé, la diète observée, les boissons étaient rendues presque immédiatement. Le second jour arrivèrent les vomissements verdâtres, sans odeur caractéristique. Ennuyé de cet état, il sollicita, le troisième jour, sa réception à l'hôpital. Le taxis est tenté inutilement pendant cinq minutes. Jusque-là aucune main étrangère ne l'avait essayé. Alors le chloroforme est administré. M. Desormeaux fait une incision en T, arrive bientôt sur le sac, l'isole, cherche le lien constricteur ; la forme de la hernie et l'exploration au moyen des doigts indiquèrent l'anneau crural. Comme l'étranglement ne datait que de trois jours, le bistouri boutonné fut porté en haut et en dedans pour opérer un large débridement sans ouvrir le sac. Ensuite, saisissant la tumeur entre ses doigts, il fit des pressions de dehors en dedans, selon la direction du canal, et l'intestin rentra.

Le sac fut à son tour repoussé dans la cavité abdominale, et maintenu réduit au moyen d'une boulette de charpie introduite dans la plaie. Quelques gâteaux de charpie et un bandage triangulaire complétèrent le pansement. Les suites immédiates de l'opération furent très-simples : une fièvre médiocre, un léger ballonnement du ventre, dont triomphèrent les frictions mercurielles et les cataplasmes laudanisés, aidés par les purgatifs, furent les seuls symptômes réactionnaires. La plaie marchait régu-

---

grâce à ces conditions d'hygiène, subi d'une manière beaucoup plus prononcée l'influence de cette constitution médicale; elle avait un hôpital pour les soldats atteints de typhus. Pour nous, tout se borna à ces symptômes avant-coureurs. Les bâtiments occupés avaient été soigneusement lavés et blanchis. Étant dans d'excellentes conditions de nourriture, nous n'eûmes aucun cas de typhus.

Ainsi, à Quecholac comme à Palmar, après quinze jours de campement, malgré une installation meilleure cette fois, les troupes qui n'étaient point fatiguées sont prises de ces mêmes symptômes typhoïdes; les nuits avaient été fraîches, mais le soleil surtout intolérable dans l'après-midi.

Le 25, l'artillerie reçut l'ordre de se diriger sur San-Andrès et Nopalucan.

Si l'idée qui nous faisait en partie attribuer ces symptômes aux alternatives de froid et de soleil brûlant n'était point fausse, nous devions voir se multiplier ces mêmes exemples sur la partie du plateau de l'Anahuac que nous allions parcourir à l'époque la plus froide de l'année. Le plateau de San-Andrès, un des points les plus élevés de ces étages successifs partant des montagnes du Chicuihuite, se trouve dominé par le pic d'Orizzaba, au pied duquel San-Andrès est bâti. Le froid y est des plus intenses, le vent du nord sec et glacial, et par contre le soleil brûlant dans le milieu du jour. Dans certains endroits où nous campâmes, à Repetitlan, petite hacienda en direction du nord-est, dominée toujours par le Citlaltepetl, nous avons eu jusqu'à — 14° dans la nuit sous la tente; la respiration formait de la glace sur la barbe; il était impossible de conserver l'eau dans les bidons. A midi, nous avions 30, 35, 38 degrés au soleil; dès quatre heures, le froid et le vent revenaient intenses et cuisants.

Partis le 25 de Quecholac, nous arrivions le 29 à Nopalucan, ayant eu pendant notre route des embarras gastriques que nous apprîmes être assez nombreux dans les troupes campées depuis huit à dix jours à Repetitlan.

Nopalucan est un triste village bâti par 2600 mètres sur n

lièrement vers la guérison : quelques cautérisations au nitrate d'argent suffirent pour réprimer l'exubérance des bourgeons charnus. La suppuration était de bonne nature, mais variable dans sa quantité d'un jour à l'autre. Il s'était probablement formé un petit clapier par la cicatrisation prématurée de l'incision verticale. A la fin de mai, il ne restait plus qu'un orifice étroit à la réunion des branches du T. Les choses marchaient très-bien lorsque le malade présenta certains troubles du côté des voies urinaires, caractérisés principalement par un retard qu'éprouvaient les premières gouttes d'urine à parcourir l'étendue du canal, par une cuisson assez pénible au début, et surtout à la fin de la miction, enfin par une sécrétion exagérée des glandes uréthrales. Lorsqu'on pressait le gland, une petite gouttelette d'un liquide opalin et gluant venait sourdre au méat; point d'érection. Cet état ne nous préoccupa nullement. Le malade se levait depuis trois jours à notre insu, lorsque le 3 juin il fut pris de courbature accompagnée d'une diminution sensible de l'appétit, sans frisson ni céphalalgie. Le lendemain, une rougeur assez vive avec augmentation de volume de la région apparaissait à l'anneau inguinal externe du côté droit. Malgré cet accident, le pansement au glycérolé d'amidon fut continué. Pendant les jours suivants, la rougeur et le gonflement ne firent que s'accroître ; bientôt les tuniques scrotales du même côté furent envahies, les parties devinrent horriblement douloureuses; l'empâtement avait acquis un tel développement, qu'il était impossible de distinguer les éléments du cordon. Le testicule avait contracté des adhérences avec ses enveloppes, qui ne glissaient plus sur lui, de sorte qu'on ne put déterminer si c'était l'épididyme qui était pris, ou la glande séminale, ou tous deux simultanément. La rénitence exagérée et le défaut de fluctuation firent supposer qu'il n'y avait pas de liquide dans la tunique vaginale. Des frictions avec l'onguent napolitain, des cataplasmes maintenus en permanence sur la région, un éméto-cathartique, ne purent enrayer la marche de la maladie. L'inflammation s'était étendue sur le scrotum du côté gauche; mais le testicule était resté libre, sans changement dans son volume et dans sa consistance ; seulement il avait été rejeté contre la paroi externe par une saillie hémisphérique de la cloison enflammée et considérablement épaissie.

La réaction générale fut toujours modérée, ce qui n'empêcha pas l'augmentation des parties. Le scrotum du côté droit avait doublé de volume; la douleur devenait intolérable, lorsque M. Desormeaux crut devoir donner un coup de bistouri, afin d'apaiser la souffrance. Ce fut le 8 juin qu'une incision longue de 3 centimètres, mesurant 7 à 8 millimètres en profondeur, fut pratiquée sur la face antérieure et moyenne du scrotum, côté droit. L'aspect des tissus était à peu près le même que celui qu'on observe dans les incisions d'un phlegmon diffus, lorsque le pus commence à s'infiltrer dans les mailles du tissu cellulaire. Il s'écoula très-peu de sang et pas de pus. Le soulagement fut instantané. Quelques brins de charpie sont introduits dans la plaie et les cataplasmes continués. Le patient garda la diète et le repos absolu. Le 9, les lèvres de la plaie s'étaient écartées pour livrer passage à une tumeur ayant la forme d'un ovale allongé, et pour diamètres ceux de l'incision ; sa couleur était d'un gris cendré; sa surface, finement striée, n'avait en aucun point l'apparence granulée, et nulle part l'examen le plus attentif ne nous fit découvrir des points blancs nacrés, semblables à ceux que donnent les tissus fibreux; sa consistance était ferme, sans dureté; sa superficie était évidemment vouée à une mortification certaine. La douleur à la pression suivit la même marche que l'inflammation; assez vive lorsque celle-ci avait sa plus grande acuité, elle diminua graduellement pour s'éteindre complétement avec elle. Cette tumeur s'accrut en hauteur pendant deux jours, conservant sa forme primitive; son sommet arrondi avait le même diamètre que sa base; sa consistance paraissait diminuer; sa couleur devenait plus foncée; jamais elle ne donna une goutte de sang. Le troisième jour elle subit un temps d'arrêt. Le quatrième, au contraire, elle fit une poussée prodigieuse qui la déforma; car cette seconde poussée, en formant à la base de l'arête inférieure une saillie brusque d'environ 5 millimètres, se distinguait nettement de la précédente ; on eût dit que la rupture d'un lien constricteur à l'extrémité de l'incision avait permis au contenu de la loge scrotale de s'étaler à l'extérieur par une plus large ouverture. A partir de ce moment, la tumeur n'augmenta presque plus; elle s'élevait à 3 centimètres au-dessus de la surface cutanée, à sa période d'état. L'inflammation persistait, et avec elle la douleur, malgré l'éruption de ce vaste champignon, qui était devenu d'un gris uniforme très-foncé; la rougeur de la peau était aussi vive, l'empâtement aussi considérable. La cuisson en urinant avait disparu aussitôt après l'incision. Pas de veine variqueuse sur les bourses, pas de douleur lombaire; la fièvre était modérée. Cependant le malade s'affaiblissait plutôt par le manque de repos dû à la souffrance que par l'appareil fébrile. Alors le dimanche 14 juin, en présence de M. Jarjavay, l'incision fut prolongée de 2 centimètres, et d'après les conseils de ce chirurgien le pansement fut changé ; les cataplasmes furent remplacés par de la charpie sèche; les bourses furent maintenues par un édifice de linge élevé entre les cuisses du malade. Ce nouveau débridement resta sans influence sur la marche de la tumeur. L'inflammation était arrivée à sa dernière période; la masse fongueuse commençait à se ramollir et à suppurer. Ce même jour nous y enfonçâmes des pinces à disséquer en différents points ; quelques débris retirés sans douleur furent portés sous le champ du microscope. Des produits inflammatoires consistant surtout en fibrine granulée et en globules d'exsudat plastique s'offrirent à l'œil de l'observateur. Ces produits étaient reliés entre eux par des éléments de tissu cellulaire et des noyaux fibro plastiques disséminés. Aucune trace de tube séminifère.

Le 15 juin, l'écartement des lèvres de la seconde incision permit de voir manifestement au fond de la plaie une membrane résistante ayant un aspect blanc nacré. La pureté de sa blancheur indiquait assez qu'elle n'avait pas subi la mortification, et que l'inflammation ne l'avait pas encore atteinte. C'était elle qui formait le principal et probablement l'unique lien constricteur. Quelle pouvait être cette enveloppe? C'est ce que nous rechercherons à propos du diagnostic. A cette époque, la tumeur tomba en une sorte de déliquium imprégné de pus, çà et là la suppuration entraînait des parties sphacélées, non par lambeaux, mais sous la forme d'une pulpe molle à odeur fade et nauséabonde. Le 17, un petit abcès du volume d'une amande, placé à 1 centimètre environ de la lèvre externe de la plaie, fut ouvert avec une lancette. Cette nouvelle source de suppuration ne tarda pas à se tarir et à se fermer complétement.

Le 20, toutes les parties gangrenées sont éliminées, la plaie se rétrécit, et de toute cette masse, s'élevant naguère à 3 centimètres au-dessus de la surface scrotale, il reste une sorte de fongus représentant assez exactement une framboise qui approche de la maturité. Son sommet, un peu plus large que son pédicule, dépasse de quelques millimètres seulement les bords de l'incision; ses faces latérales sont légèrement aplaties ; sa surface est parsemée de petits mamelons, inégaux en volume, d'un rose tendre, séparés à leur base par des dépressions plus pâles dans lesquelles le pus sécrété en petite quantité a de la tendance à s'accumuler.

Le malade a recouvré l'appétit; la fièvre a disparu, ainsi que la souffrance. Le côté droit des bourses a diminué beaucoup; cependant les

---

petit mamelon au pied de la Malinche; c'est le plus haut point qu'ait occupé l'armée française. L'eau y est rare, souvent alcaline, et la température présente sur cette montagne les alternatives observées sur l'autre route de Puebla. Cependant quelques circonstances méritent spécialement notre attention et mettent en relief l'influence non douteuse du soleil.

L'une de nos batteries d'artillerie se trouvait campée à la Floresta, hacienda dont la grandeur ne permettait pas à nos troupes d'être casernées; les hommes couchaient sous la tente.

Deux compagnies du génie, d'autre part, étaient placées à Nopalucan dans les mêmes conditions.

L'autre batterie (1re du génie) se trouvait à San-Marco, vaste hacienda où nos soldats s'étaient installés dans de spacieuses écuries. Sans être parfaitement protégés contre le froid, ils pouvaient éviter complétement les ardeurs du soleil et se garantir en partie du froid de la nuit.

Nos notes quotidiennes ne nous indiquent, pour les premiers jours, aucun phénomène remarquable; mais, dès le 12, 13, 14, c'est-à-dire rigoureusement après le temps que mirent à se déclarer les symptômes typhoïdes à Quecholac, j'apercevais à Floresta (8e batterie du 1er) des caractères particuliers identiques avec ceux que nous avions observés à Polmar. Dans certaines fièvres, diarrhées, bronchites, quelquefois sans aucune autre maladie antérieure, nous trouvons la langue chargée, la face allumée, les yeux brillants, un peu d'hébétude, de la bronchite et de la douleur dans la fosse iliaque. Le pouls est plein; il y a de la céphalalgie, de la courbature.

Tout cède au sulfate de soude, au repos et aux préparations de quinquina.

Les mêmes accidents existent dans la compagnie du génie, campée à Nopalucan, sous la tente.

Au contraire, dans la batterie du 9e, dont les hommes étaient abrités sous les hangars, nous n'observons rien de semblable. Citons cependant une exception qui confirme tout à fait la règle que nous cherchons à établir :

tuniques sont toujours engorgées et adhérentes aux organes qu'elles recouvrent. Le côté gauche est maintenant d'un tiers plus considérable que le côté opposé; cette augmentation est due à l'engorgement considérable des téguments voisins de la cloison; sur le reste on remarque une rougeur diffuse interrompue, sur quelques points, par des plaques d'épithélium en voie de desquamation. Les ganglions inguinaux sont légèrement tuméfiés du côté gauche. Le même pansement est continué.

Le 3 juillet, toutes les fonctions se font régulièrement; le malade a recouvré son embonpoint; les érections, depuis quinze jours, sont aussi fréquentes qu'auparavant. Le fongus a diminué de volume; les lèvres de la plaie en se rapprochant tendent à le masquer chaque jour davantage; il s'établit une sorte de fusion entre ces dernières et la tumeur ; on voit des tractus charnus de couleur rose foncé s'étendre du pédicule au fond de l'incision, et combler la dépression qui les séparait. Soumis aux tractions des brides cicatricielles, le fongus s'aplatit, s'étale en surface, tout en conservant son aspect mamelonné. Il était curieux de s'assurer si la tumeur avait de la sensibilité. Plusieurs fois nous l'avons pressée vigoureusement sans provoquer la moindre douleur. Les téguments sont dégorgés des deux côtés. A droite, le scrotum a changé de forme : au lieu de présenter la grosse extrémité en bas, il ressemble à un cône dont la base répondrait au pubis. Le cordon n'est pas revenu à son volume normal, tous les éléments qui le composent sont distincts. Au contraire, lorsqu'on explore la loge du testicule malade, on rencontre une tumeur allongée se continuant manifestement avec le cordon, présentant des bosselures à sa surface, une dureté et une consistance remarquables; à la pression, on produit la douleur énervante caractéristique. C'est, à ne pas en douter, l'épididyme triplé de volume. Si l'on cherche quelles sont ses connexions avec le fongus, on trouve une ligne de démarcation assez mal accusée, à cause du gonflement des lèvres de la plaie, et un pédicule très-court et assez gros qui réunit le fongus à l'épididyme. Malgré tout le soin que l'on apporte dans l'exploration, il est impossible de rencontrer quoi que ce soit ayant quelque analogie avec le testicule. Cette glande a donc disparu.

Le 8 juillet, nous avons excisé quelques bourgeons du fongus du testicule sans produire la moindre douleur, en même temps que nous prenions quelques fongosités développées sur une adénite cervicale suppurée de nature scrofuleuse, et nous les avons comparés sous le champ du microscope. La structure était la même, seulement les fongosités de l'adénite étaient mieux organisées, les vaisseaux plus développés, et les globules d'exsudat plastique plus nombreux. Le fongus présentait pour toute particularité quelques globules graisseux, pas de tubuli ni de matière jaune.

Le malade a une santé plus florissante qu'avant son entrée. Il ne porte aucune trace de tuberculisation; l'épididyme revient lentement à son volume normal; ses bosselures s'effacent; le fongus est réduit à la grosseur d'un pois qui aurait été aplati, quelques cautérisations au nitrate d'argent ont fait disparaître ses granulations, des adhérences solides l'unissent aux lèvres de la plaie.

Le 23 juillet, le malade peut être considéré comme guéri. Il reste cependant un engorgement peu considérable du cordon et de l'épididyme. La tumeur a presque entièrement disparu. Sa sortie va lui être accordée d'ici à quelques jours.

Cette observation renferme plusieurs points importants sur lesquels nous devons nous arrêter. Après avoir établi le diagnostic, nous passerons successivement en revue la cause, le mode de formation, la marche et le traitement.

Dans ce cas particulier, deux choses pouvaient se présenter à l'esprit de l'observateur : une hernie du testicule, comme la comprend Deville, ou un fongus benin parenchymateux. Rappelons en quelques mots en quoi diffèrent ces deux maladies : pour Deville, il y a hernie du testicule chaque fois que cette glande, recouverte de sa tunique albuginée, enflammée ou non, s'engage totalement ou partiellement dans une solution de continuité des tuniques scrotales, et il n'y a fongus bénin parenchymateux que quand les tubes séminifères s'échappent à travers une division de l'albuginée. Pour que notre diagnostic soit exact, il faut prouver que c'était bien la substance glandulaire non recouverte de son enveloppe fibreuse qui formait la tumeur.

D'abord, à son origine, avait-elle cet aspect blanc, nacré, souvent miroité, particulier au tissu fibreux et aponévrotique? Au lieu de cela, n'avons-nous pas fait remarquer qu'elle était d'un gris cendré, qu'elle était finement striée, qu'elle portait sur son arête inférieure une dépression profonde qui n'aurait pas tardé à disparaître si elle s'était trouvée sur la glande protégée par sa membrane fibreuse. Au contraire, nous la voyons persister et ne s'effacer que par la mortification. Si la tunique fibreuse avait recouvert la glande, ne se serait-elle pas mortifiée la dernière? n'aurait-elle pas été éliminée par lambeaux? Point du tout : nous voyons la mortification s'emparer de la surface, la réduire en une pulpe molle, puis aller de là gagner le centre des tissus. Quelle était cette tunique d'apparence fibreuse restée intacte malgré l'inflammation, formant le principal lien constricteur au fond de la plaie? Était-ce le dartos ou le crémaster? Si c'était une de ces tuniques ayant échappé jusque-là à l'altération, à plus juste titre l'albuginée, qui est plus forte, plus résistante, moins susceptible de mortification, se serait-elle montrée avec ses caractères distinctifs, en supposant qu'elle ait recouvert la glande; puis la tumeur n'aurait-elle pas été plus dure? serait-elle tombée en gangrène? n'aurait-elle pas bourgeonné comme dans l'observation de Bertrandi? Mais le testicule manquait après la guérison, mais l'albuginée n'a jamais été vue sur la tumeur; par conséquent, nous sommes en droit de conclure que la masse fongueuse était formée par le parenchyme du testicule. Il est vrai que le microscope n'a pas démontré de tubes. Mais les tubes pouvaient-ils survivre à la gangrène? N'est-ce pas le propre de cette affection de détruire les tissus par où elle passe et de les rendre méconnaissables? Puis la tumeur avait-elle exactement la forme du testicule? Elle avait la forme de l'ouverture qui lui avait donné accès, elle était comme passée à la filière.

M. Jarjavay avait diagnostiqué un fongus bénin parenchymateux. Nous croyons avoir démontré qu'il avait vu juste.

Nous arrivons maintenant à la cause. Lorsqu'on parcourt les

Obs. I. — Un homme s'enivre dans une reconnaissance faite à Huamatlan, est puni de quinze jours de prison. En campagne, cette punition se fait sous la tente. Ce soldat, ramené ainsi dans les conditions des hommes de notre batterie campée à la Floresta, est pris, deux jours après, de céphalalgie, de courbature. La langue est brûlée, le pouls plein, dur, sans être très-fréquent; le malade se plaint de ne pouvoir marcher, tant il est fatigué. Bref, cet état persiste une dizaine de jours, sans fièvre, et disparaît par le sulfate de soude, le vin de quinquina et les amers.

Obs. II. — Homme puni pour faute disciplinaire, n'a pas absorbé d'alcool; mêmes conditions, mêmes symptômes. Le malade était atteint d'une diarrhée qui ne lui empêchait point de faire son service. Il n'eut pas de fièvre. Les symptômes d'embarras gastrique, de céphalalgie et de courbature, se déclarèrent et finirent comme chez notre premier malade.

Ces faits se passaient, avons-nous dit, dans le deuxième septénaire de notre séjour à Nopalucan. Or, en consultant les observations thermométriques de ce mois, nous voyons précisément ces quelques jours correspondre au froid le plus intense du mois. Du 1er au 5 février, la moyenne de la température, le matin, se trouve être +8°, et le soleil à midi, en moyenne, marque +35°. Du 7 au 12, au contraire, époque des accidents, nous trouvons, le matin, 0°, 0°, 1°,6, 1°, et à midi, au soleil, +39° et +40°.

Dès le 15, la température change assez subitement : elle devient très-douce le matin, le soleil étant toutefois très-ardent à midi. Le vent du sud nous amène des orages et modère la chaleur du jour. Les accidents typhoïdes semblent rétrograder, puis disparaissent pour faire place, dans quelques troupes, à des ictères bénins.

Le rapport de coïncidence entre la température et les phénomènes typhoïdes, et l'observation de ces deux hommes pris de symptômes particuliers, quand la batterie placée dans d'autres conditions échappe à cette influence, nous paraissent

observations publiées antérieurement, on ne trouve guère que celle de Bertrandi qui ait quelque analogie, sous ce rapport, avec la nôtre. Il s'agissait d'une hydrocèle sur laquelle on tenta la cure radicale. Les jours suivants, on remarqua une substance développée sur la tunique du testicule (*at sequentibus diebus, prodeuntem e tunica didymi substantiam sine dolore, magis magisque tumere, rubere et mollescere*). Le traducteur met « sortie par l'ouverture du testicule». Le troisième jour après l'opération, le testicule se gonfla, et malgré les remèdes (*nihilo tamen, testis tunica rumpebatur late expansa fissura*). Que signifient ces deux expressions différentes, *tunica didymi* et *testis tunica?* L'auteur a-t-il voulu désigner la même enveloppe par deux expressions différentes? Ne pourrait-on pas supposer avec Deville que *tunica didymi* a été employée pour désigner l'albuginée, et *testis tunica* pour désigner le scrotum? que cette substance développée sur la tunique du testicule était des bourgeons charnus végétant sur l'enveloppe fibro-séreuse exposée à l'air par le fait de l'opération, et que le testicule se serait frayé une voie à travers l'ouverture faite au scrotum en élargissant l'incision? Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment, les symptômes se calmèrent; il n'y eut ni suppuration ni gangrène, et la tumeur continua à grossir. Comme on le voit, cette observation a quelques points de ressemblance assez frappants, eu égard à l'étiologie; mais, hors de là, nous ne trouvons plus que dissemblance.

Si nous continuons nos recherches, nous voyons que presque toujours l'orchite chronique a été la cause probable du fongus du testicule; l'orchite chronique blennorrhagique et l'orchite tuberculeuse ont été également signalées un grand nombre de fois. Dans le cas particulier que nous rapportons, ne pourrait-on pas accuser l'incision faite aux enveloppes de la glande? Vidal (de Cassis) a pratiqué 400 débridements de la tunique albuginée; combien a-t-il vu de fongus? aucun. J. L. Petit l'avait précédé dans ce mode de traitement; connaissait-il le fongus du testicule? Que de fois cette glande n'a-t-elle pas été lésée par un trocart, une lancette ou un bistouri, sans donner naissance à un tel produit? Le docteur Gaston nous raconte quelque part qu'un paysan fut jeté en bas de sa monture sur un tas de pierres anguleuses; que le scrotum et le testicule furent horriblement déchirés; que de la poussière et des petits cailloux souillaient les plaies, et qu'ensuite une inflammation assez vive s'empara des parties. Évidemment l'occasion était belle, et cependant tout était cicatrisé en moins de quarante jours.

Ne pourrions-nous pas faire intervenir l'orchite blennorrhagique? Notre jeune malade, il y a six mois, contracta une blennorrhagie de huit jours de durée. Ce serait-il établi sur le testicule ou l'épididyme une inflammation sourde qui aurait échappé à son observation? Ce n'est guère probable, car les véritables orchites blennorrhagiques sont excessivement rares, et, en admettant la possibilité de l'orchite, nous aurions trouvé la matière jaune des fongus développés en ces circonstances.

Nous devons aussi examiner si l'orchite tuberculeuse ne pourrait pas être soupçonnée. Quand nous voyons Deville la mettre en première ligne, nous ne pouvons la passer sous silence. Tous les jours nous voyons le tubercule envahir certains organes sans occasionner de dérangement bien considérable. L'absence de tuberculisation pulmonaire, la santé florissante du sujet, la diminution sensible de l'épididyme sans communication avec l'intérieur, la disparition de ses bosselures, nous font rejeter cette cause.

Quand nous entendons M. Ricord et M. Gosselin dire qu'ils n'ont jamais vu de testicule syphilitique suppurer, loin de les avoir vus fongueux, nous pouvons tout d'abord éliminer cette diathèse; cependant ce dernier auteur ne rejette pas complétement la vérole comme cause de fongus parenchymateux. Nous avons montré plus haut que notre malade était indemne de syphilis.

Que nous reste-t-il? Deux causes : l'orchite aiguë développée par contiguïté et le tempérament strumeux du malade. Cette dernière, croyons-nous, fut la principale, car, en créant chez les sujets qui en sont affectés une susceptibilité glandulaire considérable, la scrofule met ces organes dans des conditions favorables à être impressionnés par des causes souvent très-légères et à contracter certaines maladies qui en altèrent profondément la structure.

La cause exceptionnelle et le début rapide de la tumeur nous ont permis d'assister à toutes ses phases : nous l'avons vue naître, croître et disparaître. Bien peu de chirurgiens ont eu cette faveur : presque toujours le patient se présentait à eux à une période plus ou moins avancée de la maladie. Aussi, dans toutes les observations, la première période est passée sous silence ou décrite d'une manière incomplète; et cependant n'est-ce pas la plus importante, n'est-ce pas elle qui donne le cachet à la tumeur? Lorsqu'on se trouve en présence d'une masse fongueuse végétant sur la glande séminale, le microscope indiquera-t-il son point de départ? Nous en doutons. Le diagnostic serait pourtant d'une grande utilité au point de vue du traitement. La matière jaune signalée par les auteurs, et particulièrement par M. Jarjavay, n'existe pas toujours, comme on a pu le remarquer; puis cette matière jaune, prise par les uns pour le produit de l'orchite chronique, par les autres pour de la matière tuberculeuse, ne peut-elle pas se déposer dans la tunique vaginale et induire le chirurgien en erreur en lui faisant supposer qu'il a affaire à un fongus parenchymateux, tandis que c'est tout simplement un fongus superficiel?

Mode de formation. — Je laisse parler ici M. Jarjavay : « Trois causes concourent à la formation du fongus du testi-

---

confirmer l'opinion qui attribue à l'action du soleil une grande part de cette constitution médicale.

Nous quittons Nopalucan pour arriver le 22 mars devant Puebla, et nous campons à Molino-Medio, puis à l'est du cerro Saint-Juan, tous endroits très-riches en eaux sulfureuses. Le nombre des malades diminue de jour en jour, grâce à quelques jours de marche et au désir de chaque homme de prendre part aux travaux du siége.

Les troupes sont campées sous la tente; la température minimum est 10°, 12°; le soleil, à midi, marque 45° à 46°. Certains hommes modèrent la chaleur par des gourbis renouvelés; mais la plupart de nos artilleurs, dont la taille et la force sont, dirait-on, en raison inverse de l'agilité, se bornent à la simple toile de tente.

Dès le 8 avril, quatorze jours après notre arrivée, nous voyons toutefois reparaître les embarras gastriques isolés ou joints, soit à la diarrhée, soit à la fièvre intermittente.

D'autres maladies ont attiré aussi notre attention, telles que des ecthymas de la jambe, communs aux cavaliers et aux hommes à pied; des ictères, etc. Mais ceci ne rentre point dans notre sujet.

Quant aux symptômes typhoïdes que nous retrouvons, ils nous ont paru sévir avec une intensité et une fréquence beaucoup plus grandes sur trois compagnies du génie qui avaient le plus souffert des travaux pénibles du siége : de garde aux tranchées, de travail presque chaque deux jours, creusant des mines dans une atmosphère où s'éteignaient les lumières, ces compagnies ont eu à supporter des fatigues extraordinaires.

Les hommes de la batterie du 9e, depuis un an au Mexique, et moins fatigués, grâce à des circonstances particulières, ont été relativement épargnés.

Nous noterons en même temps une chaleur intense de 45° à 46°; sous la tente elle se maintient à 42°; mais l'homme est alors privé de toute ventilation qui puisse modérer l'action directe du soleil. Pour quelques soldats punis de prison, consignés sous la tente, nous avons été obligés de demander la re-

cule : 1° le défaut de constriction sur une portion du parenchyme glandulaire; 2° l'infiltration du tissu par le liquide de l'inflammation; 3° la rétraction de la tunique albuginée par l'inflammation. » Ne dirait-on pas que le cas rapporté par nous a été créé tout exprès pour démontrer ces lois que trop rarement on avait eu l'occasion de vérifier sur les faits? En effet, nous voyons la substance glandulaire s'échapper par le point qui lui offre le moins de résistance; nous voyons la cloison abandonner la ligne médiane pour empiéter sur la loge opposée, obéissant à une pression excentrique développée par l'inflammation. La troisième loi a été déduite des expériences de Gerdy.

Marche. — La marche a été très-remarquable, et nous ne croyons pas nous éloigner beaucoup de la vérité en disant que c'est à peu près la seule observation où l'on voit une tumeur se former rapidement, sans irrégularité et sans granulations, à la suite d'une orchite aiguë, puis se gangrener en partie et présenter l'aspect ordinaire des fongus. Dans la neuvième observation de Lawrence, il est dit que l'excroissance était parfaitement lisse et sans aucune apparence de granulations; mais cette tumeur succédait à une orchite chronique, et, d'après l'expression du malade, elle avait éclaté au travers de la peau, c'est-à-dire qu'elle était sortie en masse et tout d'une pièce. Cela ressemble bien à une hernie du testicule. Du reste, il n'y eut ni granulation ni mortification.

Swediaur rapporte un cas dans lequel un testicule tuberculeux hernié subit le ramollissement et la fonte.

Duncan dit que des petites parties bourbeuses se détachaient de la surface de la tumeur. Qu'étaient-ce que ces parties bourbeuses? De la matière tuberculeuse mélangée de sang?... De la matière jaune sanieuse?... De la gangrène?... Il est difficile de se prononcer d'après l'observation.

Traitement. — La guérison a été spontanée; la nature seule en a fait tous les frais, à part quelques cautérisations pour réprimer les bourgeons charnus. Lawrence avait prévu ce genre de terminaison; M. Jarjavay l'explique par la gangrène et la suppuration du parenchyme, et la rétraction de l'albuginée, qui ne forme plus qu'un noyau insensible au milieu du scrotum. L'explication est fondée; notre observation le prouve d'une manière évidente. Mais nous n'admettons pas l'insensibilité constante du noyau au milieu du scrotum; pour que ce dernier fait fût exact, il faudrait que l'épididyme fût détruit complétement, ce qui n'arrive pas toujours; notre malade en est un exemple, car non-seulement son épididyme n'est pas détruit, mais il a une sensibilité très-grande, et, lorsqu'on le presse, on ne tarde pas à provoquer une douleur énervante caractéristique qui s'irradie jusqu'au rein, à travers l'abdomen.

Pathologie interne.

Kyste multiloculaire de la face inférieure du foie. — Injections iodées. — Expulsion au bout de deux ans par vomissement des parois du kyste, par M. le docteur Michel (de Bar-le-Duc.

Obs. — Le 1er décembre 1860, je fus appelé à Combles, près de Bar-le-Duc, chez madame B...; depuis huit jours elle avait une jaunisse. C'est une femme âgée de trente-neuf ans, brune, d'un tempérament nervoso-sanguin ; son nez étiré, la saillie des pommettes des joues, la maigreur de tout le corps, dénotent un état de marasme remontant certainement plus haut que l'époque fixée par la malade pour le début de son affection.

Une teinte jaune verdâtre colorait tous les tissus ; la langue était très-saburrale ; le pouls marquait 90 ; les mouvements du cœur étaient réguliers, les bruits du cœur normaux.

L'abdomen tendu, ballonné, présentait un son mat dans presque tout l'hypochondre droit ; un son plus ou moins clair se faisait entendre dans les autres parties du ventre.

A la palpation, la face inférieure du foie se terminait par une masse globuleuse de 10 centimètres de diamètre au moins, liée au foie d'une manière intime.

Cette tumeur, lisse, non adhérente aux parois de l'abdomen, présentait à la palpation et à la percussion une élasticité particulière. — Elle était limitée à la partie inférieure et sur la ligne médiane par une anse intestinale offrant un son tympanique. En contournant en bas la tumeur avec les doigts, on reconnaissait qu'elle était isolée sans irradiation dans le petit bassin et probablement sans adhérence avec les portions d'intestins circonvoisines. L'auscultation ne décelait aucun bruit. L'examen du ventre n'a jamais occasionné de douleurs. La malade vomit tout ce qu'elle prend ; les selles sont rares, incolores ; les urines ont les caractères propres aux ictériques.

Madame B... n'avait jamais été malade; réglée à l'âge de treize ans, elle a toujours vu sa menstruation régulière. Mariée à l'âge de vingt-deux ans, elle a eu un garçon ; la grossesse et les couches ont été normales.

Jusqu'en 1859, toutes les fonctions de l'organisme ont été régulières ; mais, à partir de cette époque, la digestion se fit d'abord très-lentement, puis elle fut accompagnée de vomissements sans douleur survenant une heure ou deux après l'ingestion des aliments; cet état s'était aggravé vers la fin de l'année. La malade ignorait la présence de la tumeur, qui ne l'a jamais fait souffrir.

La cause de l'affection était, comme on le voit, inconnue. Les troubles de la digestion ne pouvaient provenir que de la compression exercée et par la tumeur et par la turgescence du foie.

S'il était impossible de fixer l'époque de l'apparition de la tumeur, on pouvait induire qu'au moment où les vomissements s'étaient pour la première fois manifestés, la tumeur devait déjà présenter un certain volume.

Cette tumeur élastique, à contours réguliers, était évidemment un kyste.

J'établis entre les parois du kyste et celles de l'abdomen une inflammation adhésive à l'aide de fragments de potasse caustique.

A la chute de l'eschare, aucun liquide ne s'était écoulé ; le docteur H. Bonnet que j'appelai en consultation, reconnut comme moi la présence d'une tumeur bien circonscrite élastique, et approuva la proposition de pratiquer une ponction.

---

mise de la punition : dès les premiers jours, la céphalalgie arrivait, la langue se brûlait, etc.; en un mot, nous retrouvions les symptômes typhiques décrits plus haut.

Tel était notre état général il y a mois. Depuis cette époque, nous pouvons dire que, loin de s'être amélioré, il s'est peut-être aggravé dans les premiers jours de mai; nous trouvons, en effet, des symptômes plus accusés, des épistaxis, du délire, et enfin de rares exemples de fièvre typhoïde.

Ici nous n'avons pas à invoquer la différence thermométrique du jour et de la nuit : l'action accablante du soleil persiste cependant; mais si l'on réfléchit aux conditions dans lesquelles se trouve le soldat à la tranchée, couché sans abri sur la terre humide, mouillé quelquefois déjà par la pluie, on verra que les conditions atmosphériques de Polmar et de Quecholac se trouvent en grande partie rétablies. N'oublions pas non plus les travaux au soleil, les fatigues, les privations inséparables de toute guerre et l'altitude à laquelle nous nous trouvons.

Dans cette esquisse rapide, nous n'avons point la prétention d'attribuer à une cause unique ce qui ressort de plusieurs autres; mais celle que nous avons signalée nous paraît être l'une des principales et des moins douteuses. Pour nous, il est un fait certain, c'est qu'à la suite de chaleurs accablantes dont l'action est d'autant mieux marquée qu'elles sont souvent précédées de froids intenses, toujours un septénaire ou deux après l'arrivée des troupes dans les cantonnements, il se déclare sur les plateaux de l'Anahuac des accidents analogues aux prodromes de la fièvre typhoïde et souvent de véritables entérites folliculeuses.

Dr F. Poncet,
Aide-major à l'artillerie de la 1re division.

Il s'écoula un liquide incolore, limpide comme de l'eau de roche; l'écoulement cessant bientôt, après avoir donné à peu près 15 grammes de liquide, j'enfonçai le trocart de quelques millimètres en plus, et il s'échappa un liquide ocreux, très-foncé, pouvant être évalué à 200 grammes. J'injectai dans la tumeur 60 grammes du liquide suivant :

Eau distillée, teinture d'iode, parties égales ; iodure, potassium, un dixième.

Le liquide retiré du kyste était alcalin, du poids de 200 grammes, d'une densité de 1,010. Il ne se coagule pas par la chaleur. L'acide nitrique le colore en vert foncé, qui passe au rouge sombre et laisse déposer par le refroidissement des flocons albumineux.

Par l'acide nitrique à froid on voit se former d'abord au fond du verre une couche verte très-foncée qui se change bientôt en couches superposées dans l'ordre suivant : coloration violette, bleue, vert foncé, vert clair. Au-dessus de ces couches surnage un flocon albumineux. Si l'on mélange au liquide deux tiers en volume d'acide sulfurique concentré, et quelques gouttes d'une dissolution d'une partie de sucre dans cinq d'eau, il prend une belle couleur violette. De cet examen nous avons conclu que le liquide du kyste était un mélange d'albumine et de matière bilieuse.

Traitement du jour : julep diacodé, cataplasmes sur le ventre, tisane d'orge.

Le lendemain, 15 décembre, pas de vomissement ; langue saburrale ; pouls à 120 ; pas de douleurs de ventre ; la malade n'a pas eu de selles.

Bouillon de poulet, cataplasmes, lavements.

Le 16, pouls à 108, quelques vomissements glaireux et bilieux ; langue blanche, rouge à la pointe ; sensibilité épigastrique. La tumeur a repris ses premières dimensions ; elle n'est pas sensible. En dedans, à gauche, se dessine une tumeur pyriforme mate à la percussion, élastique, et qui doit être la vésicule biliaire. — Même traitement.

...... Trois semaines après la ponction la tumeur a sensiblement diminué. La malade mange avec appétit ; elle peut se lever.

Le 31 janvier 1861, madame B... est en voie de guérison ; l'ictère a complétement cessé.

....

Jusqu'au mois de septembre 1862, madame B... a pu reprendre ses occupations. Elle n'accuse que quelques tiraillements et un peu de pesanteur dans l'hypochondre droit. Dans les derniers jours de septembre elle est reprise d'ictère. La langue est blanche ; le pouls petit ; la digestion ne se fait plus ; il y a même des vomissements ; le foie dépasse les fausses côtes ; la percussion donne un son mat dans une grande partie de l'hypochondre droit. La palpation qui est accompagnée de légères douleurs fait découvrir au-dessous du foie des espèces de tractus qui vont se perdre d'une part, au-dessous du foie, de l'autre, au milieu de la masse intestinale. La malade se plaint d'avoir quelques sueurs, de la céphalalgie, quelques douleurs qu'elle ne peut caractériser dans le côté.

Boissons acidulées, lavements émollients, cataplasmes.

Cet état persiste jusqu'à la fin de janvier dernier. Dans la nuit du 31 janvier au 1^{er} février, elle est prise d'une toux légère, puis surviennent des vomissements purulents, au milieu desquels nagent des débris de fausses membranes. Le 2, nouveaux vomissements de même nature. A partir de cette époque, la fièvre est tombée, l'ictère a disparu ; la malade a pu digérer ; les selles sont normales.

A la simple inspection on a constaté que les membranes appartenaient à des kystes de rayons différents. La membrane qui semble la membrane d'enveloppe est blanche, friable, épaisse de $0^m,002$; la partie interne est recouverte par deux, trois et quatre membranes excessivement ténues, transparentes, se séparant parfaitement les unes des autres lorsqu'on agite la poche sous l'eau. La plus interne est colorée en jaune dans quelques kystes, incolore dans d'autres.

Un examen plus complet en a été fait par MM. Martin-Magron et Ordonez. Voici la note qu'ils ont eu l'obligeance de me communiquer :

« Cette néomembrane se compose de couches superposées » d'épaisseur et de consistance qui varient d'un point à un » autre ; les plus denses sont constituées par un tissu n'ayant » pas de structure bien déterminée ; les plus molles sont for» mées d'une masse granuleuse et de certaines parties amor» phes. Les fragments mis à notre disposition n'appartiennent » pas tous à la même poche. »

Il est évident qu'une inflammation éliminatrice s'est produite entre les parois du kyste et celles d'une portion du tube digestif, et que le produit hétéromorphe a été rendu par les voies naturelles sans produire de graves accidents. — Il ne faut donc pas dans l'espèce se presser de porter un fâcheux pronostic.

III

CORRESPONDANCE.

Hérédité de la folie.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Cher et honoré confrère,

M. Linas, dans l'article bibliographique qu'il a publié au n° 33 de votre excellent journal (p. 451), me reproche de n'avoir point signalé l'*hérédité* parmi les causes de la folie. Je n'en ai rien dit, il est vrai, dans le chapitre de mon ouvrage consacré à l'étiologie de l'aliénation mentale ; et c'est peut-être un tort. Mais, en revanche, j'ai mentionné cette cause, à plusieurs reprises, dans les pages suivantes, notamment en traitant de l'influence des causes sur les guérisons de la folie, et à l'occasion de l'étiologie de l'épilepsie. On pourra voir, dans ces différents passages, que je fais intervenir l'hérédité dans l'énorme proportion de 1 sur 5,36 parmi les agents producteurs de la folie simple, et 1 sur 3,40 pour l'épilepsie-folie.

Quant à l'influence de la misère sur le développement de la folie, elle est incontestable assurément, et je me garderai bien de la nier. Seulement, avec tous les économistes, je distingue d'une manière absolue la *misère*, ou dénûment complet, d'avec la *pauvreté*, qui n'est, suivant Lamennais, que la privation de biens, l'absence de propriété, mais qui n'exclut pas un certain bien-être et même une aisance modeste. Je maintiens que la pauvreté ainsi entendue est l'abri le plus sûr contre les ambitions, les soucis et les mécomptes qui engendrent la folie.

Ces explications données, je suis persuadé que je serai d'accord avec M. Linas, dont je me plais, d'ailleurs, à reconnaître ici la critique loyale et éclairée.

Agréez, etc. GIRARD DE CAILLEUX.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 AOUT 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

PHYSIOLOGIE. — *Régénération et réparation des tissus*, par M. *Jobert* (de Lamballe). — M. Jobert se propose, dans le présent mémoire, de faire connaître ses recherches expérimentales sur la régénération des os.

Dans cette partie de son travail, l'auteur rappelle les doctrines, les théories et les expériences bien connues de Belchier et de Duhamel, de Haller, de Flourens, de MM. Serres et Doyère.

CHIRURGIE. — *Cathétérisme obturateur de l'urèthre ; ses indications, son utilité et sa supériorité sur le cathétérisme vésical et dérivatif*, par M. *Reybard* (de Lyon). — « Je donne, dit M. Reybard, le nom de *cathétérisme obturateur de l'urèthre* à une opération qui consiste à faire uriner les malades en introduisant simplement une sonde dans le canal, au lieu de l'introduire dans la vessie. On n'a pas cru jusqu'à ce jour qu'il fût possible de vider la vessie autrement qu'en introduisant une sonde dans ce réservoir. On peut néanmoins obtenir ce résultat, dans la plupart des cas, avec une sonde à renflement olivaire introduite simplement dans le canal, soit qu'on la laisse à demeure, soit qu'on la retire après la miction. Cette espèce de cathétérisme n'est pas seulement plus facile, il est encore moins douloureux, et n'a presque aucun des inconvénients et des dangers du cathétérisme vésical, comme on le verra par les détails que je vais donner dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie... » (*Comm.* : MM. Serres, Jobert (de Lamballe) et Civiale.)

PHYSIOLOGIE. — *Sur le rôle de l'épiderme en présence de l'eau, du chloroforme et de l'éther*, par M. *L. Parisot*. — A priori, la constitution anatomique de la peau devait refuser la propriété absorbante qu'on attribue à sa couche superficielle. L'enduit

sébacé dont est imprégné l'épiderme forme un vernis protecteur qui s'oppose à la pénétration des liquides. La paume des mains et la plante des pieds, qui, comme l'a démontré M. Sappey, sont dépourvues de l'appareil sébacé, sont les seules parties du tégument qui doivent se laisser imbiber. Tout le monde sait que leur immersion prolongée dans l'eau froide ou tiède amène effectivement des modifications sensibles dans l'épiderme de ces régions. Nous avons cherché à vérifier expérimentalement ces données de l'anatomie; et comme il s'agissait de montrer uniquement le phénomène physique de l'imbibition, je fis choix pour ces expériences de cadavres de deux jeunes enfants, dont l'épiderme, en raison de sa minceur, doit se laisser facilement imprégner. Ici j'eus recours à la balance. Ses indications devaient être précises, elles ne pouvaient être contredites ni masquées par les phénomènes d'inhalation.

M. Parisot donne la relation de ses expériences, qu'il a répétées sur dix autres sujets à peu près du même âge, et qui ont abouti toujours aux mêmes résultats, quelle qu'ait été la température du bain.

Ces expériences démontrent que l'épiderme de la paume des mains et de la plante des pieds est le *seul point* du tégument qui se laisse imbiber; c'est la seule voie d'introduction pour les liquides du dehors. Ces régions doivent cette propriété à l'absence de matière sébacée; car si on les couvre d'un vernis imperméable à l'eau, le phénomène d'imbibition est suspendu.

Le chloroforme, l'alcool, l'éther dissolvent plus ou moins complétement la matière sébacée, comme l'a établi M. Hébert, et peuvent ainsi faire pénétrer jusqu'au derme les substances qu'ils tiendraient en dissolution. Les expériences suivantes établissent combien le choix d'un menstru influe sur l'action d'un médicament dans l'organisme :

Solution d'atropine dans du chloroforme (0gr,05 d'atropine pour 20 grammes de chloroforme); application sur le front d'une feuille de coton imbibée de cette solution; la dilatation de la pupille s'est manifestée après trois minutes, au bout de cinq minutes elle était complète; la dilatation était à peu près égale des deux côtés; trouble dans la vision; l'appareil reste appliqué un quart d'heure, la peau est rouge, chaude et brûlante. Une heure après, ces signes d'inflammation ont disparu.

En remplaçant le chloroforme par une égale quantité d'esprit-de-vin, on observe une différence très-grande dans la rapidité de l'absorption, car au lieu de produire la dilatation au bout de trois minutes, il n'y avait encore aucun effet au bout de vingt minutes; elle commençait seulement après trente minutes : aussi la rougeur et la chaleur de la peau existaient à peine. L'atropine fut dissoute dans de l'eau très-faiblement acidulée par l'acide acétique; aucune dilatation de la pupille.

M. Parisot pense que ces faits sont de nature à modifier nos idées actuelles sur l'absorption et sur le choix des substances employées à l'extérieur, soit en topiques simples, soit en frictions. (*Comm. :* MM. Rayer, Cl. Bernard, Longet.)

— M. *Rayer* transmet une lettre de M. *Thury* qui prie l'Académie de vouloir bien faire examiner par une commission les faits qu'il a consignés dans son mémoire *sur la loi de la production des sexes*.

« J'ajouterai à l'appui de la demande de M. Thury, dit M. Rayer, que notre confrère M. Boussingault m'a écrit qu'il allait répéter sur l'espèce bovine une expérience faite récemment en Suisse, et qui a confirmé les faits annoncés par l'auteur. Mais pensant qu'une expérience semblable, faite sur une très-grande échelle, serait seule propre à juger la question, j'ai prié notre confrère M. le maréchal Vaillant d'obtenir de l'Empereur l'autorisation nécessaire pour que cette expérience fût répétée dans les fermes agricoles dépendant du ministère d'État, et à sa demande Sa Majesté s'est empressée de l'accorder. » (*Comm. :* MM. Boussingault, Rayer, Cl. Bernard, maréchal Vaillant.)

PATHOLOGIE. — *Nouvelles recherches sur les infusoires du sang dans la maladie connue sous le nom de* sang de rate, par M. *C. Davaine* (suite). — Après avoir dit que, pendant la période d'incubation, c'est-à-dire tant que les bactéries n'ont pas encore paru dans le sang de l'animal inoculé, ces bactéries ne pourraient être propagées, et la maladie du *sang de rate* ne pourrait être communiquée par l'inoculation à un autre animal, M. Davaine rapporte une expérience qui confirme ultérieurement ces vues.

« Il n'est pas besoin, je pense, ajoute l'auteur, de faire ressortir par un résumé des faits exposés ci-dessus le rôle des bactéries du *sang de rate*. Personne, sans doute, dans l'état actuel de la science, ne cherchera en dehors de ces corpuscules l'agent de la contagion, agent mystérieux, insaisissable, qui se développerait et se détruirait dans les mêmes conditions que les bactéries, qui jouirait des mêmes propriétés physiologiques qu'elles. Cet agent est visible et palpable; c'est un être organisé, doué de vie, qui se développe et se propage à la manière des êtres vivants. Par sa présence et par sa multiplication rapide dans le sang, il apporte dans la constitution de ce liquide, sans doute à la manière des ferments, des modifications qui font promptement périr l'animal infecté. »

SÉANCE DU 24 AOUT 1863.

CHIMIE ORGANIQUE. — *Sur la transformation en sucre de la peau des serpents*, par M. *S. de Luca*. — En faisant macérer la peau des serpents dans de l'acide sulfurique concentré ou de la potasse en solution, en prolongeant leur contact et en opérant à la température ordinaire, M. S. de Luca est arrivé à éliminer, en grande partie, les substances azotées contenues en abondance dans la peau des serpents, et à obtenir, comme résidu, une matière qui, quoique douée elle-même d'une grande résistance aux réactifs chimiques, peut être, en opérant avec beaucoup de soin, transformée en glycose fermentescible.

Les résultats de ses expériences démontrent que la peau des serpents peut fournir, quoiqu'en très-petite quantité, une matière isomère de la cellulose des végétaux, et ils font, en outre, connaître que, dans le mécanisme organique des plantes et des animaux, la nature se sert des mêmes principes généraux pour l'accomplissement des différents phénomènes de la vie.

CHIMIE LÉGALE. — *Note sur les réactions qui aident à déceler la présence de l'opium ou de la morphine*, par M. *Ad. Vincent*. — L'objet de ce travail est de prouver que les caractères chimiques invoqués pour révéler, dans un cas d'empoisonnement, la présence de l'opium, de la morphine ou de ses sels, ne conduiront souvent qu'à des doutes, à une suspicion d'empoisonnement ou à l'impunité, si le malade a été soumis à la médication ordinaire par le café, le thé, la noix de galle. Mais en chimie légale le doute est sans valeur, et les inductions tirées des réactions colorées, rapprochées des commémoratifs, des signes physiologiques, feront ranger ces caractères au nombre des éléments de conviction, mais ne permettront pas d'établir devant la loi la preuve de l'empoisonnement.

TOXICOLOGIE. — *Sur les effets toxiques du thallium*, note de M. *Lamy*, présentée par M. Dumas. — M. Lamy a vu onze animaux : deux poules, six canards, deux jeunes chiens et une chienne de moyenne taille, succomber successivement à un empoisonnement provoqué par 5 grammes de sulfate de thallium. Afin d'être mieux convaincu encore de l'énergie de ce poison, il a fait prendre un décigramme seulement de sulfate à un jeune chien du même âge que les deux premiers, et cet animal a succombé quarante heures après avoir pris le poison.

Il résulte des faits qu'il a observés que le sulfate de thallium est un poison énergique, et que les deux principaux symptômes de l'empoisonnement qu'il provoque sont, en premier lieu, la

douleur, dont le siége est dans les intestins, et qui se manifeste par des élancements excessivement douloureux se succédant avec rapidité, et comme des secousses électriques; en second lieu, des tremblements, puis une paralysie plus ou moins complète des membres inférieurs. Peut-être pourra-t-on ajouter à ces caractères la constipation, la rétraction ou la dépression du ventre, le manque absolu d'appétit. On remarquera d'ailleurs l'analogie de ces phénomènes avec ceux qui caractérisent la colique et l'arthralgie saturnines.

Tératologie. — *Nouvelles recherches sur la production artificielle des monstruosités*, note de M. *C. Dareste*, présentée par M. Cl. Bernard. — L'auteur informe l'Académie qu'il a observé récemment sur des embryons de poulet un cas de duplicité du cœur, avec ectopie complète, un cas de symélie ou fusion complète des membres postérieurs, et un cas de cyclopie ou fusion complète des deux yeux sur la ligne médiane.

Physiologie. — *Expériences sur l'altération spontanée des œufs*, par *Al. Donné*, présentées par M. Pasteur.— Des œufs de poule tout frais, étiquetés, ont été placés chaque semaine par séries dans des coquetiers sur une fenêtre située au second étage et à l'exposition du levant. Les uns sont demeurés intacts, les autres ont été percés au sommet d'une ouverture capable d'admettre le bout du petit doigt. Ces œufs ont subi, pendant les quatre mois indiqués, des variations de température allant de 10 à 12 degrés centigrades jusqu'à 30 et 36 au-dessus de zéro. Au bout de huit jours environ, plus ou moins suivant le temps, les œufs *ouverts*, après avoir subi un certain dessèchement de leur matière abaissée au-dessous de l'ouverture, ont constamment montré tous les phénomènes de la fermentation putride; tandis qu'aucun signe de putréfaction ne s'est manifesté dans les œufs restés intacts.

Cependant la matière de l'œuf qui ne s'altère pas, dans le sens de la putréfaction, tant qu'on la laisse dans son état normal, subit promptement l'action de la décomposition si par des secousses on détruit sa structure physique, c'est-à-dire si l'on rompt la trame, les cellules du corps albumineux, et qu'on opère ainsi le mélange du jaune et du blanc. Alors, même sans accès de l'air extérieur, en se garantissant même de cette intervention par un surcroît de précaution, tel qu'une couche de collodion répandue à la surface de l'œuf, on voit tous les phénomènes de décomposition apparaître, après un temps plus ou moins long, suivant la température, mais toujours en moins d'un mois; tous les phénomènes de décomposition, excepté toutefois la production d'êtres vivants de l'un ou de l'autre règne, car, quel que soit le degré de pourriture auquel on laisse arriver l'œuf, on n'y peut pas découvrir la moindre trace d'animalcules ni de végétaux microscopiques; la matière de l'œuf est trouble, d'une couleur livide; elle exhale une odeur fétide au moment où on brise la coque, mais rien, absolument rien ne bouge dans cette matière, rien ne vit, et l'examen microscopique le plus attentif et le plus répété n'y fait pas découvrir le moindre être organisé ou vivant. Une fois au contact de l'air extérieur, la décomposition marche rapidement avec son cortége d'infusoires et d'êtres microscopiques.

N'est-ce pas là, dit M. Donné, une nouvelle preuve de la nécessité de l'intervention des germes répandus dans l'atmosphère pour donner naissance à des êtres vivants?

Chirurgie. — *Nouvelle méthode de réunion des plaies simples, sans laisser de cicatrice difforme*, note de M. *Tavernier*, présentée par M. Velpeau. — Voici le procédé de pansement auquel M. Tavernier a eu recours chez une jeune fille opérée d'un kyste du cou :

« J'ai fermé provisoirement la plaie, longue de 8 centimètres, avec des serres-fines. Après que le sang eut rempli le vide laissé par le kyste et cessé de se répandre abondamment au dehors, j'ai exécuté la fermeture définitive, en déposant de proche en proche, à partir de l'angle supérieur de la plaie, une couche de collodion, jusqu'à la première serre-fine que j'ai retirée pour la placer au-dessous de la seconde; puis j'ai continué l'occlusion, en ayant le soin scrupuleux de maintenir les bords de la plaie à un niveau parfait, et de les fixer avec une nouvelle application de collodion. J'ai enlevé ma seconde serre-fine pour agir, à sa place et au-dessous du point qu'elle occupait, de la même manière que pour la première, et j'ai continué jusqu'à ce que je fusse arrivé à l'angle inférieur dont j'ai laissé un seul point libre.

» Le tout a été consolidé par une large et épaisse couche de collodion appliquée sur le petit ruban de réunion. Les bords de la plaie ainsi affrontés se sont cicatrisés sans la moindre déviation, le fond de la plaie s'est rempli, la peau s'est maintenue sur le niveau du plan arrondi du cou; il n'est pas sorti une seule goutte de pus par l'ouverture que la prudence m'avait conseillé de laisser libre.

» Au bout de huit jours, j'ai enlevé la couche de collodion; la cicatrice, rouge mais droite, était parfaitement prise dans toute son étendue.

» Suivant l'auteur, ce mode de pansement empêche que les cicatrices soient déprimées. Il remplace avantageusement les bandelettes, souvent infidèles dans leur action, et qui par leur opacité empêchent le chirurgien de voir les progrès de la guérison. Il supprime, dans la plupart des cas, les points de suture dont l'application douloureuse ajoute une plaie à une autre, et provoque souvent une inflammation qui compromet le succès de l'opération. Il met enfin les plaies avec perte de substance à l'abri du contact de l'air; en recouvrant celles-ci d'un linge collodionné, et fixant celui-ci avec du collodion liquide, on obtient facilement ce résultat. »

Hygiène publique. — M. le docteur *Caron*, à l'occasion de la discussion qu'ont soulevée les communications de M. le docteur *Boudin* sur la question des mariages consanguins, adresse une note renfermant des observations qui viennent à l'appui de l'opinion émise par ce médecin. (*Comm. :* MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard, Bienaymé.)

Physiologie. — M. *Méret*, dans une lettre adressée à M. le Secrétaire perpétuel, présente quelques considérations sur la limite qui sépare l'intelligence des animaux de celle de l'homme, considérations appuyées sur quelques faits qu'il a eu occasion d'observer. (*Comm. :* MM. Flourens, Cl. Bernard.)

Académie de médecine.

Séance du 1er septembre 1863. — Présidence de M. Grisolle.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Puy-de-Dôme, de l'Aisne, de Seine-et-Marne et dans l'arrondissement de Vassy et de Vendôme, pendant l'année 1862. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Le rapport de M. le docteur *Fournié* sur le service médical des eaux minérales d'Alet pendant l'année 1862. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit une lettre de M. le docteur *Adolphe Espagne*, accompagnant l'envoi d'une traduction d'un discours académique *sur le principe vital de l'homme*, prononcé à Montpellier en 1772, par *P. J. Barthez.*

— M. *Béclard* présente, au nom de M. *Noël Pascal*, une Étude sur le guaco, plante de la famille des corymbifères, et sur ses effets thérapeutiques dans les affections vénériennes, et en particulier dans les accidents locaux de la syphilis, comme l'ulcère phagédénique.

Discussion sur les vivisections.

— M. *Béclard* n'hésite pas à déclarer que tous les physiologistes partagent modestement les sentiments d'humanité qu'on manifeste avec tant d'éclat hors du monde scientifique. Il pense qu'il y a un certain courage à pratiquer des vivisections, et il rappelle qu'il est arrivé à plus d'un expérimentateur de

céder à la pitié que lui inspirait le sacrifice des animaux. Il répudie pour les expérimentations physiologiques les épithètes de *cruelles*, de *barbares* et d'*atroces*, que leur donnent les gens du monde. Les atrocités, les traitements cruels sur les animaux, ne sont point commis par les mains des médecins, et ce n'est ni contre eux, ni à leur sujet qu'a été promulguée la loi Grammont.

L'orateur ne croit pas qu'il soit nécessaire de démontrer devant l'Académie l'utilité des expériences physiologiques et d'en justifier la pratique en énumérant les progrès qu'elles ont réalisés, les vérités qu'elles ont définitivement établies. C'est par des expériences sur les animaux vivants qu'a été faite une des plus grandes et des plus fécondes découvertes de la physiologie, la circulation du sang.

On voudrait interdire les expériences pratiquées dans un but de démonstration ou de vérification; mais on oublie que ces expériences ont souvent produit de merveilleux résultats. C'est en vérifiant l'expérience de Galien, relative à l'influence de la section des nerfs récurrents sur la voix, qu'Asselli a mis à jour les vaisseaux chylifères.

Il ne faut donc pas interdire les expériences faites dans un but de démonstration; car, aussi bien que les autres, elles peuvent aboutir à de grandes et fécondes conséquences.

M. Béclard ne voudrait pas non plus qu'on défendît les expérimentations aux élèves. Les maîtres seuls n'ont point le privilége des découvertes. Olaüs Rudbeck et Pecquet n'étaient que de simples étudiants quand ils ont découvert, l'un les lymphatiques généraux, l'autre le canal thoracique.

Qu'il y ait des abus, c'est possible. Les physiologistes sont les premiers à les regretter et à les proscrire. Mais prenons garde, sous prétexte d'attaquer les abus, de toucher à l'usage et d'attenter à la liberté de l'enseignement. Protégeons les animaux; mais ne portons pas la main sur l'arche sainte de la science. (*Vifs applaudissements.*)

Le but ici doit justifier les moyens. Toute expérience est légitime quand elle est pratiquée dans une intention utile à l'art de guérir, profitable à l'humanité. Sans cette condition expresse, une expérience sur les animaux vivants serait une barbarie gratuite, une pure cruauté.

M. Béclard ne pense pas que les opérations faites sur les animaux vivants, dans les écoles vétérinaires, pour l'instruction des élèves, soient nécessaires. On pourrait peut-être supprimer ces manœuvres sans inconvénient pour les étudiants et au grand avantage des animaux. La médecine vétérinaire française est haut placée dans l'estime du monde; mais ce n'est sans doute point à la pratique surannée dont il s'agit qu'elle doit sa réputation européenne. D'ailleurs, il y a aussi des vétérinaires éminents dans d'autres pays, comme l'Allemagne et l'Angleterre, où l'on ne fait pas de médecine opératoire sur le vivant.

Les chirurgiens ont-ils besoin de s'exercer sur des corps vivants pour acquérir cette dextérité, cette habileté manuelle que réclament les opérations pratiquées sur l'homme, autrement difficiles, autrement délicates, que celles, ordinairement grossières, qu'on pratique sur des chevaux ou des bœufs? Les vétérinaires pourraient donc suivre l'exemple des chirurgiens, renoncer aux opérations démonstratives sur le vivant et se contenter du cadavre pour s'exercer la main.

On dit que les vétérinaires ont besoin d'apprendre à se prémunir contre les dangers qu'ils peuvent courir en opérant des animaux que la douleur exaspère et rend furieux. M. Béclard croit que c'est porter trop loin le souci du danger. Les chirurgiens n'ont pas recours à de semblables moyens pour se garder des dangers d'une blessure ou des risques d'une inoculation, non plus que les médecins qui vont affronter les périls d'une épidémie meurtrière.

M. Béclard ne veut pas quitter les écoles vétérinaires sans signaler un fait qu'il appelle une *détestable industrie*, et qui consiste à fournir à ces écoles des animaux à vil prix pour être sacrifiés. La plupart de ces animaux meurent de faim au bout de quelques heures, faute d'avoir été convenablement nourris par les vendeurs.

L'orateur proteste contre le mot de *vivisection* employé généralement. Ce mot est impropre, car souvent les expériences physiologiques ne se font point par l'instrument tranchant et laissent l'animal intact.

M. Béclard, en terminant, propose de répondre en ces termes à M. le ministre :

« L'Académie déplore les excès de langage dont les expériences sur les animaux vivants ont été l'objet dans les documents que vous lui avez fait l'honneur de lui transmettre. Mais elle respecte les sentiments qui les ont dictés.

» S'inspirant des mêmes sentiments et uniquement préoccupée des intérêts de la science qui sont aussi ceux de l'humanité, l'Académie regarde les expériences sur les animaux vivants comme nécessaires aux progrès de la physiologie, de la pathologie, de la thérapeutique, de la toxicologie et de l'hygiène publique.

» Si des abus ont été commis, l'Académie connaît assez l'esprit qui anime le corps médical pour être bien certaine qu'il suffit de les signaler pour les faire disparaître.

» Je me résume, ajoute M. Béclard : Que propose la commission? De réglementer les expériences? Que voulons-nous? Qu'on laisse les expérimentateurs libres. Où seront les garanties? Nous répondrons : Dans la conscience des expérimentateurs.

» De l'autre côté du détroit, il existe des Sociétés de tempérance qui ont l'approbation de tout le monde; mais le jour où l'on voudrait proscrire par un bill l'usage des liqueurs fortes, vous verriez toute l'Angleterre se soulever contre cet attentat à la liberté. Ce n'est pas par des prohibitions, mais c'est en donnant aux élèves le sentiment de la dignité, c'est en faisant appel à leurs bons sentiments que vous obtiendrez d'eux ces « mains pures et ces cœurs miséricordieux » qu'exigeait des physiologistes l'un de nos plus illustres collègues. »

— M. *Piorry*. Dans la grave question qui s'agite, ce n'est pas le sentiment seul, une pitié mal entendue qu'il faut interroger, c'est surtout la raison éclairée par la conscience.

L'orateur fait bon marché de cet étrange sentimentalisme des gens du monde, que révolte la pratique des vivisections et qui se réjouissent au plaisir de la chasse à courre, au spectacle de la curée et autour d'une table chargée de mets succulents obtenus au prix de toute espèce de tortures infligées aux animaux. Il sied bien aux Anglais de pousser de frénétiques hourras contre nos savants investigateurs, eux qui se plaisent à *entraîner* d'abord, puis à harasser, pour des courses frivoles, le coursier qu'ils exposent, ainsi que le jockey, à se briser les membres et à se fracturer la tête ! (*Bravos.*)

M. Piorry ne croit pas devoir tenir un compte plus sérieux des étranges déclamations « de ces prétendus savants, de ces gens de bibliothèque, de ces amateurs de traditions, qui fréquentent peu l'hôpital, n'étudient guère l'organisme et qui s'élèvent contre les expériences physiologiques, qui dénigrent les expérimentateurs et dont le cercueil même n'arrête pas toujours l'envie de médire ».

L'orateur entre dans des considérations historiques pour établir que les vivisections ont été le point de départ ou au moins le moyen le plus positif de découvrir les mystères de nos fonctions. A ce propos, il rappelle et il glorifie les grandes et belles recherches de Galien, Harvey, Spallanzani, Godwin, Hunter, Charles Bell, Carswil, Legallois, Magendie, Chossat, Orfila, Bouillaud, Longet, Claude Bernard, Gavarret, Ch. Robin, etc.

« Les expérimentations sur les animaux vivants sont pratiquées dans un but humanitaire; elles sont donc utiles, indispensables; le médecin a donc le droit de les faire. Les limites du droit d'expérimenter sur les animaux sont celles que trace la conscience. Aller au delà ce serait entraver le progrès et attenter à la liberté de l'enseignement. Les règlements que l'on propose sont inacceptables, et s'ils étaient promulgués, ils

auraient des inconvénients qui, finalement, toucheraient aux intérêts de l'homme. »

M. Piorry se résume dans les conclusions suivantes :

« Il faut autant que possible éviter de sacrifier des animaux intelligents, affectueux et sensibles. Ce sont surtout les animaux nuisibles ou destinés à l'alimentation qui doivent être pris pour sujet d'expérimentation. Il ne faut répéter les expériences douloureuses qu'autant qu'il y a des doutes à éclaircir ou des élèves à instruire sur des choses utiles. Il faut que le physiologiste fasse tous ses efforts pour éviter de faire souffrir l'animal, pour ne pas prolonger son martyre.

1° Les vivisections sont indispensables pour l'étude des maux dont l'homme peut être atteint, et pour apprendre à y remédier ; 2° elles ont été la source, la démonstration des plus grandes découvertes en physiologie, en pathologie, en médecine légale et en thérapeutique ; 3° elles ne sont pas désapprouvées par le sentiment humanitaire, puisque leur but est le soulagement et la conservation de l'humanité ; 4° Il faut que le sens moral de l'expérimentateur, dans ses recherches, concilie l'utilité scientifique et humanitaire avec ce que la pitié bienveillante exige impérieusement ; 5° faire des expérimentations sans un but d'utilité réelle, c'est être cruel et coupable ; 6° c'est au sens moral, à la conscience, et non à des règlements ou à des lois, qu'il appartient de régler la conduite du physiologiste expérimentateur. (*Applaudissements.*)

M. *Bouley*. Deux questions sont pendantes devant l'Académie, celle des vivisections et celle des opérations chirurgicales chez les animaux vivants.

La première question a été longuement et savamment traitée par les orateurs précédents, qui ont fait bonne et prompte justice des clameurs des journaux à grand format de Londres et de Paris qu'on appelle *le Times* et *le Temps*. Je m'associe à eux pour proclamer l'utilité, l'urgence même des expériences sur les animaux vivants, et pour reconnaître que c'est à ces expériences seulement que la physiologie doit tous ses progrès, et que la médecine doit aussi d'être sortie du domaine des hypothèses et de la période métaphysique.

J'arrive à la seconde question, qui est plus particulièrement de ma compétence et de mon ressort.

M. le secrétaire perpétuel a tracé un tableau lamentable des *atrocités* commises à Alfort sur des animaux vivants. Il a parlé notamment d'un cheval qui avait subi jusqu'à soixante-quatre opérations. Mais qu'étaient la majeure partie de ces opérations? Des piqûres, des ponctions, des saignées, des sétons, c'est-à-dire des opérations simples, élémentaires, à peine sanglantes et beaucoup moins cruelles que les coups de fouet noueux que reçoivent les chevaux de travail, en vingt-quatre heures, dans les rues de Paris.

Je ne veux pas ici me faire l'avocat des abus qui peuvent se commettrequelquefois dans nos écoles ; mais je veux soutenir le principe de l'utilité, de la nécessité même des opérations pratiquées sur les animaux vivants. Si M. Béclard avait été témoin de ce qui se passe dans nos hôpitaux, il aurait montré sans doute moins de pitié pour les animaux opérés. Il se serait convaincu par lui-même de la nécessité des exercices pratiques pour initier surtout les opérateurs aux mouvements dangereux des animaux, et les mettre en garde contre leur colère, leurs coups, leurs morsures. L'initiation sur le cadavre ne donnerait jamais la mesure des périls à courir et des précautions à prendre pour les éviter. Les animaux ne sont pas, comme l'homme, patients, raisonnables, résignés ; ils ne comprennent pas la nécessité d'une opération ; ils résistent, ils réagissent par des mouvements brusques, violents, agressifs ; ils s'agitent de telle sorte que l'opérateur peut être blessé ou se blesser avec son propre instrument. De là la nécessité des manœuvres sur les animaux vivants, afin d'acquérir la sécurité et la dextérité nécessaires pour pratiquer l'opération sûrement pour le chirurgien et pour l'animal.

On objecte qu'on pourrait exercer suffisamment les vétérinaires par les opérations sur le cadavre. L'école d'Alfort reçoit tous les ans un assez grand nombre d'élèves venant de Russie, de Prusse, d'Allemagne, et même de la sentimentale Angleterre. Ces élèves, déjà diplomés dans leur pays, avouent ingénûment en entrant à Alfort qu'ils ne savent pas opérer ou qu'ils opèrent maladroitement. A quoi tient cette infériorité des élèves étrangers sur les nôtres! Sans contredit, à ce que les premiers apprennent à opérer sur des cadavres, et que les autres s'exercent sur les animaux vivants. Et qu'on ne se figure pas que les Anglais, si miséricordieux et si compatissants chez eux, éprouvent, dans nos écoles, la moindre répugnance pour ces exercices opératoires. Ce sont, au contraire, les plus ardents à la besogne ; et l'on peut certifier qu'ils ne traitent pas les pauvres bêtes avec plus de ménagements qu'ils ne le font des Cipayes en révolte. Croyez-vous que ces vétérinaires, de retour dans leur pays, soient l'objet de la réprobation de leurs concitoyens et du mépris des sociétés protectrices? Tout au contraire, ils sont accueillis partout avec faveur, et ne tardent pas à devenir bientôt les plus recherchés et les plus occupés des praticiens.

M. Bouley maintient que les exercices opératoires dans les écoles vétérinaires ne sauraient être supprimés sans un grand dommage pour l'instruction pratique, l'apprentissage et l'initiation des élèves ; il est convaincu, contrairement à l'opinion de M. Béclard, que c'est à ces exercices que les écoles françaises doivent cette supériorité tant enviée par nos voisins. Que M. Dubois (d'Amiens) se rassure ! les professeurs et les élèves d'Alfort ne sont pas aussi féroces qu'on le lui a dit. Ils sont aussi compatissants que possible pour les bêtes dont la santé et la vie leur sont confiées. On ne pratique aucune opération inutile, quelque minime qu'elle soit ; et si quelquefois on en pratique plusieurs sur le même animal, c'est qu'on y est contraint par le peu de sujets dont on dispose pour le manuel opératoire. L'État seul peut remédier à cet inconvénient, en grossissant le chapitre du budget affecté à l'achat des animaux destinés aux manœuvres chirurgicales.

La science, comme la politique, a de dures et de terribles exigences : celle-là, les vivisections et les opérations sur les animaux vivants ; celle-ci, la guerre, autre genre de vivisection bien autrement cruel, bien autrement atroce que les expériences de nos laboratoires ou de nos amphithéâtres.

Laissons s'apitoyer à leur aise sur le malheureux sort des pauvres bêtes, martyres de la science, ces gens du monde et ces femmes sensibles, qui assistent sans scrupules à des combats de coqs, de bouledogues ou de taureaux, et qui se repaissent sans remords de la chair d'animaux mutilés, torturés et tués pour satisfaire les caprices de leur appétit.

La question des vivisections et des opérations chirurgicales n'est pas de celles qui se réglementent. C'est une affaire que l'on doit juger selon son cœur et selon sa conscience. Ne serait-ce pas une grave atteinte portée à la dignité de la science et à l'indépendance du savant, si un représentant de l'autorité, un délégué de la police, pouvait venir, au nom de la loi, interrompre un cours, suspendre une démonstration, et dresser procès-verbal à un professeur?

Je demande donc, dit en terminant M. Bouley, qu'il ne soit pas donné suite aux propositions formulées par M. le secrétaire perpétuel.

La séance est levée à cinq heures.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Nouvelle méthode de traiter les maladies en réglant la circulation du sang dans différentes parties du corps, par M. J. Chapman, M. D., M. R. C. P.

Sous ce titre, M. Chapman nous fait connaître une méthode de traitement qu'il a instituée principalement en vue de la thérapeutique des névroses, et dont il préconise surtout l'appli-

cation dans les cas d'épilepsie. Cette méthode est fondée sur les conquêtes récentes de la physiologie dans le domaine des fonctions du système nerveux. Les recherches de divers expérimentateurs, de MM. Cl. Bernard, Brown-Séquard, Schiff et autres, ont montré l'influence du grand sympathique et des centres nerveux sur les vaisseaux sanguins, et par l'intermédiaire de ces canaux sur les phénomènes de nutrition qui se manifestent dans les diverses parties du corps. Les centres nerveux, grand sympathique et cérébro-spinal, sont donc, en un certain sens, les grands régulateurs des fonctions organiques, et M. Chapman pense qu'il est arrivé à pouvoir, en quelque sorte, régler ces régulateurs.

Il a découvert, dit-il, qu'on peut, au moyen du froid et du chaud appliqués sur différentes parties du dos, gouverner la circulation du sang dans le cerveau, dans la moelle épinière, dans les ganglions du système nerveux sympathique, et par suite exercer une action analogue sur tous les autres organes du corps. De cette façon, l'excitabilité réflexe, ou la puissance excito-motrice de la moelle spinale, et la force contractile des artères dans toutes les parties du corps, peuvent être immédiatement modifiées.

Dans le but de diminuer le pouvoir excito-moteur de la moelle épinière seule, M. Chapman applique de la glace enfermée dans un sac de caoutchouc de deux pouces environ de diamètre le long de la partie de la colonne vertébrale renfermant la portion de la moelle sur laquelle il veut agir. On peut, d'après le même principe, accroître la vitalité de la moelle en appliquant alternativement de l'eau chaude et de la glace dans un sac de caoutchouc. Si l'on n'a besoin que d'une action moins énergique, on applique de la glace ou seulement de l'eau glacée, plusieurs fois par jour, pendant peu de temps chaque fois, en laissant un long intervalle entre deux applications successives.

Si l'on désire augmenter la circulation dans une partie déterminée du corps, on peut y réussir en exerçant une influence sédative, dépressive ou paralysante (suivant le cas) sur les ganglions du grand sympathique, qui envoient des nerfs vaso-moteurs à cette partie. Pour cela, on applique de la glace sur la partie centrale du dos, sur une largeur de quatre pouces à quatre pouces et demi, et dans une étendue longitudinale correspondant aux segments particuliers du sympathique et de la moelle sur lesquels on peut agir. Par exemple, si l'on a l'intention de diriger un afflux de sang plus copieux vers le cerveau, on applique de la glace sur la nuque et entre les épaules; on obtient également ainsi un accroissement de la circulation et de la chaleur dans les extrémités supérieures; une influence du même genre sera produite sur les viscères thoraciques et abdominaux par des applications sur les régions dorsale et lombaire; et enfin, par l'application du sac de glace sur la partie inférieure du dos, on pourra tellement activer la circulation dans les jambes et les pieds les plus froids, qu'ils deviendront entièrement chauds.

A l'aide de cette méthode, que M. Chapman croit efficace dans la majorité des maladies, il a réussi à supprimer les accès de plusieurs épileptiques; il a obtenu aussi des effets très-avantageux en la mettant en œuvre dans différents cas, entre autres dans des cas de paralysie, de céphalalgie violente et ancienne, d'incertitude de la marche, de faiblesse de la vue, d'anesthésie latérale, de tic de la face, de crampes des membres, de paralysie de la vessie, de ménorrhagie, de diarrhée ou de constipation, et dans d'autres cas encore dont il donne l'énumération.

C'est en méditant les travaux de M. Brown-Séquard, de MM. Kussmaul et Tenner, et de Schrœder van der Kolk sur la physiologie de l'épilepsie, que M. Chapman a été conduit à essayer la méthode de traitement qu'il préconise contre l'épilepsie. Un fait général qui ressort de ces travaux, c'est que le système nerveux vaso-moteur paraît jouer un rôle capital dans l'évolution des accès d'épilepsie, et que c'est la moelle allongée qui est le point où la poudre s'enflamme, si l'on nous permet cette image, soit que l'étincelle se produise d'emblée dans ce centre lui-même, soit qu'elle s'y allume sous une influence excitatrice émanée d'une région plus ou moins éloignée du corps, et transmise par les conducteurs nerveux.

S'il y a une source d'irritation excentrique dans un cas d'épilepsie, on doit donc, avant tout, la supprimer autant que possible; puis on cherchera à obtenir deux effets : premièrement, on essayera d'affaiblir le pouvoir excito-moteur de la moelle épinière en diminuant la quantité de sang qui circule dans cet organe; ensuite on s'efforcera de prévenir les contractions spasmodiques des artères cérébrales, contractions qui amènent la perte soudaine de connaissance constituant la première phase d'un accès épileptique.

Pour cela, M. Chapman prescrit d'abord, — et c'est là le plus important, — d'appliquer de la glace sur une certaine partie ou sur toute l'étendue longitudinale du dos, pendant un espace de temps de deux à dix-huit heures par jour, suivant le caractère spécial du cas en traitement. En second lieu, si les extrémités sont froides, il aide le retour de la chaleur pendant le premier jour ou les deux premiers jours du traitement, en faisant plonger souvent ces extrémités dans l'eau chaude, ou en les faisant frictionner, ou bien, pendant l'hiver, en faisant couvrir de flanelle les jambes ou les bras. En dernier lieu, comme moyens auxiliaires, il ordonne l'exercice physique, l'emploi de moyens spéciaux pour accroître l'activité respiratoire et dépenser l'énergie de la moelle épinière; il conseille de se faire couper les cheveux ou de les arranger de façon qu'ils ne couvrent pas la région supérieure de la nuque, de se livrer à quelque occupation cérébrale, quotidienne et systématique, et enfin de porter des vêtements légers et frais.

Pour donner une idée des résultats de la méthode qu'il recommande, M. Chapman cite plusieurs cas d'épilepsie soumis à ce traitement.

Obs. I. — Un homme âgé de quarante-deux ans a commencé à avoir des accès en 1854. Durant les douze mois qui ont précédé le début du traitement (16 mai 1863), il a eu en moyenne trois accès d'environ vingt minutes de durée chaque jour. Depuis le commencement du traitement il n'a pas eu un seul accès.

Obs. II. — Une jeune fille âgée de dix-sept ans commence à avoir des accès entre treize et quatorze ans. Depuis lors elle a chaque jour deux accès de petit mal. Elle est mise en traitement le 24 février 1863. Les accès deviennent immédiatement moins prononcés; ils diminuent progressivement, cessent à la fin de la première semaine, et n'ont plus reparu.

Obs. III. — Une jeune fille âgée de quatorze ans avait des accès, principalement de petit mal, depuis six ans environ. Elle devenait inconsciente dans chaque accès, mais ne tombait pas. Elle avait en moyenne quatre accès par jour et plusieurs par nuit; chaque accès durait de trois à cinq minutes. Elle est mise en traitement le 23 avril 1863 ; les accès nocturnes cessent entièrement au milieu de mai. Le 10 juillet il n'y a plus que deux accès diurnes par semaine; le nombre a été progressivement en décroissant jusqu'à cette date.

Obs. IV. — Une jeune fille âgée de vingt ans a de nombreux accès chaque mois. Ces accès, accompagnés de chute, durent trois minutes; de plus, elle a de petits accès avec perte de conscience, mais sans tomber, et enfin elle a fréquemment un tremblement des lèvres qui la gêne beaucoup pour parler. Dans le mois d'avril dernier, elle a eu des accès avec chute l'un après l'autre, presque sans interruption, pendant toute une semaine. Quant aux petits accès, elle en a d'ordinaire dix chacun des six jours de sa période cataméniale, et un chaque jour dans l'intervalle des époques menstruelles. Elle entre en traitement le 27 mai; depuis lors elle n'a eu que trois accès, dont deux n'ont duré qu'un instant. Depuis le 15 juin elle n'a eu qu'un petit accès sans perte de conscience, et elle n'a plus de tremblement des lèvres, ni aucun autre symptôme anomal.

Obs. V. — Enfant âgé de treize ans. Depuis douze mois, accès de grand et de petit mal. Il avait environ cinquante accès de l'un et de l'autre par mois. Il commence le traitement le 4 juin. Depuis lors, il n'a eu qu'un seul accès avec chute, et n'a pas eu un seul vertige.

Obs. VI. — Enfant âgé de quatorze ans, ayant habituellement une moyenne de douze accès par jour, chacun d'eux précédé par un cri. Il est mis en traitement le 11 juin. Ce jour-là il a quatre accès, mais sans

cri. Depuis lors il n'a plus eu un seul accès. (*Medical Times and Gazette*, 1863, n° 681, 18 juillet.)

Ces résultats doivent certainement engager les praticiens à mettre à l'essai la méthode employée par M. Chapman. Ce n'est qu'après une expérimentation prolongée, répétée et variée que l'on pourra juger cette méthode en connaissance de cause. Tant de moyens thérapeutiques ont été prônés d'abord comme jouissant d'une efficacité souveraine dans le traitement de l'épilepsie, et accusés à juste titre ensuite d'impuissance plus ou moins complète, que l'on ne peut se défendre d'une certaine défiance, même lorsque la méthode proposée, s'appuyant comme celle-ci sur les inductions physiologiques les plus légitimes, est préconisée par un homme d'un jugement très-éclairé, et a permis d'obtenir des succès remarquables. On sait d'ailleurs depuis longtemps que, chez les épileptiques, un grand nombre d'agents peuvent produire momentanément une suspension plus ou moins longue des accès: comme Esquirol le faisait remarquer, cela arrive presque toujours lorsqu'on abandonne un médicament pour en essayer un autre, surtout lorsqu'on frappe l'esprit du malade en lui parlant de l'espoir que l'on fonde sur la nouvelle prescription; on voit alors parfois les accès cesser pendant plusieurs jours; on les a vus, dans certains cas, ne reparaître qu'au bout d'un mois, de deux mois, de trois mois même, puis ils se montraient de nouveau avec leur ancienne fréquence et leur ancienne intensité. C'est pour cela qu'il faut, pour établir la valeur d'une méthode de traitement dirigée contre l'épilepsie, une expérimentation prolongée; il la faut encore répétée et variée, avons-nous dit; l'épilepsie est loin, en effet, d'être une maladie uniforme, de cause et de nature constamment identiques, et il faut prendre garde d'appliquer à l'épilepsie vraie des conclusions tirées d'essais tentés dans des cas d'épilepsie symptomatique, de pseudo-épilepsie.

Emploi de l'arsenic contre les fièvres intermittentes, par M. MASSART.

La Société de médecine de Toulouse avait mis au concours la question suivante : « Faire connaître au point de vue pratique les diverses maladies dans lesquelles les préparations arsenicales sont réellement utiles. » Le prix a été accordé au mémoire de M. le docteur Massart (de Bourbon-Vendée).

Nous avons publié *in extenso* (*Gaz. hebd.*, 1863, n° 14 et suiv.) une partie de ce remarquable travail, celle qui concerne le *traitement de la congestion cérébrale, des dyspepsies et des gastralgies par les préparations arsenicales*. Nous dirons aujourd'hui un mot de ce qui est relatif au traitement de la fièvre intermittente.

Le haut prix du quinquina a rendu la découverte de succédanés fort désirable à tout le monde, aux malades, aux administrations des hôpitaux, à l'administration de la guerre, dont la caisse reçoit depuis trente ans le contre-coup des fièvres d'Afrique. Or, l'arsenic est rentré, après une longue éclipse, dans la thérapeutique de cette classe de maladies, sous les auspices d'un médecin militaire, M. Boudin. Ses recherches ont suscité une légion d'expérimentateurs dans toutes les contrées médicales. Or, voici le relevé que M. Massart présente sur ce sujet, et dont on voudrait pouvoir admettre l'exactitude.

La presse médicale européenne, suivant l'auteur, a publié 7000 faits où la médication arsenicale a été administrée comme antipériodique. Ces 7000 faits présentent en apparence des garanties qu'on ne rencontre nulle part ailleurs : celles-ci reposent d'abord sur le grand nombre des observations, qui appartiennent à la France, à l'Espagne, à l'Angleterre, à la Hollande et à l'Italie; ensuite, sur la diversité d'origine des fièvres qui ont été contractées au Sénégal, en Algérie, en Corse, en Italie, en Syrie, en France, en Espagne, en Hollande; enfin, sur le contrôle exact et tout particulier auquel sont soumis les fiévreux militaires. La masse entière représente *tous* les cas connus de fièvre intermittente et rémittente traités par les préparations arsenicales, quels qu'aient été les doses et le mode d'administration. L'auteur les divise en deux séries : celle des guérisons et celle des insuccès, et il trouve que la propriété antipériodique des préparations arsenicales a été constatée 90 fois sur 100.

Malgré tout, nous croyons cette proportion extrêmement exagérée; du moins ne répond-elle pas aux résultats généraux obtenus en France, dans la pratique privée comme dans celle des hôpitaux, par les observateurs dignes de confiance qui ont tenu compte de la marche naturelle de la maladie et de sa curabilité spontanée. Peut-être la fièvre s'est-elle modifiée en effet 90 fois sur 100 après l'emploi de l'arsenic; mais il ne s'ensuit pas que cet amendement ait traduit la propriété fébrifuge du médicament. Ce qui seulement nous paraît vrai, c'est que l'arsenic est devenu une ressource d'une certaine importance contre les affections à type périodique, et plus spécialement contre les fièvres d'origine palustre; néanmoins, il ne doit être essayé qu'après l'insuccès du quinquina, ce qui équivaut à dire qu'il ne peut diminuer sensiblement la consommation de ce médicament, ni contribuer à en réduire le prix. (*Bulletin de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, 72e année.)

VI

VARIÉTÉS.

M. le ministre de l'instruction publique ayant résolu de pourvoir d'une manière définitive aux chaires : 1° de physique ; 2° d'anatomie, de physiologie comparée et de zoologie, vacantes à la Faculté des sciences de Paris, les candidats à ces chaires sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris, avant le 30 octobre prochain, leur acte de naissance, leur diplôme de docteur, et une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir.

— Par arrêté du 24 août, M. Sabatier est institué chef des travaux anatomiques près la Faculté de médecine de Montpellier.

— Par décret du 24 août, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : *Officier :* M. le docteur Durand, médecin principal de 1re classe, attaché à l'hôpital de Vichy; — *Chevaliers :* M. Reuille, médecin-major de 1re classe, et M. Lapertot, pharmacien-major de 2e classe.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

RECHERCHES D'EMBRYOLOGIE COMPARÉE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA TRUITE, DU LÉZARD ET DU LIMNÉE, par le professeur *A. Lereboullet*. Grand in-8 de 436 pages, accompagné de 12 planches gravées en taille-douce, représentant plus de 100 fig. Paris, Victor Masson et fils. 15 fr.

Ce mémoire a obtenu le grand prix des sciences physiques décerné par l'Académie des sciences en 1857, et a paru dans les vol. XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, des *Annales des sciences naturelles*, 4e série, dont il est extrait.

ANATOMIE DE L'OREILLE APPLIQUÉE A LA PRATIQUE ET A L'ÉTUDE DES MALADIES DE L'ORGANE AUDITIF, par le docteur *de Trœltsch*, traduit de l'allemand, avec la collaboration de l'auteur, par le docteur *Van Biervliet* (de Bruges). In-12 de 176 pages et 1 planche. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

DE LA TRACHÉOTOMIE DANS LE CAS DE CROUP; CONSIDÉRATIONS PRATIQUES, par le docteur *Pouquet*. Mémoire in-8 de 88 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

DES PHLEGMONS PÉRINÉPHRÉTIQUES, par le docteur *Hallé*. Mémoire in-8 de 152 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

DE LA FÉCONDATION DANS LES PHANÉROGAMES, par le docteur *Eugène Fournier*. In-8 de 154 pages et 2 planches. Paris, F. Savy. 3 fr.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE SUR L'AVORTEMENT, SUIVIE D'OBSERVATIONS ET DE RECHERCHES POUR SERVIR A L'HISTOIRE MÉDICO-LÉGALE DES GROSSESSES FAUSSES OU SIMULÉES, par le docteur *A. Tardieu*. In-8 de VIII-208 pages. Paris. J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

MANUEL COMPLET DE MÉDECINE LÉGALE, OU RÉSUMÉ DES MEILLEURS OUVRAGES ET DES JUGEMENTS ET ARRÊTS LES PLUS RÉCENTS, par le docteur *J. Briand* et *Ernest Chaudé*, docteur en droit. Contenant un *Traité élémentaire de chimie légale*, par *H. Gaultier de Claubry*. 7e édition, avec 3 planches gravées et 64 figures dans le texte. Grand in-8 de 1020 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 12 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS.—IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 11 SEPTEMBRE 1863. N° 37.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** De la fève de Calabar et de ses applications en oculistique. — II. **Travaux originaux.** Pathologie interne : Des lésions bronchiques et pulmonaires, et particulièrement de la bronchite pseudo-membraneuse et de la broncho-pneumonie dans le croup. — III. **Correspondance.** De l'électricité du sang. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** Mort apparente par le chloroforme; heureux emploi de l'électricité. — Analogie du fluide nerveux et du fluide électrique. — VI. **Bibliographie.** Traité de la dysentérie. — VII. **Variétés.** — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — Réceptions au grade de docteur. — IX. **Feuilleton.** La question des vivisections.

I

Paris, 10 septembre 1863.

DE LA FÈVE DE CALABAR ET DE SES APPLICATIONS EN OCULISTIQUE.

Nous avons déjà (*Gaz. hebd.*, 1863, p. 467) appelé l'attention sur l'introduction dans la thérapeutique spéciale des affections oculaires, d'un nouveau médicament : la fève de Calabar (*Physostigma venenosum*). Dans la séance du 6 juillet, M. Giraldès avait lu à l'Académie des sciences une note sur l'action de cette substance et sur le résultat des expériences faites par lui à l'hôpital des Enfants malades. Depuis cette époque, de nouveaux documents ont été publiés en Angleterre et en France. Quelques-uns de nos recueils périodiques français nous ont donné également des analyses plus ou moins complètes des articles publiés à l'étranger. Nous avons cru utile, en nous aidant surtout des travaux publiés en Angleterre et en Allemagne, de tracer l'histoire abrégée des connaissances acquises aujourd'hui sur l'emploi de ce nouvel agent thérapeutique dont nous avons pu expérimenter l'action sur nous-même.

La fève de Calabar n'est connue dans le monde scientifique que depuis une communication faite en 1846 par le docteur Daniel à la Société ethnologique; mais ce savant ne s'était occupé que des propriétés toxiques de la plante, et c'est au docteur Fraser (d'Édimbourg) que revient l'honneur de la découverte des propriétés antimydriatiques du *Physostigma venenosum*. Le docteur Argyll Robertson publia dans le n° de mars de l'EDINBURGH MEDICAL JOURNAL, le premier travail sur ce sujet; il devait toutefois la connaissance des propriétés spéciales de la fève de Calabar à M. Fraser, lequel avait fait des propriétés spéciales de cette plante, le sujet de sa thèse inaugurale soutenue le 31 juillet 1862.

Cette thèse, en voie de publication dans le journal médical d'Édimbourg, est le travail le plus complet qui ait paru jusqu'à présent sur la matière, et nous lui empruntons la plus grande partie des détails qui vont suivre.

FEUILLETON.

La question des vivisections (1).

Pendant que l'Académie consentait à répondre, par voie indirecte, à une dénonciation des zoophiles de la Grande-Bretagne sur la cruauté des vivisecteurs français, voici ce qui se passait en Angleterre même, à peu de distance de Londres. Deux espèces d'hommes-taureaux, deux blocs de chair et d'os, ayant nom Goss et Mace, se rendaient à Purfleet; pour quoi faire? Pour s'assommer réciproquement. Ces individus n'avaient aucun motif de haine l'un contre l'autre; ils ne venaient venger la querelle de personne; ils n'étaient pas les champions choisis de partis contraires : ils voulaient simplement sacrifier au culte imbécile de la force physique, et donner pâture aux instincts brutaux de la foule. La bataille dura plus de deux heures. Dix-neuf fois, aux applaudissements frénétiques de milliers de spectateurs, les deux masses se choquèrent avec violence, avec fureur. Au dix-neuvième assaut, Gross fut jeté sans connaissance sur le terrain, la face triturée et sanglante; Mace, proclamé vainqueur, toucha le montant de l'enjeu. Le lendemain, une feuille anglaise, le SPORTING LIFE, écrivait : « *Il n'est pas dans notre patrie un homme, une femme, un enfant qui n'aime la boxe,* cet art viril, et les grandes leçons qu'il enseigne... Ce sont les coteries de bigots qui ont inventé dernièrement la mort de Bob Travers, pour exciter l'opinion publique contre cet exercice *si vraiment noble, si éminemment anglais.* »

Est-ce vrai, ce que dit le SPORTING LIFE? *Tout le monde,* en Angleterre, femmes, enfants, hommes faits, a-t-il conservé la passion de ces grossiers exercices, qui sont d'ordinaire l'amusement des nations barbares? Ne rendons pas calomnie pour calomnie; laissons aux boxeurs eux-mêmes la maxime « œil

(1) Nous avons reçu à l'occasion de cette discussion un article que nous publierons dans le prochain numéro.

C'est sous le nom de fève *d'épreuve* de Calabar que le *Physostigma venenosum* est connu en Angleterre ; des particularités assez curieuses se rattachent à cette dénomination, et nous feront comprendre la difficulté qu'on éprouve à se procurer cette substance.

Le pays désigné sous le nom de Calabar occupe une partie de l'Afrique occidentale et se trouve située entre le 4ᵉ et le 8ᵉ degré de latitude N. et le 6ᵉ et 12ᵉ degré de longitude E. (méridien de Greenwich). Le gouvernement des peuples qui habitent cette région, dont les frontières sont inconnues, est oligarchique ; les gouverneurs des différentes villes forment entre eux un conseil suprême dont le président prend le titre de roi. Au-dessous d'eux viennent les *hommes médecine* qui président aux fêtes, aux processions, aux invocations, etc. Tout ce qui arrive d'inexplicable, tout ce qui amène joie, chagrin, maladie ou mort, est attribué à l'intervention d'un sorcier mystérieux, et c'est pour découvrir les opérations de ce mauvais génie que l'on a recours aux propriétés dénonciatrices de la fève d'épreuve.

Si un naturel en accuse un autre, l'accusation est portée devant l'un des chefs du village. Un conseil des chefs voisins s'assemble, l'accusateur expose sa plainte et les raisons qui la motivent ; on demande à l'accusé ce qu'il peut dire pour sa défense, et la réponse invariable est la demande de l'épreuve par la fève, demande qui toujours est accordée. L'épreuve a lieu sur la plus large place de la ville et tous les détails en sont suivis par une foule de curieux. Le prêtre par une prière supplie les dieux de conserver à la fève le pouvoir de tuer le coupable. L'accusé reçoit alors la fève d'épreuve soit sous forme d'infusion, soit à l'état sec ; la dose administrée varie d'une demi à vingt-cinq fèves, elle est à la discrétion du prêtre ; on l'augmente jusqu'à ce que l'innocence se manifeste par les vomissements, ou la culpabilité par la mort. Les *hommes médecine* sont peu scrupuleux dans l'accomplissement de leurs fonctions, et si, pour quelque cause que ce soit, ils désirent la mort de leur victime une massue vient compenser la lenteur ou l'inefficacité du poison ; si l'accusé échappe, l'accusateur doit se soumettre à la même épreuve.

Les naturels ont la plus grande confiance dans les vertus de la fève ; ils ne croient pas qu'elle possède aucune propriété spéciale, ils la regardent comme un corps inerte par lui-même, mais auquel les dieux communiquent la propriété de montrer quel est le coupable. On évalue à plus de 120, sur une population de 100 000 individus environ, le chiffre des décès occasionnés annuellement par cet usage juridique de la fève de Calabar.

Si nous ajoutons que cette plante est considérée comme sacrée par les naturels, que les chefs seuls peuvent en prescrire l'emploi, et que tout individu convaincu d'en avoir fait usage sans leur ordre ou sans leur sanction est mis à mort, on comprendra facilement la difficulté qu'on éprouve à se procurer cette précieuse substance. En 1855 le docteur Christison (d'Édimbourg) reçut du rév. Waddel, missionnaire au Calabar, quelques fèves dont il se servit pour en étudier les propriétés toxiques ; c'est également d'un intrépide missionnaire, le rév. John Baillie, que M. Fraser reçut celles dont il fit usage.

Quand une dose peu élevée, mais cependant mortelle, de fève de Calabar est administrée à un animal, on remarque les symptômes suivants : un léger tremblement survient dans les extrémités postérieures et s'étend ensuite aux extrémités antérieures et à la tête. La paralysie vient ensuite en suivant le même ordre d'apparition ; l'animal tombe sans mouvement, les pupilles se contractent, la respiration devient irrégulière, les pincements les plus violents ne déterminent aucun mouvement réflexe; cependant la conscience paraît conservée. Les pupilles se dilatent après la mort.

A l'autopsie, les muscles se contractent quand on les coupe, ceux des extrémités inférieures et le diaphragme se contractent aussi par le pincement des nerfs sciatique et phrénique. Le cœur peut continuer à battre une heure et demie après la mort. Quand une dose plus considérable est administrée la paralysie est presque immédiate et la mort est rapide.

L'action locale de cette substance n'est pas moins remarquable. Si l'on applique un peu d'extrait alcoolique sur un muscle de l'animal vivant, il perd assez rapidement ses propriétés contractiles qu'il peut recouvrer ensuite, et ce même effet se produit, qu'on applique le liquide sur le coeur ou sur l'intestin. A ce point de vue, M. Fraser regarde la fève de Calabar comme l'antagoniste de la strychnine.

Lorsque la fève est administrée à l'homme à dose toxique comme on le fait au Calabar, les symptômes varient suivant que la mort sera ou non le résultat de l'expérience. Si celle-ci doit être fatale, le premier symptôme qui apparaît est une soif qui devient progressivement si vive, que malgré le stoïcisme indien la victime se débat et supplie les assistants de lui donner à boire. Bientôt la déglutition devient impossible, des convulsions surviennent et la mort arrive généralement après trente minutes. Pendant tout ce temps la conscience est conservée et persiste presque jusqu'à la mort.

Il y a, comme on le voit, une sorte de contradiction entre

---

pour œil, dent pour dent. Si quelques orateurs, comme M. Parchappe, ont eu raison, en un sens, de ne pas trouver dans les mœurs passées de l'Angleterre, et dans ce qu'elle en garde encore, de quoi l'autoriser à nous donner des leçons d'humanité, il n'est pourtant que juste de reconnaître que l'esprit public, chez nos voisins, réagit fortement, et dans plus d'une direction, contre le courant des instincts inférieurs : la boxe, en particulier, rencontre les répugnances de la classe éclairée et la résistance plus effective des policemen. En un mot, on se tromperait si l'on croyait pouvoir tirer de certains traits du caractère britannique une induction contre la sincérité des plaintes dont l'Académie est actuellement saisie. L'exagération et la violence n'excluent pas la bonne foi.

Jusqu'à quel point, néanmoins, l'Académie était-elle tenue de prendre ces plaintes en considération? Laissons la forme injurieuse du document ; dans une question qui met en cause la dignité de la science, il serait malséant de n'écouter que les susceptibilités nationales. Mais un motif plus sérieux d'abstention était donné et par le document lui-même et par la lettre ministérielle. Quel grief articulaient les membres de la *Société protectrice* de Londres? Le grief *d'abus* dans la pratique des vivisections en France? Et le ministre demandait si ces abus étaient réels, et comment on pourrait y mettre un terme. Le mémoire anglais n'étant pas devenu public, nous ne saurions dire s'il allait jusqu'à réclamer l'interdiction absolue des vivisections. Nous n'osons le croire, et ce n'eût été d'ailleurs qu'une raison de plus pour passer à l'ordre du jour sans discussion ; mais, quant à la lettre du ministre, il est évident qu'elle est exempte d'une préoccupation aussi déraisonnable, puisque le ministre, sachant très-bien que la pratique des vivisections existe, demande seulement « s'il y a quelque chose à faire, et dans quelle mesure ». Eh bien ! le principe étant sauf, l'usage maintenu et les abus seuls incriminés, l'Académie pouvait très-bien se déclarer incompétente. Elle qui avait parfois refusé, comme dans le débat sur l'accouchement prématuré artificiel, de s'immiscer à une question de *police*

ce que les missionnaires ont constaté sur l'homme et ce que les expériences ont produit sur les animaux.

Si, malgré la dose administrée, l'épreuve doit être heureuse, il survient des nausées, puis des vomissements, et l'accusé est immédiatement déclaré innocent.

L'action de la fève prise à petites doses a été étudiée par le professeur Christison qui a fait l'expérience sur lui-même. Il prit environ douze grains de cette substance, mais la tentative fut sur le point de lui être fatale, ou du moins inspira à ceux qui en furent les témoins les plus vives inquiétudes; deux servantes de Glascow eurent aussi quelques accidents après avoir pris par erreur environ cinq grains de poison laissés à leur portée; le docteur Fraser en prit à plusieurs reprises des doses variant de six à dix grains, et fit prendre à plusieurs malades des quantités minimes de la teinture alcoolique du *Physostigma venenosum*. Les phénomènes les plus importants constatés dans ces tentatives, furent une grande perversion dans les fonctions du coeur, des battements cardiaques tumultueux et une extrême faiblesse musculaire.

Les diverses préparations pharmaceutiques auxquelles peut être soumise la fève de Calabar, ont été indiquées par M. Humburg, dans le PHARMACEUTICAL JOURNAL; M. Fraser, dans sa thèse, donne aussi de nombreux renseignements à ce sujet. La fève, réduite en poudre, peut être épuisée par l'alcool rectifié. L'eau, l'acide acétique ne paraissent pas avoir d'action suffisante. En soumettant à la distillation 12 onces d'alcool rectifié mélangé à 1 once de poudre, jusqu'à réduction à 4 onces, et en livrant le résidu à l'évaporation spontanée, on obtient vingt et un grains d'extrait qu'on peut dissoudre en partie dans l'eau distillée.

La plupart des expériences ont été faites avec cette solution, mais nous avons dit avec quelle peine on pouvait se procurer la fève du Calabar. Quelques échantillons sont parvenus en France; M. Giraldès a pu en obtenir, et c'est avec la solution de l'extrait que ce chirurgien a fait à l'hôpital des Enfants les expériences dont il a rendu compte dans sa note lue à l'Académie des sciences.

Un mode de préparation suffisant pour les applications à la thérapeutique oculaire, imaginé pour l'atropine par M. Streatfeild, a été employé pour la fève de Calabar; nous voulons parler de l'imprégnation de fragments de papier par la solution de la fève. Le papier est divisé en petits carrés de 5 millimètres de côté, et chacun de ces carrés contient une quantité donnée du médicament. Pour en faire usage, on l'applique à la face interne de la paupière inférieure, qu'on laisse ensuite revenir à sa place; le médicament se dissout peu à peu dans les larmes, et après vingt à trente minutes son action est complète. C'est sous cette forme que nous avons pu nous procurer et expérimenter sur nous-même et sur d'autres le nouveau médicament, et nous devons l'échantillon qui nous a servi à l'extrême obligeance de M. Grassi.

L'action de la fève de Calabar sur l'œil consiste surtout dans un rétrécissement marqué de la pupille, dans une contraction énergique de l'iris; c'est le fait le plus important et celui qui a tout d'abord frappé M. Fraser lorsqu'il eut découvert l'action spéciale de cette substance. Cette propriété est hors de toute contestation; elle a été constatée par tous les expérimentateurs en Angleterre, en Allemagne, en France; mais elle n'est pas la seule, et nous aurons à examiner brièvement l'action de la fève sur l'iris, son action sur la pupille dilatée par la belladone, les modifications que son usage amène dans la vision, enfin les applications thérapeutiques du médicament.

Les expériences faites sur nous-même nous ont donné les résultats annoncés par les premiers expérimentateurs; nous nous sommes servi, nous l'avons dit, du papier préparé. Si l'on place un de ces carrés sur la face interne de la paupière inférieure, on éprouve, au moment du contact avec le globe de l'œil, une sensation désagréable de corps étranger, sensation qui disparaît bientôt, mais qui reparaît aussitôt que les mouvements du globe ramènent le papier au contact de la cornée. L'action antimydriatique s'est montrée assez vite en général; après dix minutes on constatait déjà une inégalité des pupilles, et au bout d'une demi-heure celle de l'œil en expérience s'est presque toujours trouvée réduite à une dimension aussi petite que possible, un petit point noir au centre de l'iris.

Mais c'est surtout comme antagoniste de la belladone et pour faire disparaître après l'examen ophthalmoscopique, par exemple, la dilatation amenée à dessein par l'atropine que le nouveau médicament a été vanté. Nous avons voulu sous ce rapport étudier son action. Après l'application de la fève de Calabar il survient, par suite de l'inégalité de la vision dans les deux yeux, une certaine gêne dans les fonctions visuelles; la pupille étant au maximum de resserrement, nous nous sommes appliqué sur la conjonctive une goutte de solution d'atropine. En quelques minutes le resserrement a fait place à une extrême dilatation, l'action de la fève était complétement annihilée; mais alors survint une

---

médicale, bien que ce genre de questions soit expressément, et sous ce nom même, représenté dans une de ses sections; elle qui tolère journellement l'abus de son nom dans des infractions de tout genre à ces mêmes règlements de police qu'elle a mission, sinon de sauvegarder, du moins d'inspirer et d'éclairer, aurait eu le droit de renvoyer au procureur impérial une question, non plus de police médicale, mais de police générale, et régie par une loi de l'État. La provocation du ministre ne changeait rien à ce droit, parce qu'elle ne pouvait ni étendre, ni restreindre des attributions déterminées par un statut.

L'Académie en a jugé autrement. Nous ne le regrettons pas; d'abord parce qu'elle a donné lieu à plusieurs orateurs de rétablir, par des déclarations éloquentes et fermes, les vrais principes et l'état réel des choses; ensuite et surtout parce qu'elle a su conclure catégoriquement, ainsi qu'on le verra au compte rendu de la dernière séance. Mais nous allons plus loin, et nous reconnaissons que, sur ce vague terrain des abus, il se rencontre quelques points sur lesquels on pourrait établir la compétence de l'Académie : ce sont ceux qui sont susceptibles d'une appréciation purement scientifique. Il est fâcheux, — et fâcheux même pour quelques chauds partisans des vivisections, tels que M. Parchappe et M. Béclard, — que ces termes scientifiques de la question n'aient pas été nettement dégagés de ceux qui ont un tout autre caractère. Ainsi, ce peuvent être des questions académiques que celles de savoir si les expériences sur les animaux sont nécessaires dans les cours publics comme complément aux explications du professeur; et si la pratique de la chirurgie vétérinaire exige impérieusement que l'élève se forme à la médecine opératoire sur les animaux vivants. Mais, qu'un élève se livre aux vivisections dans sa chambre, loin du maître; qu'il s'y livre sans préoccupation de découvertes et seulement dans un but de vérification, c'est au commissaire de police à y voir; c'est aux juges à décider s'il y a en cela une atteinte portée aux prescriptions de la loi Grammont. En distinguant ces deux ordres de faits, et en les

gêne extrême dans la vision avec les deux yeux, car l'œil en expérience ne nous donnait que des images confuses qui troublaient la vue de l'œil resté à l'état normal. L'atropine avait été appliquée vers quatre heures du soir; une heure après, pour faire cesser la gêne occasionnée par la dilatation pupillaire et pour essayer l'action de la fève de Calabar, nous nous appliquâmes sur l'œil un nouveau carré médicamenteux. L'effet fut nul même après une heure. A dix heures du soir nouvelle application; cette fois, après une demi-heure, un peu de diminution s'était montrée dans la dilatation. Le lendemain matin, gêné toujours par l'action de l'atropine, nous appliquâmes à l'hôpital même un nouveau carré : la pupille se rétrécit encore, mais d'une manière insuffisante; à midi, deux carrés appliqués à la fois amenèrent un rétrécissement de la pupille *plus considérable que dans l'œil normal; mais une heure après, la belladone avait repris le dessus, la dilatation et la gêne avaient reparu;* à trois heures, nouvelle application, nouveau rétrécissement, nouvelle dilatation; enfin, trois nouveaux carrés placés dans l'œil le lendemain matin, paraissaient avoir neutralisé définitivement l'action de la belladone et nous avoir rendu l'intégrité de la vision. Cependant, au moment où nous écrivons, c'est-à-dire quatre jours après l'application de l'atropine, la pupille, que la fève de Calabar a rétrécie plusieurs fois, beaucoup plus même que celle de l'œil resté normal, est encore dilatée et la gêne de la vision persiste. Sans doute, si nous nous étions servi de la solution de l'extrait au lieu de papier médicamenteux, l'effet de la fève eût été plus rapide et plus net, aussi la difficulté de doser l'action des deux agents antagonistes nous fait apprécier l'idée émise par M. Hart et réalisée par Squire (de Londres). Des papiers médicamenteux sont trempés dans des solutions titrées d'atropine et de fève de Calabar, de sorte que l'effet produit par un carré atropiné peut être exactement contre-balancé par un carré du papier antimydriatique.

L'action de la fève sur la pupille et sur l'accommodation nous a paru incontestablement moins gênante que celle de la belladone; elle cesse aussi spontanément beaucoup plus vite, car elle disparaît en général au bout de vingt-quatre heures, tandis que nous pouvions constater hier encore à la consultation de l'hôpital la persistance d'une mydriase artificielle très-gênante, produite huit jours auparavant par l'instillation dans les deux yeux de quelques gouttes d'atropine, à l'effet de permettre un examen ophthalmologique auquel le malade du reste s'était refusé.

D'après M. Soelberg Wells la contraction de l'iris peut être irrégulière et la pupille prendre la forme d'un cœur de carte à jouer, suivant que la goutte de solution déposée sur l'œil agit plus ou moins fortement là où elle a été placée et sur quelque partie seulement du diaphragme irien.

L'action de la fève sur l'accommodation de l'œil est mise hors de doute par toutes les expériences; elle a été constatée par MM. Fraser, Robertson, Harley, Wells, Bowmann, Hulke, Giraldès, etc. M. de Græfe a communiqué, le 24 juin dernier, à la Société de médecine de Berlin, les résultats des expériences faites par lui à cet égard.

L'accommodation est modifiée quelques minutes après l'apparition de la myose; quelquefois les deux phénomènes apparaissent simultanément. Il se produit un accroissement de la réfraction qui arrive à son maximum au bout de dix minutes, diminue ensuite après dix ou vingt minutes, et disparaît complétement au bout de trois quarts d'heure à une heure.

En même temps que la réfraction est accrue, le point de la vision distincte se rapproche de l'œil. Les phénomènes qui se passent dans l'appareil de l'accommodation se rapportent donc, suivant M. de Græfe, à un spasme de cet appareil et sont exactement opposés à ceux que produit la belladone.

Les effets sur l'accommodation de l'œil ont été constatés par tous les expérimentateurs et surtout par M. Neill (de Liverpool); mais cet effet ne consiste pas, il nous semble du moins, dans une simple myopie, puisque après vingt minutes d'application sur l'œil gauche d'un seul carré médicamenteux, nous pouvions lire assez facilement le n° 2 de Jæger à une distance variant de 55 centimètres à 5 centimètres seulement, le livre, dans ce dernier cas, appuyant obliquement sur le nez et sur le menton; la puissance d'accommodation nous a paru accrue à toutes les distances.

MM. Bowmann et Neill dans leurs expériences ont constaté l'apparition de l'astigmatisme dû, suivant M. Argyll Robertson, à l'action inégale de la solution sur différentes parties du muscle ciliaire.

Nous ne dirons rien des diverses théories cherchant à rendre compte de l'action de la fève de Calabar; elle paraît agir sur l'iris après avoir été absorbée et portée dans la chambre antérieure, car une goutte d'humeur aqueuse tirée d'un œil soumis à l'action du médicament, fit contracter l'iris du malade sur l'œil duquel cette goutte avait été placée.

Les applications du nouveau médicament à la thérapeuti-

---

distinguant jusque dans le vote, ceux qui répugnent aux vivisections de pure démonstration, comme M. Parchappe, ou aux opérations chirurgicales d'Alfort, comme M. Béclard, auraient eu la chance de rallier à leur opinion un certain nombre de collègues. En plaçant au contraire l'Académie, comme on l'a laissé faire mardi dernier, en face d'une accusation générale d'abus, on provoquait irrésistiblement la réaction unanime qu'on a vue, et le vote donnait tort même à ceux qui l'avaient préparé par leurs discours.

Hâtons-nous de dire que ce n'est pas à notre profit que nous exprimons ce regret. Suivant nous, dans le cercle de sa compétence comme en dehors, l'Académie n'avait aucune satisfaction à donner au mémoire anglais. Ce sentiment exprimé par nous dès le premier jour, nous l'avons senti croître en écoutant les orateurs, mais surtout ceux de la dernière séance, MM. Bouvier, Vernois, Gosselin. Interdire les vivisections aux élèves, ce serait restaurer sous une forme déguisée l'infaillibilité du professeur; ce serait un retour au *jurare in verba magistri;* ce serait, de plus, comme l'a si bien montré M. Béclard, une ingratitude historique. Ne pas permettre la vérification des faits sous prétexte qu'ils sont *définitivement* acquis, vaine flatterie pour la science, et assurée de démentis perpétuels! Exiger de l'expérience qu'elle ait en vue la recherche de faits nouveaux, ou un progrès à accomplir, illusion et impossibilité! C'est en vérifiant qu'on découvre; c'est, qu'on nous passe cette trivialité, dans la peau de l'expérimentateur qu'il faudrait entrer pour saisir l'intention et le but de son expérience. Proscrire enfin les vivisections loin des grands centres d'études, insulte à une bonne partie de la nation! Non, toutes ces propositions, qui ont été faites au cours des débats, ne sont rien que chimères et ne se recommandent que par les honnêtes intentions qui les ont dictées, ou par le talent avec lequel elles ont été exposées.

Dans l'ordre des questions que nous appelions tout à l'heure académiques, nous n'attendions également, pour notre part, qu'un vote négatif. Nous le répétons, la légitimité des vivisec-

que oculaire seront plus nombreuses sans doute à mesure que son action sera mieux connue. Sa propriété, à doses suffisantes toutefois, de détruire l'action de l'atropine, rend son usage précieux en oculistique. M. Hulke a communiqué à la Société royale de Londres le résultat des expériences faites à *London ophthalmic Hospital* par M. Workman dans trois cas de paralysie de la troisième paire; non-seulement la mydriase disparut, mais l'accommodation de l'œil affecté fut sensiblement et heureusement modifiée. M. Soelberg Wells publia il y a quelques mois (MEDICAL TIMES AND GAZETTE, 16 mai) l'histoire d'un malade affecté de mydriase rhumatismale et qui fut, complétement et d'une manière permanente, guéri par des applications de fève de Calabar.

La contractilité de l'iris ainsi excitée artificiellement peut être cherchée utilement dans quelques cas d'opérations à pratiquer sur cette membrane. Enfin, M. Nunneley (THE LANCET, 18 juillet) par des instillations de solutions de *Physostigma* a pu réduire deux fois des hernies de l'iris survenues à la suite de perforations traumatiques de la cornée.

La fève de Calabar est, comme on le voit, susceptible de rendre de grands services dans des cas très-divers; les investigations qui se poursuivent actuellement sur son emploi agrandiront certainement encore les limites de son application à la thérapeutique.

LÉON LE FORT.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

DES LÉSIONS BRONCHIQUES ET PULMONAIRES, ET, PARTICULIÈREMENT, DE LA BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE ET DE LA BRONCHO-PNEUMONIE DANS LE CROUP, par le docteur MICHEL PETER, chef de clinique de la Faculté, à l'Hôtel-Dieu.

(Suite. — Voir les nos 29, 31 et 33.)

II. — LÉSIONS PULMONAIRES DANS LE CROUP.

Les plus fréquentes de toutes les lésions anatomiques qu'entraîne la diphthérite sont les lésions pulmonaires. Nous n'avons trouvé les poumons sains que 12 fois dans 121 autopsies, c'est-à-dire dans le dixième des cas seulement; tandis que 109 fois ils présentaient des altérations très-diverses. On peut donc dire que, *dans la diphthérite, l'existence de* COMPLICATIONS PULMONAIRES *est la règle, et l'absence de celles-ci l'exception.*

Un tel fait n'a, d'ailleurs, rien qui puisse étonner lorsqu'on sait, d'une part, la remarquable tendance de la diphthérite à se propager aux bronches et l'étendue considérable de membrane muqueuse qu'elle y envahit rapidement; et lorsqu'on songe, d'autre part, que la production de la fausse membrane est précédée et accompagnée d'un travail inflammatoire. Il s'ensuit qu'il peut y avoir bronchite capillaire aussi bien avec une diphthérite bronchique peu étendue qu'avec une diphthérite bronchique généralisée, voire même sans diphthérite dans les bronches, la couenne n'ayant pas encore eu le temps de s'y produire. Or, de l'inflammation générale des bronches à celle des poumons, de la bronchite capillaire à la broncho-pneumonie, on sait combien est faible l'intervalle; aussi, le plus souvent, cet intervalle est-il bientôt franchi.

Ce n'est pas à dire cependant que la pneumonie qu'on observe soit toujours lobulaire : c'est très-souvent, comme dans les fièvres graves, une pneumonie congestive, hypostatique, bornée aux parties postérieures et inférieures des poumons.

Des lésions pulmonaires la plus fréquente est donc la pneumonie, soit lobulaire, soit hypostatique; après elle vient la *congestion*.

On observe aussi, bien que beaucoup plus rarement, l'*apoplexie pulmonaire*, la *gangrène* et la *pleurésie*.

Mais plus souvent encore que les altérations d'origine inflammatoire et congestive, il est une lésion de structure qu'entraîne presque nécessairement la diphthérite croupale, cette lésion c'est l'*emphysème pulmonaire*.

1° *Emphysème pulmonaire.*

FRÉQUENCE. — Nous l'avons toujours rencontré, à des degrés divers, depuis que, notre attention ayant été fortement attirée vers ce point, nous l'avons soigneusement recherché aux autopsies. Aussi dirions-nous volontiers que l'*emphysème pulmonaire est constant* dans le croup, et que, s'il n'a pas été plus souvent noté par les observateurs qui nous ont précédé, c'est qu'il a passé inaperçu, parce que l'attention était distraite par l'existence d'altérations plus frappantes.

Ce qui explique encore comment un certain nombre d'observateurs n'ont pas remarqué l'emphysème, c'est qu'à l'inverse de ce qu'on observe habituellement dans cet état du poumon, au lieu de l'anémie et de la décoloration du tissu, il y a parfois congestion avec rougeur prononcée du parenchyme emphysémateux.

FORME. — L'emphysème pulmonaire est ordinairement *vésiculaire*, cependant on le trouve parfois *interlobulaire* (voy. plus haut, obs. VI). Enfin on l'a vu devenir *généralisé* par l'envahissement successif du tissu cellulaire médiastin et sous-cutané (RILLIET ET BARTHEZ, *Traité des maladies des enfants*, t. 1,

---

tions en principe n'avait pas besoin d'être défendue. La démonstration par expérience est souvent aussi utile, aussi nécessaire, dans un cours de physiologie que dans un cours de physique. Les auditeurs ne sont pas d'ailleurs rivés pour leur vie aux bancs de l'école, et puisqu'on veut bien concéder aux professeurs le droit de vivisections, au moins faut-il que l'élève apprenne à en faire avant de devenir professeur à son tour. Quant à l'étude de la médecine opératoire sur les animaux vivants, nous le déclarons, elle serait peu de notre goût si elle était, comme on l'avait cru, aveugle et systématique; mais les explications de MM. Bouley et Reynal ont de quoi rasséréner un peu les plus émus, et les maîtres de la chirurgie humaine qui, si fréquemment, tentent d'abord sur l'animal vivant les opérations nouvelles qu'ils doivent exécuter sur leurs semblables, ne paraîtront pas désormais plus cruels que les chirurgiens vétérinaires. De plus, à l'égard d'Alfort, comme des Facultés ou des Écoles de médecine, nous ne croyons pas l'Académie suffisamment autorisée, ni par sa position officielle, ni même par ses lumières, à contrôler par des appréciations qui peuvent, dans l'espèce, se transformer en décrets, la conduite de professeurs en qui la sagesse et la mansuétude ne sont pas plus suspectes que l'amour de la science et le sentiment de toutes les exigences de l'enseignement.

A. DECHAMBRE.

M. Kayser, ancien bibliothécaire et agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, vient de mourir, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, à Jemmapes (Algérie).

— On annonce également la mort de MM. les docteurs Salacroux, ancien professeur d'histoire naturelle au collége Saint-Louis; Pernot, de Batignolles-Paris; Roques, de Saint-Mandé (Seine); et de M. Chaumel, interne distingué des hôpitaux de Paris.

p. 298; — H. Roger, *Emphysème généralisé*, in *Archives de médecine*, août 1862, p. 147).

Siége. — Dans la très-grande majorité des cas l'emphysème occupe le tiers supérieur des deux poumons et le bord tranchant de ces organes. Il est quelquefois très-considérable, et les poumons sont alors fortement bosselés et exsangues aux points emphysémateux.

Étiologie. — L'emphysème résulte des efforts exagérés d'une inspiration laborieuse et il est évidemment proportionnel à la dyspnée, c'est ce que l'observation démontre. Ainsi, pour n'en citer qu'un seul cas, dans l'observation IX, rapportée plus haut, et où l'inspiration était une des plus pénibles qui se pussent voir, l'emphysème pulmonaire avait atteint un haut degré de développement.

Il importe à ce sujet de se rappeler que le nombre des respirations est d'autant moindre que la respiration est plus laborieuse. — Or, dans le cas dont nous parlons, il y avait 24 respirations par minute, le nombre des pulsations étant de 136, c'est-à-dire que le nombre des respirations étant le sixième environ de celui des pulsations, ou moitié moindre qu'il n'aurait dû être, et l'on trouva à l'autopsie un emphysème vésiculaire occupant la presque totalité des deux lobes supérieurs, qui étaient fortement bosselés, présentaient çà et là des ampoules volumineuses et ne crépitaient plus. (Voy. plus haut, obs. IX.)

D'autres fois, c'est à la suite de formidables accès de suffocation qu'on a constaté l'emphysème: ainsi, chez une petite fille de deux ans, opérée à la suite de violents accès de suffocation et chez laquelle la respiration s'éleva peu après la trachéotomie au chiffre excessif de 104 par minute, on trouva à l'autopsie un emphysème *presque général* et au contraire une faible congestion pulmonaire.

Voici d'ailleurs cette observation, intéressante à plus d'un titre :

Obs. X. — Pinot (Louise), âgée de deux ans, entre le 22 mars 1859 à l'hôpital des Enfants, service de M. Gillette. C'est une enfant bien constituée, d'une bonne santé habituelle, et qui vit au milieu de bonnes conditions hygiéniques.

On s'aperçoit pour la première fois, dans la nuit du 20 au 21, c'est-à-dire trente-six heures avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital, qu'elle tousse et qu'elle a mal à la gorge.

Ces symptômes augmentent le 21. Elle s'alite, ne mange pas, éprouve de l'oppression dans la nuit et un peu de suffocation dans la matinée du 22.

C'est alors qu'on l'amène à la consultation, où l'on constate l'existence d'une angine couenneuse et les symptômes du croup avec dyspnée très-prononcée. L'asphyxie n'est cependant pas imminente.

Trois heures plus tard l'état s'est aggravé; on administre un vomitif, qui reste sans effets. Bientôt après, la situation devient des plus périlleuses : la cyanose se manifeste rapidement, et la petite malade a presque coup sur coup deux accès de suffocation, dont l'un est formidable.

On se décide à opérer, un peu à contre-cœur, en raison de l'âge peu avancé de l'enfant. La trachéotomie est peu laborieuse; c'est à peine si trois à quatre cuillerées de sang sont répandues; cependant la petite opérée reste pâle, refroidie, et ne se réchauffe qu'au bout d'une heure, à la suite de frictions répétées et énergiques, de sinapismes, et de l'administration de vin sucré.

Elle n'a pas rendu de fausses membranes pendant l'opération; elle en rend quelques-unes plus tard. Les crachats sont purulents dans le cours de la journée. La respiration est sèche, sans râles.

Bientôt la figure s'anime, la fièvre devient intense; il y a une réaction excessive, et la respiration s'accélère d'une façon insolite. Seize heures après l'opération, le pouls est à 160, *la respiration à* cent quatre.

C'est tout au plus si la malade dort une demi-heure pendant la nuit.

Toute la journée du lendemain se passe dans une agitation et une oppression considérables. La mort est imminente. Cependant la vie se prolonge encore toute la nuit, avec exagération de tous les symptômes, et la mort n'a lieu que le 24 au matin, une quarantaine d'heures après l'opération.

Autopsie. — Fausses membranes dans l'arrière-gorge, dont la muqueuse est encore un peu rouge.

Larynx oblitéré par des fausses membranes extrêmement épaisses et peu adhérentes, qui flottent au-dessus des cordes vocales, et conservent un point d'implantation dans les ventricules.

Fausses membranes dans tout le tiers supérieur de la trachée-artère; au-dessous, les fausses membranes n'existent plus, et ont été rendues à la suite de l'opération; sous la fausse membrane, la muqueuse a une coloration d'un rouge lie de vin.

Cette même coloration existe dans les bronches. Les fausses membranes sont de moins en moins épaisses à mesure qu'on descend vers les petites ramifications bronchiques, où l'on ne trouve plus que de la diphthérite tout à fait liquide.

Emphysème pulmonaire considérable et presque général.

Congestion pulmonaire assez faible.

Cœur droit gorgé de sang noir, demi-liquide, de couleur de groseille trop cuite. Quelques caillots de sang noir dans le cœur gauche. Veines jugulaires énormément distendues.

Mode de production. — On comprend aisément le mode de développement de l'emphysème dans le croup : par le fait des laborieux efforts d'inspiration auxquels se livre le malade, la poitrine prend une forme globuleuse à sa partie supérieure, qui est la portion la plus mobile de la cage thoracique, tandis qu'elle se déprime fortement au niveau de l'appendice xiphoïde. Ce qui est une première raison *physique* de la formation de l'emphysème aux parties supérieures et antérieures du poumon.

On pourrait objecter, il est vrai, que, par suite de l'obstacle qui existe au larynx, il n'entre dans l'arbre bronchique qu'une petite colonne d'air; mais si l'on considère que, par le fait de la gêne de l'hématose et peut-être aussi par le fait du génie morbide de la diphthérite, qui se rapproche de celui des fièvres graves, il y a congestion passive, hypostatique, aux parties postérieures et déclives des poumons, on comprendra que, si peu considérable que soit, en effet, la colonne d'air inspirée, elle arrive cependant presque tout entière dans la portion des voies aériennes où la perméabilité existe encore, c'est-à-dire en avant et en haut. Ce qui est une autre raison physique du développement de l'emphysème.

Ce qui précède suppose que l'emphysème se produit dans l'inspiration, d'accord avec la théorie de Gairdner. Ce médecin a fait voir, en effet, que, dans la bronchite aiguë et chronique, les lobules pulmonaires tombent en collapsus au voisinage des bronches malades, c'est-à-dire là où ne pénètre plus l'air; tandis que l'emphysème se développe dans les parties correspondantes aux bronches restées saines, c'est-à-dire là seulement où l'air peut arriver. Ce qui est évident de soi.

Voici une observation qui justifie de tout point la théorie de Gairdner :

Obs. XI. — Aubert (Gabrielle), âgée de huit ans, demeurant rue Feutrier, à Montmartre, entre le 21 janvier dans le service de M. Blache.

C'est une enfant très-délicate, dont les membres sont grêles, et qui a tout au plus la taille d'un enfant de cinq ans.

Angine le 17; quelques symptômes de croup le 18. Depuis le 20 seulement la voix s'est altérée; la dyspnée a commencé dans la nuit du 20 au 21, et elle est devenue excessive depuis six heures du matin.

La respiration est à 36, le pouls à 154; il n'y a pas d'interversion du rhythme respiratoire. Cyanose, yeux cernés; *anesthésie.* Coryza séreux très-fétide.

Dans tout le poumon droit, râles muqueux à bulles très-fines, presque crépitantes au tiers moyen; bulles moins nombreuses à gauche.

On diagnostique une diphthérite bronchique, indépendamment de la diphthérite laryngée, en raison de la forme actuelle de la dyspnée, qui est plutôt thoracique que laryngée, la respiration s'opérant sans beaucoup de tirage, la dépression épigastrique n'étant pas très-marquée, et la respiration non intervertie.

Trachéotomie, nonobstant, aussitôt après son entrée.

A la suite de l'opération, la face est moins cyanosée, les lèvres redeviennent rouges de pâle violacé qu'elles étaient; mais les yeux restent très-cernés. La malade est toujours très-peu sensible au pincement.

Deux heures après l'opération, face pâle avec fond cyanique, dépression épigastrique moins marquée, pouls un peu plus fréquent et petit. L'enfant a une grande énergie; cependant l'aspect général me fait pronostiquer une fin prochaine. La pâleur est, en effet, de plus en plus marquée, l'abattement profond, l'insensibilité presque complète; puis l'enfant tombe dans la somnolence, et la mort a lieu à neuf heures du

soir, douze heures après l'opération, qui n'a pas amené d'amélioration sensible.

Il n'y a pas eu d'albumine dans les urines, lesquelles ont été recueillies quelques heures après la trachéotomie.

Autopsie. — Fausses membranes dans les narines, à la face postérieure de la luette et du voile palatin, sur les amygdales, où elles sont en détritus, les piliers du voile et le pharynx.

Fausses membranes épaisses et adhérentes à la face postérieure de l'épiglotte, dans le larynx et les ventricules; au-dessous, la muqueuse est pâle.

Les fausses membranes se continuent dans la trachée et le plus grand nombre des ramifications bronchiques jusque près de leur terminaison.

Poumons d'un rouge verdâtre à la coupe de certains points de la base, d'un rouge noirâtre en d'autres points, splénisés dans leurs deux tiers inférieurs; *quelques points* au bord tranchant *sont revenus à l'état fœtal; ces points correspondent aux bronches qui sont oblitérées par la fausse membrane*, les points splénisés correspondant, au contraire, aux points où la muqueuse bronchique est fortement congestionnée, et où, dans certaines divisions, se voient des rudiments de fausse membrane peu adhérente et peu épaisse. *Emphysème des deux sommets, et là où les divisions bronchiques ne contiennent pas de fausse membrane.*

Il n'y a pas de tubercules.

Les reins ne sont pas malades; il n'y a pas même de congestion.

Le sang n'est pas altéré.

Réflexions. — Il est difficile de voir des détails anatomiques plus conformes à la théorie de Gairdner. Or, ils ont été pris sans idée préconçue, car ils furent recueillis, je l'affirme, à une époque où je ne connaissais pas cette théorie, en 1859, et je les extrais d'un mémoire couronné par la Faculté cette même année 1859.

On remarquera que des points sont revenus à l'état fœtal qui correspondent aux bronches oblitérées par la fausse membrane; c'est-à-dire que le retour à l'état fœtal résultait de la non-pénétration de l'air.

On remarquera encore que l'emphysème pulmonaire existait aux deux sommets, là où les divisions bronchiques ne contenaient pas de fausse membrane; c'est-à-dire là où pénétrait le fluide aérien.

Je rappellerai en passant que, dans ce cas si grave, où la diphthérite s'était tellement et si vite généralisée, il n'y avait pas d'albuminurie, contrairement à l'opinion de ceux qui font de ce symptôme un des caractères de l'intoxication diphthéritique.

On ne trouva pas non plus cette altération du sang si remarquable dans certains cas graves de diphthérite.

Je ne crois pas, d'ailleurs, que l'emphysème pulmonaire résulte des énergiques efforts d'inspiration seulement. Dans les quintes de la coqueluche, où l'expiration l'emporte à un si haut degré sur l'inspiration, l'emphysème se produit également, ainsi que l'a très-bien montré M. H. Roger (*Emphysème généralisé*, in *Archives de médecine*, septembre 1862, p. 299). De sorte que, si la théorie de Gairdner se concilie avec certains cas pathologiques, ainsi que nous venons de le faire voir dans l'obs. XI, celle de Bennett, Jenner, etc., qui fait dériver l'emphysème de l'expiration, a pour elle certains autres faits, entre autres ceux de coqueluche.

Mais si, m'en rapportant à la simple observation clinique, je vois l'emphysème pulmonaire aussi bien dans les maladies dyspnéiques avec inspiration laborieuse qu'avec expiration saccadée et violente, il me semble rationnel de conclure que cet emphysème résulte, dans le premier cas, de l'action exercée sur les vésicules par l'air introduit violemment; tandis qu'il est produit, dans le second cas, par la réaction excentrique exercée sur le parenchyme par ce même fluide, chassé à l'aide d'une vigoureuse expiration, mais retenu dans les voies aériennes par suite de l'occlusion de la glotte.

Or, dans la dyspnée croupale, l'inspiration est aussi pénible que l'expiration est facile. Comment donc concevoir que le temps de la respiration qui s'accomplit *sans effort* soit celui qui produit l'emphysème?

Quoi qu'il en soit, la constance de l'emphysème dans le croup est certaine, et c'est surtout ce qu'il importe de constater.

Conséquences fonctionnelles. — L'emphysème dans le croup n'a pas de symptôme qui lui soit propre; toute la scène morbide est occupée par la symptomatologie de la maladie du larynx; cependant il est permis, — connaissant les lésions des poumons concomitantes de la laryngite couenneuse et s'aidant de l'analyse, — d'attribuer à chacune de ces lésions la part qui lui revient dans les troubles fonctionnels.

Ce que nous avons dit de la bronchite simple et de la bronchite pseudo-membraneuse simultanées, ce que nous disons de l'emphysème, ce que nous dirons de la broncho-pneumonie et de quelques autres altérations pulmonaires dans le croup, doit faire et fera comprendre que, dans cette affection, l'angoisse dyspnéique est le produit d'un certain nombre de facteurs. D'abord, la quantité d'air introduite dans les organes de la respiration est de moins en moins suffisante, par suite du rétrécissement de plus en plus considérable du larynx.

Mais ce n'est pas tout : à cette cause d'asphyxie, de beaucoup la plus importante, s'ajoutent de nombreuses causes secondaires qui s'opposent à ce que l'air ainsi péniblement introduit pénètre jusqu'aux régions du poumon où l'hématose s'accomplit.

En effet, une partie de cet air s'engage dans des bronches enflammées, quelquefois jusqu'à leurs divisions ultimes (bronchite capillaire), ou couvertes de diphthérite (bronchite pseudo-membraneuse), et, dans tous ces cas, altérées de façon à mettre obstacle au conflit entre l'air et le sang.

Une autre partie de l'air s'arrête à mi-chemin des vésicules, soit dans les parties du poumon tombées en collapsus et revenues à l'état fœtal (atélectasie), soit dans les lobules splénisés et hépatisés (broncho-pneumonie).

Une partie pénètre enfin dans les vésicules restées perméables, et nous venons de voir qu'un grand nombre d'entre elles sont devenues emphysémateuses.

On voit donc combien peu sert à l'hématose cet air dont la quantité est déjà si peu considérable. Il n'y a donc pas seulement, dans le croup, ration d'air insuffisante, il y a ration mal utilisée.

Ainsi l'asphyxie ne tient pas seulement à la trop petite quantité de l'air introduit dans les voies respiratoires par le fait du rétrécissement laryngien, mais encore à ce que cet air est incomplétement mis en œuvre par des poumons altérés dans leur texture.

Il est évident d'ailleurs que cet emphysème persiste comme la bronchite après l'opération, et que, lorsque la phlogose ayant disparu, la bronchite est éteinte, il persiste encore, attendu qu'il résulte de la perte d'élasticité du tissu.

Il est évident aussi qu'il est d'autant plus considérable que la dyspnée a été plus intense et plus prolongée : d'où cette conséquence pour le médecin que plus il attend pour mettre un terme à la dyspnée croupale, plus il aggrave matériellement et dynamiquement la situation de son malade : dynamiquement, car il laisse s'épuiser les forces; — matériellement, car il permet à l'emphysème de s'accroître.

Conséquences pratiques. — On est autorisé à tirer, de l'exposition des faits comme de cet ensemble d'inductions physiologiques, les conclusions suivantes :

1° Puisque la production de l'emphysème pulmonaire est un phénomène en quelque sorte physique et partant nécessaire, il doit se produire toutes les fois que la dyspnée croupale est intense et approche de la suffocation; il s'ensuit que la position du malade s'en aggrave d'autant, car un nouvel obstacle à l'hématose s'ajoute à celui qui existe déjà en raison du croup. On voit ainsi combien augmentent les chances d'asphyxie.

2° L'étendue et la gravité de l'emphysème étant nécessairement proportionnelles à l'intensité et à la durée de la suffo-

cation; il en résulte qu'il ne faut pas trop longtemps différer la trachéotomie et attendre qu'il y ait asphyxie pour la pratiquer.

3° Enfin cet emphysème étant une altération anatomique peu curable, le pronostic du croup s'en aggrave encore ; car le croupeux reste emphysémateux s'il guérit, et cela d'autant plus fortement qu'on a laissé durer plus longtemps la période de suffocation.

Ce n'est point là, d'ailleurs, une simple déduction logique, je me suis assuré cliniquement de la persistance de l'emphysème pulmonaire chez des sujets guéris du croup.

Emphysème consécutif au croup.

OBS. XII. — Marié (Eugénie), âgée de sept ans et demi, entrée le 29 mai dans le service de M. Gillette.

Opérée le même jour *in extremis*, la dyspnée durant depuis onze heures.

Par le fait de la trachéotomie, l'amélioration est des plus notables. L'enfant se remet assez vite, et le 15 juin, dix-septième jour après l'opération, la guérison est depuis plusieurs jours assurée. Il y a dix jours que l'enfant se lève, va au jardin, et mange comme en bonne santé.

Je l'examine ce jour-là, et je constate les phénomènes suivants : 1° une sonorité exagérée à la partie antérieure et supérieure de la poitrine; 2° une expiration prolongée type aux mêmes points de cette région. Il y a de plus de la voussure en ces points.

Afin de ne pas être dupe de mes sens, j'examine comparativement l'état de la respiration chez deux autres jeunes filles du même âge, chez lesquelles je trouve que la durée de l'inspiration est à celle de l'expiration comme 2 est à 1.

OBS. XIII. — Cheville (Hélène), âgée de huit ans, entrée le 4 juin dans le service de M. Blache.

Opérée pour le croup le même jour; la dyspnée durait depuis plusieurs heures.

Je l'examine le 15 juin, onze jours après l'opération, la convalescence étant en très-bonne voie, et je constate :

1° Une grande sonorité à la partie antérieure de la poitrine; 2° de l'expiration prolongée aux deux sommets et aux parties antérieures des poumons, surtout à droite, où s'entendent quelques bulles.

(Examinée comparativement avec une jeune fille de sept ans et demi, chez laquelle l'inspiration est à l'expiration comme 2 est à 1.)

III

CORRESPONDANCE.

De l'électricité du sang.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur et cher confrère,

Il appartenait à votre esprit prompt et sagace de faire les premières remarques sur la note, concernant *l'électricité du sang chez les animaux vivants*, que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie des sciences, et qui est insérée dans les COMPTES RENDUS, séance du 27 juillet dernier. Les expériences que je cite appellent en ce moment l'attention de presque toute la presse scientifique, et comme les conséquences qui en découlent ont une portée considérable pour l'explication des phénomènes biologiques les plus importants, il est probable que les faits seront bientôt examinés et discutés.

Bien que je sois en voyage, que je parcoure la Savoie pour y poursuivre mes études sur les eaux minérales, que je n'aie près de moi que les notes nécessaires à mes recherches sur l'électricité, peut-être pourrai-je répondre aux observations que vous présentez.

Je tiens à ce que l'opinion publique ne s'égare pas sur le mérite de mes travaux et sur la priorité de la découverte; dans ce but, il me semble sage et convenable de dire tout de suite toute ma pensée. Comme vous m'offrez une occasion très-favorable de faire cet acte de prudence, je la saisis avec empressement.

Votre équité et votre amour de la science seconderont, je n'en doute pas, mes intentions.

Votre critique, insérée dans le numéro du 7 août de votre journal, porte sur deux points principaux : la priorité de la découverte, et les faits scientifiques dont l'explication vous paraît pas toujours satisfaisante. Je ne promets pas de lever tous les doutes; mais je serai très-heureux si je parviens à détruire les objections les plus graves.

La question historique vous préoccupe en premier lieu, vous débutez ainsi : « Disons d'abord, pour ne pas manquer aux droits de l'histoire, » que déjà Bellingeri avait assigné le caractère positif à l'électricité du » sang rouge, et le caractère négatif à l'électricité du sang noir. Le temps » nous manque pour rechercher le texte original; mais M. Scoutetten » en pourra trouver la mention dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE en » 30 volumes (2e édition, t. XXVIII, p. 88). » Merci du renseignement; toutefois il m'était connu, et il m'avait dirigé dans quelques recherches. Si je ne l'ai pas cité dans ma note, c'est que, vous le savez parfaitement, le règlement de l'Académie des sciences n'accordant que quatre pages in-4° pour l'exposé d'une communication, j'ai dû me borner à la description du procédé employé pour mes expériences, et supprimer toute recherche historique.

Votre bienveillant esprit admettra certainement que j'ai dû me préoccuper des travaux de mes prédécesseurs, et que je n'ai pas pu me présenter devant le premier corps savant de l'Europe pour lui dire : *Je vous apporte une découverte*, et pour qu'il me répondît : *Ouvrez tel ouvrage élémentaire, et vous l'y trouverez avec tous les détails qui s'y rapportent.* Il y a des conditions d'âge et de position qui ne rendent pas supportable l'étourderie imprévoyante de la jeunesse.

Vous ne citez pas le texte de l'article du DICTIONNAIRE; je vais le reproduire, parce qu'il est nécessaire à la discussion. Après quelques faits qui se rattachent aux qualités du sang, l'auteur, M. Guérard, ajoute : « Quant aux propriétés électriques signalées dans les deux espèces de » sang par M. Bellingeri, elles pourraient tenir à leur différence de tem- » pérature; cette supposition est d'autant plus vraisemblable que cet » auteur a trouvé chez plusieurs animaux le sang artériel à l'état positif, » et le sang veineux à l'état négatif; jamais il n'a observé l'inverse, ce » qui est bien en rapport avec l'excès de chaleur du premier, puisque, » dans les phénomènes thermo-électriques, le corps le plus chaud est » toujours positif relativement au plus froid. » Voilà tout le texte relatif à cette question : si l'on remonte au travail original, on reconnaît bientôt que l'auteur de l'article ne l'a pas lu.

L'ouvrage de B. C. F. Bellingeri a pour titre : EXPERIMENTA IN ELECTRICITATE SANGUINIS, URINÆ ET BILIS ANIMALIUM (Turin, 1826). Cette dissertation est insérée dans le 31e volume des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE TURIN; elle a été traduite en italien, et reproduite presque en entier dans ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA d'Omodei (année 1827, vol. XLII, p. 45). On en trouve encore un très-court extrait d'une demi-page dans le journal anglais THE LANCET (t. XIII, p. 810); le titre est traduit en ces termes : *Experiments on the Electricity of the Blood, the Urine and the Bile of Animals, in a healthy and diseased state*, by F. BELLINGERI.

Omodei cite encore quelques recherches faites par Pfaff et par Vassali-Eandi, professeur à l'Université de Turin en 1792; il les regarde comme très-peu importantes, et il devait nécessairement en être ainsi à une époque où l'électricité était fort incomplétement connue.

Depuis ces travaux, rien, plus rien : l'illustre professeur Matteucci n'en parle pas dans son COURS D'ÉLECTRO-PHYSIOLOGIE (in-8. Paris, 1858), et le savant M. Longet garde le même silence dans son TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE (Paris, 1860), ouvrage étonnant d'érudition, véritable monument élevé à la science.

Exposons maintenant les procédés d'expérimentation de Bellingeri, e voyons quelle en est la valeur. Bellingeri chercha d'abord à faire ses expériences avec l'électromètre de Vassalli et avec le voltomètre multiplicateur de son collègue Avogrado; mais n'ayant pas obtenu des signes très-sensibles avec ces instruments, il imagina de se servir d'une cuisse de grenouille armée de deux métaux hétérogènes, méthode qu'il employait depuis plusieurs années, qu'il exposa dans une dissertation insérée dans le 32e volume des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE TURIN, et qui a pour titre : *Expériences et observations sur le galvanisme.*

Bellingeri prend une grenouille vivante, il en écorche l'extrémité inférieure, il arme le muscle et le nerf avec deux lames de métal, entre lesquelles il établit une communication à l'aide d'un arc métallique. Lorsque la grenouille est peu irritable, il arme le muscle et le nerf avec deux métaux hétérogènes, qu'il classe selon leur électricité respective.

D'après ces principes, l'auteur a établi l'ordre suivant entre les métaux étudiés sous le rapport électrique : zinc, plomb, mercure, étain, antimoine, fer, cuivre, bismuth, argent, or, platine, plombagine. Il met un des premiers métaux au nerf, et un des suivants au muscle; il détermine ainsi la contraction en formant le cercle avec l'arc métallique. S'il intervertit l'armature, et que la contraction ait lieu en ouvrant le cercle, l'auteur en déduit que les premiers métaux sont moins électriques que les suivants.

L'ordre des métaux étant ainsi établi, Bellingeri, lorsqu'il veut com-

parer l'électricité des autres corps solides ou liquides, applique un métal quelconque au muscle et le corps qu'il veut examiner au nerf; il établit ensuite la communication entre les armatures. Si la contraction a lieu en fermant le cercle, cela signifie que le corps qui arme le nerf est moins électrique que le métal qui arme le muscle; si la contraction survient seulement en ouvrant le cercle, cela signifie l'inverse, c'est-à-dire que le corps qui sert d'armature au nerf est plus électrique que le métal qui arme le muscle.

Pour examiner l'électricité du sang ou de toute autre liqueur animale, Bellingeri arme le nerf avec le sang et le muscle avec un des métaux indiqués, le fer par exemple, établissant ensuite la communication avec un arc métallique entre le fer et le sang; si la contraction n'a pas lieu, il change la disposition de l'armature, de telle façon que le fer soit au nerf et le sang au muscle; il établit de nouveau la communication entre le sang et le fer, et si la contraction n'a pas encore lieu, il en conclut que l'électricité de ce sang est égale à celle du nerf.

Lorsqu'on veut examiner l'électricité du sang ou des autres liquides du corps, si l'on n'obtient pas de contraction avec un métal donné et un liquide donné, par exemple avec la bile et le cuivre, il faut nécessairement examiner les métaux voisins du cuivre, tels que le fer, le bismuth ou l'argent. Il arrive quelquefois qu'on n'obtient pas de contraction avec deux ou trois métaux, tels que le cuivre, le fer et l'antimoine, et qu'on en obtient avec tous les autres; l'auteur en conclut, dans ce cas, que tel liquide est un conducteur imparfait de l'électricité.

Après avoir exposé la méthode d'expérimentation, Bellingeri divise en trois chapitres distincts les expériences entreprises, pendant le cours de plusieurs années, sur l'électricité du sang, de l'urine et de la bile des animaux.

Les expériences pour déterminer l'électricité du sang furent faites sur 45 veaux d'âge et de sexe différents, dans toutes les saisons de l'année, à diverses heures de la journée, en tenant compte des conditions thermométriques, barométriques, météorologiques et même électriques de l'atmosphère; voici le résultat :

Chez tous les animaux, le sang fut extrait de la veine jugulaire; l'électricité de ce liquide fut presque toujours supérieure à celle du fer et moindre que celle du cuivre; rarement elle fut égale à celle du fer.

L'électricité du sang artériel fut recherchée sur 12 veaux; le liquide était extrait de l'artère axillaire ou de l'artère caudale. La force de cette électricité ne fut pas trouvée constante : chez quelques animaux, elle était semblable à celle de l'antimoine; chez d'autres, elle lui était supérieure et moindre que l'électricité du fer; d'autres fois elle était égale à l'électricité du fer et de l'antimoine, etc.

C'est en se servant des mêmes procédés que Bellingeri compare l'électricité du sang veineux avec celle du sang artériel chez le même animal; il découvre ainsi que, le plus souvent, le sang artériel est un peu moins électrique que le sang veineux, que rarement l'électricité de ces deux liquides est au même degré.

De toutes ses recherches, l'auteur arrive à conclure que, chez les animaux, l'électricité du sang artériel est un peu inférieure à l'électricité propre du sang veineux, quelquefois semblable, mais jamais supérieure.

Tels sont les faits contenus dans le mémoire de Bellingeri. Je les ai rapportés avec détails, afin qu'on pût les apprécier.

Il faut reconnaître, quel que soit le mérite de la pensée de l'auteur, que ses expériences n'ont pas la moindre valeur scientifique, que tous les auteurs modernes les ont jugées ainsi, et qu'aucun ouvrage de physique ou d'électro-physiologie ne les cite.

Sans nous arrêter aux vices radicaux des procédés d'expérimentation, nous demanderons s'il est possible aujourd'hui de supposer qu'il existe une *électricité propre* au fer, au cuivre, au zinc, au sang, à la bile, à l'urine; que ces électricités spéciales sont comparables entre elles, et qu'on peut établir une échelle de graduation?

La science actuelle a si bien réfuté les assertions de Bellingeri qu'il n'est pas possible de les discuter sans s'exposer au reproche de se livrer à des discussions inutiles et fastidieuses.

Vous paraissez admettre que Bellingeri a assigné le caractère positif à l'électricité du sang rouge, et le caractère négatif à l'électricité du sang noir. Cet auteur n'a employé ces expressions dans aucune partie de son mémoire; c'est Omodei qui s'en sert, et encore dans les termes les plus vagues; voici comment il s'exprime :

« Déjà les travaux de Vassalli-Eandi avaient constaté que le sang possède, *en général*, une électricité *positive*, et que cependant, dans les inflammations très-graves, il devient *électro-négatif*. » Il ajoute : « Bellingeri, bien des années après, est venu prouver que l'électricité du sang diminue en raison de l'intensité de la maladie inflammatoire, et arrive à devenir électro-négatif; il démontre, en outre, que dans les maladies asthéniques et de faiblesse l'électricité du sang s'accroît notablement, et devient positive au plus haut degré. » (*Annali di medicina*, vol. XLII, p. 45.)

De quel sang est-il question? Cela n'est pas dit; mais il ressort de l'ensemble du travail que c'est du sang veineux qu'on veut parler.

Quel rapport ces expériences ont-elles avec les miennes? Aucun. J'ai dit et je maintiens *qu'il n'existe pas d'expériences entreprises dans le but de prouver l'existence et de déterminer le caractère de la réaction électrique du sang rouge sur le sang noir*.

Si je me trompe, et que vous le démontriez, je m'inclinerai sans hésitation; je suis d'avis qu'il faut faire de la science pour la science elle-même et non dans un intérêt de vanité. Je pense cependant que la preuve sera difficile à produire. Ce n'est que depuis la découverte d'Œrsted, en 1820, démontrant l'influence des courants électriques sur les déviations de l'aiguille aimantée, et surtout depuis les nombreux travaux qui ont permis à l'illustre Ampère de déduire de ses recherches une théorie générale des phénomènes électro-dynamiques, que les physiciens sont parvenus à démontrer que toute action chimique est une source d'électricité.

Cette idée, comme celle de l'électricité du sang, est fort ancienne. Laplace et Lavoisier l'avaient émise à la fin du siècle dernier, mais l'instrument nécessaire à la démonstration manquait; elle devint possible lorsque la découverte d'Œrsted put la fournir aux expérimentateurs. M. Becquerel père est le premier physicien qui ait montré que, en faisant réagir l'une sur l'autre deux dissolutions conductrices de l'électricité, et capables d'exercer mutuellement l'une sur l'autre une action chimique, quelque faible qu'elle soit, on obtient une manifestation électrique sous forme de courant. Depuis lors, MM. de la Rive, Matteucci, Nobili, etc., ont rassemblé une masse de faits qui permettent aujourd'hui de considérer le phénomène comme constant et général.

Les travaux de ces hommes célèbres ont été mes guides. Je pourrais vous prier de vouloir bien vous y reporter, afin que vous acquerriez la preuve que je ne me suis pas écarté des données de la science actuelle; mais je tiens à répondre à un argument qui sert de base à vos objections principales.

Vous paraissez étonné de ce que, *dans les trois premières expériences, l'électricité est cherchée, d'une part, dans l'artère carotide, et, d'autre part, dans la veine jugulaire du côté opposé, conséquemment bien loin de tout contact des deux sangs* (p. 514 de votre journal).

C'est cependant ainsi qu'il fallait opérer pour obtenir des résultats certains. Sans doute, il peut paraître surprenant qu'on aille placer une lame de platine dans la veine jugulaire gauche, et une autre lame du même métal dans l'artère carotide du côté opposé, et qu'on veuille tirer du résultat obtenu la conséquence de la réaction du sang rouge sur le sang noir.

En agissant ainsi, la colonne sanguine contenue dans les vaisseaux artériel et veineux nous sert de conducteur liquide; elle transmet l'électricité produite par les réactions chimiques opérées dans les vaisseaux capillaires les plus déliés; elle nous indique ce qui se passe dans la profondeur des tissus; elle nous montre que les modifications incessantes que le sang éprouve dans sa composition déterminent réellement des effets électriques dont la manifestation est rendue possible sous forme de courant.

Ce n'est pas, comme vous le supposez, *un courant artificiel provoqué par les conditions mêmes de l'expérience;* c'est un fait réel, existant par lui-même, comme il existe dans toute dissolution saline. Doutez-vous du développement de l'électricité au moment où vous faites réagir un acide sur une base? Non, sans doute. Pourquoi hésiteriez-vous à admettre le phénomène dans le sang, fluide composé d'éléments nombreux réagissant sans cesse les uns sur les autres!

D'ailleurs la quatrième expérience répond à votre objection; je la prévoyais, et j'ai voulu la combattre, en quelque sorte, avant qu'elle n'apparût. Ici *l'électricité ne peut pas être puisée à des sources différentes;* les deux sangs sont en contact par l'intermédiaire d'un vase poreux; ils réagissent *directement* l'un sur l'autre, et les manifestations électriques sont vives, énergiques, identiques avec celles produites par le sang contenu dans les vaisseaux.

En opérant comme je l'ai fait, j'ai suivi la direction indiquée par M. Becquerel père dans son travail intitulé : DES EFFETS ÉLECTRIQUES PRODUITS AU CONTACT DES EAUX DOUCES ET DES TERRES ADJACENTES (*Traité d'électricité*, III^e volume, APPENDICE). Il ne s'est pas borné à séparer les électrodes par un intervalle de quelques centimètres, comme je l'ai fait : il les mettait à quelques mètres de distance, à 100 mètres, et même il a développé des fils métalliques qui maintenaient la communication entre les électrodes séparées par un intervalle de 500 mètres. C'étaient aussi les molécules liquides contenues dans la terre qui fermaient le circuit et servaient de conducteur à l'électricité.

Cette lettre est déjà bien longue, et cependant elle est insuffisante, je le comprends, pour dissiper tous les doutes; lorsqu'une idée ou un fait nouveau apparaît, il faut laisser au temps le soin d'ouvrir les voies, de préparer les esprits, et finalement de les convaincre. Je ne demande pas

à être cru sur parole, je prie qu'on répète mes expériences; elles contiennent le germe de grandes modifications dans les théories médicales. Aussi terminerai-je en citant les paroles d'Omodei, lorsqu'il parlait des travaux de Bellingeri concernant l'électricité du sang : « Chacun voit, » dit-il, de quelle importance serait dans la médecine une telle découverte : *Facciamo voti, affinche dai lavori altrui venga sempre più confermata una tale scoperta.* »

Je vous remercie, monsieur et cher confrère, de m'avoir permis de donner quelques développements à ma pensée; ils ne suffiront peut-être point pour amener la conviction qu'elle n'est troublée ni par l'illusion, ni par l'erreur : aussi resterai-je toujours disposé à répondre à vos sages préoccupations et à vos savantes objections (1).

Agréez, etc. Scoutetten.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 31 AOUT 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Chirurgie. — *Bec-de-lièvre double, compliqué de la saillie de l'os incisif et d'une large division congénitale de la voûte et du voile du palais. Restauration de la voûte palatine par autoplastie périostique. Absence de toute régénération osseuse au bout de trois mois*, note de M. *Sédillot*. — « Mon malade, dit M. Sédillot, âgé de treize ans, a été opéré le 23 mai. La fissure palatine présentait 10 millimètres de largeur en avant, 17 en arrière au niveau de la naissance du voile. La moitié droite de la voûte palatine avait 20 millimètres et la moitié gauche 15 millimètres de largeur. Les lambeaux périostiques furent rapprochés et réunis sur la ligne médiane avec un plein succès, et, après la staphylorraphie, faite quelques jours plus tard (30 mai), la difformité n'existait plus, et la voûte et le voile du palais étaient rétablis, à l'exception d'une étroite ouverture de 8 à 10 millimètres de longueur, en arrière de l'os incisif. Il eût été de la dernière imprudence de vouloir terminer l'opération en un seul temps : les lambeaux périostiques n'auraient plus été suffisamment soutenus, et la division simultanée des grandes artères palatines et de la naso-palatine, ou palatine antérieure, aurait rendu la mortification imminente. C'est le 26 août seulement, trois mois après les premières opérations, que nous avons détaché le périoste en arrière des canines supérieures et de la première petite molaire, pour combler la portion persistante antérieure de la fissure, et nous avons alors constaté, avec M. le professeur Bœckel, qu'à ce moment la portion de la voûte reconstituée depuis trois mois par les lambeaux périostiques n'offrait aucune trace d'ossification. Les tissus étaient souples, élastiques, dépressibles, sans dureté à la pression, et la pointe du bistouri promenée sur la surface nasale ou périostée du lambeau ne rencontra pas le moindre noyau d'ossification.

» Ce fait négatif ne démontre pas l'impossibilité absolue des régénérations osseuses par des lambeaux déplacés du périoste; mais il prouve au moins le peu d'importance que méritent les affirmations contraires, tant qu'elles restent dénuées de caractères scientifiques positifs et certains. Nous avons demandé qu'on mît sous les yeux de l'Académie un os véritablement régénéré par le périoste, et cet appel n'a pas encore été entendu.

» Si le périoste n'a pas ici reproduit d'os, nous devons reconnaître que l'os dénudé a reproduit du périoste, et les parties de la voûte palatine, mises à nu par la dissection et le transport des lambeaux vers la ligne médiane, se sont couvertes d'un nouveau périoste et d'une nouvelle membrane muqueuse dont il serait possible de tirer ultérieurement parti dans le cas où quelques fentes ou pertuis fistuleux seraient à fermer. »

(1) L'espace nous manquerait pour répondre aujourd'hui à celle lettre; nous le ferons dans le prochain numéro. A. D.

Chirurgie. — *De la contention des hernies réductibles; parallèle des trois principaux systèmes : bandages-ceintures, bandages à ressort, bandages rigides*, par M. *Dupré*. — L'auteur, après avoir fait ressortir les inconvénients des deux premiers systèmes de bandages, fait connaître dans les termes suivants le troisième, dont il est l'inventeur :

« Notre système des bandages rigides peut se réaliser au moyen de constructions variées; celui que je décris ici consiste en une tige rigide, cylindrique ou aplatie, et présentant, par exemple dans le cas de hernie inguinale ou crurale double, trois arcades, l'une médiane à concavité inférieure, et les deux autres latérales à concavité supérieure. Ses extrémités, au lieu de conserver l'horizontalité du corps de l'arc, sont recourbées verticalement par en bas. L'arc n'est pas latéral, mais transversal antérieur; il va d'une hanche à l'autre.

» Aux branches verticales sont fixées les deux moitiés d'une demi-ceinture postérieure qui se boucle à la façon d'une patte de pantalon. On la serre, on la desserre à volonté; ainsi la pression ne dépend pas d'un retrait élastique dont la tension ne peut jamais être rigoureusement déterminée, qui convient aujourd'hui et ne convient plus demain; elle est en rapport avec la nécessité actuelle, le chirurgien et le malade peuvent la modérer à leur gré. Deux pelotes sont assujetties derrière les arcades latérales, à l'aide de lames fenêtrées, rivées aux deux côtés de ces arcades. Une vis, passant à travers la fenêtre, s'engage dans un écrou rivé lui-même à l'écusson ou platine, support de la pelote. Cette vis fixe la pelote sur la lame fenêtrée. On peut incliner cette pelote en la faisant pivoter autour de la vis sur son axe antéro-postérieur, et la fixer par un tour de vis à tel point de l'étendue de la fenêtre que l'on jugera à propos de le faire. La pelote pourra être aussi facilement remplacée par une autre que l'on jugera plus convenable.

» Deux lanières de cuir, partant de chaque côté du bord inférieur de la demi-ceinture postérieure, seront fixées à un bouton que présente la branche verticale au bas de sa face externe, et permettront de faire basculer les pelotes à volonté. Le contre-appui se fait aux lombes, sur une large surface, et non pas dans un lieu circonscrit, comme dans les bandages à ressort. Les hanches sont ménagées, la pression en avant n'a lieu que sur les pelotes, et il n'y a pas de déperdition de force. » (*Comm.:* MM. J. Cloquet, Jobert, de Lamballe.)

Médecine. — M. *Grimaud* (d'Angers) communique l'introduction et les conclusions d'un mémoire Sur la nature et le traitement de la rage, mémoire qui ne peut être renvoyé à l'examen d'une commission, l'auteur déclarant qu'après avoir longtemps attendu un tour de lecture pour son travail, il s'est déterminé à le faire imprimer.

— M. *Grégoire* lit quelques parties d'une note ayant pour titre : Sur les infections charbonneuse, purulente et rabique. (*Comm.:* MM. Rayer, Cl. Bernard.)

Optique. — M. *Serre* (d'Uzès) soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : Toxonographie rétinienne, ou écriture des distances par le groupement des arcs rétiniens compris entre les axes optiques, ou axes polaires, principaux, et les axes secondaires.

Voici, d'après l'auteur, le résumé de ce travail :

« Les positions diverses prises par les points lumineux dans le champ de la vision sont au nombre de *douze*, dont sept peuvent être considérées comme cardinales, savoir : 1° sur la bissectrice, hors de l'horoptère; 2° sur la bissectrice, dans l'horoptère; 3° sur l'horoptère, à gauche du point de mire où se coupent les axes optiques ou polaires; 4° hors de la bissectrice, dans l'écartement des axes, hors de l'horoptère, à gauche (et à droite); 5° hors de la bissectrice, dans l'écartement des axes, dans l'horoptère, à gauche (et à droite); 6° hors des axes et de l'horoptère, à gauche; 7° hors des axes, dans l'horoptère. Les rayons émanés des points lumineux, situés dans ces douze régions, frappent la rétine de chaque œil con-

curremment avec ceux émis par le point de mire, dans la direction des axes polaires. Ils limitent avec ceux-ci des arcs équatoriaux, dont le groupement devient le signe indicateur de la région où se trouve le point lumineux. »

Chimie appliquée. — *Recherches chimiques sur le pain et sur le blé découverts à Pompéi*, note de M. *S. de Luca*. — En exécutant des fouilles à Pompéi le 9 août de l'année dernière, sous la direction de M. Fiorelli, on a découvert une maison entière de boulanger, avec le four, dont l'ouverture était fermée par une large porte de fer munie de deux poignées. Dans l'intérieur du four il y avait 81 pains, dont 76 du poids de 500 à 600 grammes, 4 du poids de 700 à 800 grammes, et enfin 1 pesant 1204 grammes.

Tous ces pains sont d'un brun noirâtre à la partie extérieure ; mais cette teinte est plus affaiblie vers les parties centrales, où l'on observe des cavités plus ou moins grandes, comme dans le pain ordinaire. La croûte est un peu dure et compacte, tandis que la mie, qui est poreuse, se défait facilement entre les doigts et présente un éclat à peu près semblable à celui de la houille.

Ce pain contient de l'humidité, qu'il abandonne entièrement à la température de 110 à 120 degrés.

L'azote est inégalement distribué dans le pain de Pompéi : la partie extérieure dose 2,8 pour 100, tandis que la partie centrale n'en contient que 2,6 pour 100. La croûte, réduite en poudre, épuisée par l'eau et ensuite desséchée, ne contient que 1,65 pour 100 d'azote ; la partie intérieure, au contraire, par le même traitement, en donne 2,28 pour 100. Les eaux de lavage, évaporées au bain-marie, ont laissé des résidus humiques qui dégagent de l'ammoniaque lorsqu'on les chauffe avec de la potasse.

Il n'a pas été possible d'établir avec certitude la composition élémentaire de ce pain, parce que la quantité de carbone diminue progressivement de la circonférence au centre, tandis que l'hydrogène, au contraire, s'y retrouve en proportions croissantes.

Ce pain contient, quoique en petite quantité, des matières solubles dans l'eau et dans l'alcool. Ces matières passent légèrement colorées en noir à travers les filtres, et sont azotées.

Il résulte de ces recherches que le pain de Pompéi, qui a pu se conserver dans des conditions exceptionnelles, et presque hors du contact de l'air et des agents extérieurs, ne présente pas dans toutes ses parties la même composition, et que les parties centrales sont celles qui contiennent en plus grande abondance les éléments qui concourent à la formation des matières organiques.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Sallot* (de Vesoul) sur une épidémie de variole. — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans les départements du Morbihan, de la Haute-Saône et du Doubs. (*Commission des épidémies.*)

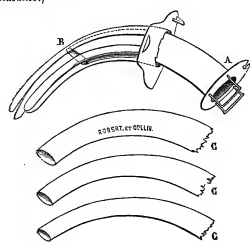
2° L'Académie reçoit la description et le modèle d'une *canule quadrivalve, dilatatrice de la trachée* (v. la fig. ci-contre), applicable à toutes les opérations de trachéotomie, fabriquée par MM. *Robert* et *Colin*, d'après les indications de M. *Demarquay*.

Cette nouvelle canule à dilatation progressive peut être avantageusement substituée aux anciennes pour l'opération de la trachéotomie.

En retirant le mandrin A, la canule quadrivalve B se resserre sur elle-même ; son diamètre, alors beaucoup plus petit, permet de l'introduire avec une très-grande facilité en retirant le mandrin creux A, et le malade respire d'autant mieux qu'on peut placer une plus grosse canule sans danger pour lui. Les mandrins CCC sont de différents diamètres.

Cette canule a été appliquée dans trois cas par M. Demarquay.

M. *Larrey* présente : un mémoire *Sur les effets de la consanguinité, de la syphilis et de l'alcoolisme, combinés et observés dans une même famille* ; par M. le docteur *Guipon* (de Laon). (*Comm.* : MM. Rieord, Bouchardat et Vernois). — Une *Relation d'expériences sur l'action physiologique des sels de thallium* ; par M. le docteur *Paulet*. (*Comm.* : MM. Cl. Bernard, Poggiale et Béclard). — Un travail *Sur la topographie médicale de Saint-Quentin* (Aisne) ; par M. le docteur *Demonchaux*. (*Commission des épidémies.*)



— M. *Cloquet* dépose sur le bureau une *Observation d'éventration chez une femme aliénée, suivie de guérison* ; par M. le docteur *Berthier*, médecin en chef de l'asile de Bourg ; puis il fait hommage de la dernière livraison des Bulletins de la Société d'acclimatation.

Discussion sur les vivisections.

M. *Bouvier* ne croit pas que l'enseignement de la physiologie expérimentale doive descendre à se justifier des abus qu'on lui reproche. « Il est une des gloires de la France scientifique ; et, à ce titre, il est impérissable.... Et l'on voudrait mutiler cet enseignement ! On voudrait interdire toute expérience publique à l'appui des démonstrations ! On voudrait réduire le professeur de physiologie expérimentale à des dissertations *ex cathedra*, en robe noire et en rabat, sans doute, comme un docteur de Sorbonne !

» Une pareille proposition n'est pas de notre temps.... Vous la repousserez, messieurs ; vous n'y verrez, comme moi, qu'un anachronisme. Vous laisserez le professeur de physiologie expérimentale seul juge des expériences qu'il doit renfermer dans son laboratoire, et de celles qu'il importe de produire au grand jour, en présence d'auditeurs qui, loin d'y puiser des « instincts de cruauté », n'y prendront qu'un plus ardent désir de mieux se mettre en état de secourir leurs semblables.

» ..... De même que la physiologie expérimentale, la pathologie expérimentale doit entrer dans l'enseignement public... » Après quelques citations empruntées à M. Rayer, dans le but de faire ressortir l'importance et l'utilité de la pathologie expérimentale : « Voilà, poursuit M. Bouvier, voilà la science, voilà l'enseignement que M. le Secrétaire perpétuel n'a pas craint de qualifier de « *cruautés* inutilement exercées, d'*abus* qu'on ne saurait trop se hâter de réformer ! »

On s'est élevé aussi, et avec plus de vigueur encore, contre les opérations chirurgicales pratiquées, dans les écoles vétérinaires, sur les animaux vivants. L'orateur sur ce point partage entièrement l'avis de M. Bouley et n'hésite pas à admettre l'utilité de ces manœuvres.... « Pourquoi, ont dit les adversaires de ces opérations, les élèves vétérinaires ne feraient-ils pas comme les étudiants en médecine ? Est-ce que ceux-ci ne deviennent pas d'habiles opérateurs en s'exerçant sur le cadavre ? » Il n'est, répond M. Bouvier, nullement exact de dire que les opérations sur le cadavre suffisent pour faire un habile

chirurgien.... Opérez sur des milliers de cadavres, vous n'en aurez pas moins un apprentissage à faire pour opérer avec habileté sur l'homme vivant. N'est-il pas évident que cet apprentissage se fait aux dépens et quelquefois au grand risque des premiers malades qui vous tombent sous la main?... Le moyen d'abréger cet apprentissage et de le rendre moins périlleux pour les opérés, c'est de s'exercer sur les animaux vivants pour toutes les opérations où le manuel est à peu près le même chez les animaux et chez l'homme. Les grands chirurgiens de notre temps, les Dupuytren, les Roux, les Béclard, les Lisfranc, les Blandin, les Bérard, etc. (pour ne parler que des morts), ces grands chirurgiens ne se sont trouvés du premier coup d'habiles opérateurs que parce qu'ils avaient préludé aux opérations sur l'homme par de nombreuses expériences sur les animaux vivants. M. le professeur Cloquet, énumérant, en 1822, les moyens d'acquérir l'habileté chirurgicale, ne manque pas de nommer les opérations sur les animaux vivants. Amussat attachait une telle importance à cette étude, qu'il avait établi un enseignement de médecine opératoire sur les animaux pour les hommes qui se destinaient à la pratique de la grande chirurgie. — « Avant de s'adresser à l'homme, disait Magendie, n'est-il pas des êtres sur lesquels il serait préférable de tenter ses premiers essais?... Je voudrais que comme complément de l'instruction médicale on exigeât des expériences sur l'animal vivant..... Ainsi, on ne s'exposerait pas à n'acquérir de la pratique qu'aux dépens de l'humanité, qu'aux dépens de ses semblables!... » Faisant l'application de ces paroles à la trachéotomie, telle qu'elle est quelquefois pratiquée à l'hôpital des Enfants par des internes encore peu initiés à cette opération, M. Bouvier ajoute : « Si ces élèves, d'ailleurs tous fort instruits, étaient préalablement exercés à la trachéotomie sur des animaux vivants, le moins habile d'entre eux serait, dès ses premières opérations sur l'homme, aussi sûr de lui qu'il le devient après une courte pratique. On sauverait ainsi quelques enfants de plus. Ce serait un deuil de moins pour quelques familles. Quelle Société protectrice des animaux, même anglaise, pourrait nous en vouloir?

» Ainsi, loin de songer à supprimer les exercices de chirurgie opératoire sur les animaux vivants dans les écoles vétérinaires, on pourrait invoquer de puissantes raisons pour les introduire dans l'enseignement des Facultés de médecine, ou tout au moins pour les y encourager et les provoquer dans quelques circonstances.

» En résumé, ce que nous avons à répondre à M. le ministre sur les trois questions posées, c'est : 1° qu'il n'y a rien de fondé dans les plaintes articulées par les membres de la Société protectrice anglaise en ce qui concerne la pratique des vivisections en France; 2° qu'en conséquence il n'y a point lieu d'en tenir compte; 3° qu'il n'y a aucune nouvelle mesure à prendre à ce sujet. »

M. *Reynal* s'associe à tout ce qui a été dit par les défenseurs des vivisections; mais il veut s'occuper plus particulièrement des opérations chirurgicales faites dans les écoles vétérinaires.

Il regrette les critiques amères que MM. Dubois (d'Amiens) et Béclard ont dirigées contre ce mode d'enseignement, et il démontre qu'elles ne sont pas fondées. Le sombre tableau que M. Dubois a tracé des « cruautés inouïes » qu'on fait subir aux animaux vivants appartient peut-être au passé; mais rien, dans le présent, n'autorise de semblables récriminations. Quant aux chevaux dont a parlé M. Béclard et que la coupable négligence des vendeurs laisserait mourir d'inanition, l'orateur s'inscrit en faux contre cet abus, et déclare que la bonne foi de M. Béclard a été surprise dans cette affaire.

M. Reynal expose la manière dont s'exécutent aujourd'hui à Alfort les exercices opératoires. Depuis quelques années, le nombre des opérations sur les animaux vivants a été de plus en plus réduit, et toutes les précautions ont été prises dans le but d'épargner ou d'amoindrir la douleur, si bien que quelques membres éminents de la Société protectrice de Paris ont spontanément déclaré que les opérations, telles qu'elles sont pratiquées actuellement à Alfort, sont exécutées de manière à concilier les intérêts de la science avec les intérêts de l'humanité.

M. Reynal n'accepte pas le parallèle qu'on a voulu établir entre le chirurgien de l'homme et le chirurgien vétérinaire pour prouver que l'un comme l'autre pouvait acquérir une dextérité suffisante en s'exerçant uniquement sur le cadavre. Ce raisonnement, vrai en apparence, n'est rien moins que spécieux.

Les élèves en médecine peuvent fréquenter pendant trois à quatre ans la clinique des divers hôpitaux; de plus, ceux d'entre eux qui se destinent plus spécialement à la chirurgie trouvent partout des établissements hospitaliers où, avec le temps et avec les conseils du maître, ils se forment progressivement à la pratique de l'art chirurgical. Les élèves vétérinaires suivent pendant deux années à peine la clinique, et, comme ils interviennent dans l'exercice de la profession beaucoup plus fréquemment à titre de chirurgiens qu'à titre de médecins, il est nécessaire qu'en quittant les bancs ils soient à même de pratiquer, avec sécurité pour eux et pour l'animal, l'opération commandée par un état morbide.

Une autre raison milite en faveur de ce mode d'enseignement pratique : le vétérinaire ne doit jamais perdre de vue que les animaux sont des objets de spéculation commerciale, des machines motrices animées qu'on doit guérir dans le plus bref délai pour les rendre à leur service, à leurs travaux ou à leur destination. Dans le choix des moyens de guérison, il n'a pas à se préoccuper de l'élément douleur : toutes les fois que l'opération sera le moyen le plus rapide de guérir, il devra la pratiquer dans l'immense majorité des cas, lors même que, par des méthodes thérapeutiques, il aurait la certitude, avec un temps beaucoup plus long, d'arriver au même résultat.

M. Béclard a cherché à établir qu'il sort des écoles d'Allemagne des opérateurs aussi bons, des praticiens aussi complets que ceux qui sortent des écoles vétérinaires françaises, et M. Béclard s'empresse d'ajouter que ces élèves ne sont cependant pas exercés sur les animaux vivants aux manœuvres chirurgicales.

Les informations de M. Béclard sont incomplètes sur ce point.

En Autriche, les opérations douloureuses sur les chevaux sont prohibées par le gouvernement, il est vrai; mais le conseil d'instruction, jugeant sans doute que les exercices sur les animaux sont utiles, les tolère à l'École vétérinaire dans une certaine limite. A Londres même, on pratique parfois sur les animaux vivants des opérations; des vétérinaires anglais ont assuré à M. Reynal qu'il leur était loisible de pratiquer sur des chevaux achetés à leurs frais quelques opérations peu douloureuses, notamment la saignée, la névrotomie, etc.

Ainsi, ajoute l'orateur, entre les écoles vétérinaires françaises et étrangères il n'y a qu'une différence du plus au moins. Partout on comprend l'utilité des opérations telles qu'on les exécute en France.

En résumé, l'orateur demeure convaincu que, si l'on tient compte, d'une part, de l'organisation de notre enseignement et des exigences de l'exercice professionnel, et, d'autre part, des soins qui sont pris dans les cours de chirurgie pratique pour abréger, atténuer, amoindrir la douleur, on reconnaîtra que les opérations pratiquées sur les animaux vivants dans une limite restreinte, comme on le fait actuellement dans les écoles vétérinaires, sont utiles et nécessaires.

M. Reynal vote contre les conclusions du rapport de la commission.

M. *J. Béclard* n'insiste pas sur ce qui se passe à Alfort; l'affirmation de M. Reynal lui suffit. Mais Alfort n'est pas la seule école vétérinaire de France, et il affirme, de son côté, que les faits relatifs à l'inanition des animaux destinés aux opérations sont exacts. Si l'Académie le désire, il en fournira les preuves.

Quant aux écoles étrangères, il savait que les élèves, ainsi

que l'a dit M. Reynal, étaient exercés aux opérations élémentaires ; mais ce n'est pas là le fait contre lequel il a entendu protester, c'est uniquement contre la systématisation de l'enseignement des opérations sur les chevaux vivants.

M. *Vernois*. Je partage entièrement les opinions que vient d'exprimer M. Bouvier, et le discours que vous venez d'entendre réduit à sa plus simple expression ce que je me proposais de dire.

Je n'ai pas à me préoccuper des attaques passionnées dont les vivisections ont été l'objet dans la presse extra-scientifique. Les déclamations irréfléchies auxquelles elle s'est livrée n'ont eu qu'un but, toujours le même, ne pas éclairer le public et le tromper.

Mais, par malheur, quelques-unes de ces étranges théories du dehors ont trouvé des avocats dans cette enceinte et des échos dans certains organes de la presse médicale et scientifique. C'est donc un impérieux devoir pour tous ceux qui sont convaincus de l'importance et de l'utilité des vivisections de protester contre les tendances fâcheuses, déplorables et rétrogrades des adversaires de la physiologie expérimentale.

Ce n'est pas assez d'insister sur la convenance et sur l'opportunité des expériences sur les animaux vivants, il faut en proclamer hautement l'urgence et l'indispensable nécessité. Il faut que tout le monde sache et convienne que les plus sérieux et les plus solides progrès de la médecine dérivent de la source féconde de l'expérimentation, et que là aussi est tout l'avenir de la science de l'homme.

On proteste contre les expériences faites en public, on voudrait les voir s'accomplir dans le secret des laboratoires. C'est mal comprendre à la fois l'intérêt des élèves et celui des animaux. Les expériences de laboratoire exigent, en effet, le sacrifice d'un grand nombre d'animaux et ne profitent qu'à une poignée d'étudiants privilégiés. Dans les cours publics, au contraire, les expériences se font devant un auditoire nombreux, et un animal suffit habituellement à l'instruction de tous. Là point de tâtonnements douloureux, point de souffrances inutiles. Le professeur vous montre quelle est la voie la plus sûre et la ligne la plus directe pour arriver du premier coup aux vaisseaux spléniques, aux conduits biliaires, aux nerfs profondément placés. Ainsi se forment les vrais physiologistes. Claude Bernard, Longet, Béclard, Brown-Séquard et tant d'autres sont sortis des amphithéâtres de Magendie, de Ségalas, de Piorry, d'Amussat, et ont pris le goût de la physiologie aux leçons publiques de ces grands maîtres.

Les professeurs doivent aux élèves une instruction complète, et leur enseignement serait imparfait et défectueux s'il ne portait pas avec lui le contrôle de l'expérience. A ce compte, il ne suffit pas d'exposer d'une manière didactique ce qu'on appelle des vérités acquises, il faut encore, pour entraîner toutes les convictions, une démonstration expérimentale; il est nécessaire de soumettre les faits connus à l'épreuve d'une vérification sans réplique. Les faits *acquis* d'aujourd'hui ne seront plus les faits *acquis* de demain. L'histoire des progrès de la science prouve que c'est par le contrôle, par la critique des faits dits *acquis à la science*, que la science elle-même a marché et s'est développée.

Les adversaires des vivisections ont invoqué des considérations de haute moralité; ils ont parlé des instincts féroces et sanguinaires que pouvaient développer la vue ou la pratique des expériences physiologiques. En vérité, c'est faire insulte aux hommes éminents qui ont porté si haut en France le flambeau de la physiologie expérimentale. Dans quel étrange aveuglement peuvent donc nous jeter les préventions ou les idées fausses! Vous qui transformez les physiologistes et les vivisecteurs en bourreaux, connaissez-vous des hommes d'un caractère plus doux, d'un commerce plus facile, d'une aménité plus parfaite que Claude Bernard, Longet, Ségalas? Je vous défie de trouver au monde, même dans les sociétés protectrices, des hommes qui soient plus bienveillants pour les animaux et qui les aiment davantage? Et nous tous, qui avons assisté aux leçons de ces maîtres et à celles de Magendie, sommes-nous donc devenus des gens sans cœur et sans entrailles?

M. Piorry veut qu'on épargne les animaux domestiques et qu'on choisisse de préférence les animaux inutiles ou nuisibles. Ce sentiment part d'un bon naturel; mais la chose est-elle possible? Ne faut-il pas que l'opérateur agisse avec toute la sécurité de sa main et sans aucune préoccupation d'être blessé? Le pourrait-il avec un animal malfaisant? avec une hyène ou un chacal, par exemple? Ne vaut-il pas mieux se servir des lapins et des poules, qu'on sacrifie, d'ailleurs, pour l'usage culinaire, et chez lesquels on trouve une philosophie et une résignation qu'on chercherait vainement ailleurs?

En somme, je soutiens que les expériences sur les animaux vivants sont utiles, nécessaires, indispensables; qu'elles doivent être faites en public et sur des animaux patients et accoutumés à la société de l'homme. C'est le meilleur moyen d'abréger les souffrances et de diminuer le nombre des victimes.

A cet égard, pas de réglementation possible ; toute tentative de ce genre serait une atteinte grave à la dignité de la science et à l'indépendance du professeur. Eh quoi ! c'est le lendemain du jour où l'Empereur vient de donner un encouragement insigne aux études de médecine pratique et de fonder un prix de physiologie expérimentale; c'est le lendemain du jour où M. le ministre de l'instruction publique vient de reculer jusqu'à l'époque actuelle les limites de l'enseignement de l'histoire dans nos lycées; c'est le lendemain d'un tel jour, qu'on ose protester contre les expériences physiologiques et demander de lier les mains aux professeurs de nos écoles et de mutiler leur enseignement!

En présence de pareilles attaques, l'Académie ne doit pas s'arrêter à des demi-mesures, il faut que ses conclusions soient nettes, formelles et radicales. Nous devons répondre à M. le ministre qu'il n'y a rien de fondé dans les réclamations d'outre-Manche; qu'il n'y a aucune mesure restrictive à proposer; qu'en cas d'abus, que rien n'autorise à prévoir, nos règlements universitaires suffiraient à rendre et à maintenir aux modes divers d'instruction donnés aux élèves la dignité et la moralité qui ne leur ont jamais fait défaut. (*Applaudissements.*)

M. *Gosselin* : Je n'ai rien à ajouter aux arguments si bien présentés et si éloquemment défendus par les orateurs précédents. La cause des vivisections me paraît définitivement gagnée devant l'Académie.

Mais il y a un mot dont presque tout le monde s'est servi, adversaires et partisans des vivisections, et que je voudrais voir disparaître de ces débats, c'est celui d'*abus*. Je proteste contre cette expression. Elle implique contre les physiologistes et les vivisecteurs un blâme qu'ils ne méritent pas.

Il faut qu'on sache bien hors de cette enceinte que dans nos amphithéâtres et dans nos laboratoires, on n'abuse pas de la sensibilité et de la vie des animaux.

Non ! le professeur qui fait une nouvelle expérience en public sur un animal vivant ne commet point d'abus. Il démontre par une preuve sensible et irréfutable l'exactitude des faits qu'il avance.

Non ! celui qui répète des expériences anciennes et qui vérifie des faits déjà connus, ne commet point d'abus. C'est son devoir de contrôler les connaissances acquises et de faire pénétrer profondément la vérité dans l'esprit des auditeurs.

Non ! les étudiants qui s'exercent aux vivisections ne commettent point d'abus. Ils sont uniquement dirigés par une pensée scientifique et ils tendent vers un but utile; ils ne sont nullement animés, comme on a osé le dire, par un frivole et barbare plaisir de torturer un animal. Si vous interdisez les vivisections aux élèves, comment voulez-vous que se forment les physiologistes ? Si les vivisections avaient été défendues aux

élèves, comment se seraient formés les Spallanzani, les Charles Bell, les Magendie, les Claude Bernard ?

Non ! les vétérinaires qui s'exercent aux opérations chirurgicales ne commettent point d'abus. MM. Bouley et Raynal ont suffisamment prouvé l'importance et l'opportunité de ces exercices.

En conséquence, le mot abus doit être rayé de cette discussion, et aucun soupçon de ce genre ne doit planer sur les vivisecteurs, ni aux yeux du public, ni aux yeux de l'autorité.

Je repousse les conclusions du rapport parce qu'elles renferment des assertions banales, superflues ou injustes.

Je repousse surtout le projet de réponse de M. Dubois (d'Amiens) comme un attentat à la liberté de l'enseignement et à la dignité de la médecine. Il faut que l'Académie et le gouvernement qui la consulte s'en remettent avec une confiance entière à la conscience et à la sagesse des opérateurs. (*Bravo !*)

M. Gosselin, en terminant, formule des conclusions qu'on trouvera reproduites plus bas.

Ces conclusions sont appuyées par MM. *Tardieu*, *Malgaigne*, *Bouvier*, *Bouley*, *Vernois* et *Robinet*.

Quelques membres demandent que l'Académie vote d'abord sur les conclusions du rapport.

M. *le Président* lit les conclusions du rapport de la commission, ainsi conçues : — « 1° Les vivisections sont indispensables aux progrès de la physiologie expérimentale, et les opérations sur les animaux vivants sont nécessaires dans les écoles vétérinaires. — 2° Les vivisections et les opérations doivent être faites avec réserve, et il faut éviter, dans ce genre de recherches ou d'études, tout ce qui pourrait leur donner un caractère de cruauté. — 3° Les vivisections doivent avoir pour but bien déterminé et bien évident un progrès dans la science. — 4° Les opérations ne doivent être permises aux élèves que sous la direction d'un professeur. — 5° Les vivisections et les opérations ne doivent être faites, autant que possible, que dans les facultés, les écoles et les établissements publics. — 6° Les expérimentateurs doivent s'entourer de tous les moyens que possède la science pour abréger et adoucir les souffrances des animaux, et même, dans certains cas, pour les prévenir complétement. »

Ces conclusions sont mises aux voix et rejetées *à l'unanimité*.

M. *le Président* lit ensuite la conclusion proposée par M. *Gosselin*, et à laquelle se sont ralliés MM. *Vernois* et *Bouvier* :

« L'Académie déclare que les plaintes de la Société protectrice des animaux de Londres ne sont pas fondées ;

» Qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte ;

» Qu'il convient d'abandonner, comme par le passé, les vivisections et les opérations chirurgicales pratiquées dans les écoles vétérinaires à la sagesse des hommes de science. »

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées *à l'unanimité*.

M. *le Président* prononce la clôture de la discussion sur les vivisections.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 19 JUIN 1863.

STRABISME ET DIPLOPIE.

M. *Giraud-Teulon*, en faisant hommage à la Société de son ouvrage SUR LE STRABISME ET LA DIPLOPIE, en rend compte en ces termes :

L'ouvrage que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société, dit M. Giraud-Teulon, n'est point une œuvre à proprement parler originale, c'est un simple travail de vulgarisation. La question du strabisme, après de cruels mécomptes, est tombée en France dans un oubli qui n'a d'égal que le bruit qu'elle avait fait dans notre pays il y a une vingtaine d'années. Mais les déceptions, causes de ce discrédit soudain, et qui ont détourné les chirurgiens français de ce sujet intéressant, n'ont pas eu le même effet partout, et le découragement causé généralement chez nous par les difficultés du sujet, ne s'est pas montré à beaucoup près au même degré chez toutes les nations voisines. En Allemagne, en Hollande, en Angleterre, au lieu de laisser mourir de sa belle mort une étude qui n'offrait au fond que des difficultés et non des obstacles invincibles, les esprits chercheurs se sont attachés à ces lacunes de la science, et de remarquables résultats ont couronné leurs recherches.

Ce sont ces résultats que nous nous sommes proposé de faire connaître à nos compatriotes qui ne pourraient, sans une espèce de déchéance, persister à les méconnaître. La connaissance du strabisme, dans son mécanisme, dans sa pathogénie, devait précéder logiquement les effets thérapeutiques : c'est la voie contraire qui avait été suivie en France ; sur ce fait réel, mais brut, que le strabisme était généralement constitué par une disproportion de longueurs musculaires, sans interroger davantage les fonctions, les chirurgiens de la première époque avaient placé dans la section pure et simple du muscle raccourci ou trop court toute l'histoire curative de la difformité.

Les développements dans lesquels nous allons entrer vont faire voir combien on était, à cette première époque, éloigné de connaître les termes mêmes de la question posée.

Le strabisme, à cette époque, n'était donc autre chose pour les chirurgiens militants qui agitèrent cette question, que le résultat des affections d'origine nerveuse qui avaient elles-mêmes pour effet le raccourcissement d'un muscle, suite de sa contracture ou de l'allongement déterminé dans son antagoniste par une paralysie.

Aujourd'hui, après quinze années de progrès vraiment révolutionnaires en ophthalmologie, nous devons envisager cette affection d'un tout autre point de vue. La déviation, la discordance des axes optiques sont, dans la plupart des cas, liés au fonctionnement même de l'appareil de la vue. Sans vouloir, ni pouvoir, faute de temps, entrer dans de plus longs détails, je dirai seulement que les deux plus grandes classes de strabisme, le strabisme convergent et le strabisme divergent, s'observent dans plus des deux tiers des cas, accompagnés de deux états anormaux opposés de la réfraction de l'œil.

On sait aujourd'hui que les deux classes les plus générales de vice de réfraction de l'organe oculaire, de troubles dans la portée de la vue, se caractérisent anatomiquement par un œil trop long ou trop court, relativement à la puissance réfringente de l'appareil dioptrique. Ainsi, la myopie est généralement le symptôme d'un œil trop long, eu égard à la longueur de l'appareil cornéo-crystallinien ; l'état opposé, l'hyperopie représentant l'œil trop court eu égard à ce même foyer.

Eh bien ! les statistiques les plus considérables par leurs chiffres et la détermination de tous les éléments de la question, nous apprennent que le strabisme convergent se montre le plus souvent dans la compagnie de l'hypermétropie (dans les deux tiers des cas), et le strabisme divergent dans la même proportion avec la myopie.

On voit par là quelle part, relativement réduite, est faite à la cause innervation qui tenait tant de place dans le cadre étiologique ancien.

Ajoutons que ces deux éléments, hypermétropie et strabisme, myopie et strabisme, sont simplement concomitants. Il faut pour expliquer leurs rapports admettre concurremment avec eux l'existence d'une insuffisance relative d'un des muscles internes dans la myopie, externes dans l'hypermétropie. Mais, l'analyse a montré que l'insuffisance des droits internes accompagnait naturellement, quoique non pas constamment, la

myopie, comme l'insuffisance des droits externes se montre plus fréquemment avec l'hyperopie.

On voit par ce simple aperçu que rien de sérieux ne pouvait être fait dans la question du strabisme si l'on ne savait étudier auparavant les vices de réfraction de l'œil. Les grands progrès de la science en Allemagne, dans cette dernière voie, expliquent suffisamment comment nos confrères d'outre-Rhin ont pu pousser si loin l'étude de l'anomalie dont j'ai l'honneur de vous entretenir.

Ces études leur ont permis d'arriver jusqu'au but complet placé devant nous, le redressement de l'organe. Mais pour donner une idée des résultats auxquels ils sont arrivés, il faut encore ajouter quelques mots. Le strabisme confirmé, permanent, mécanique, ne peut avoir d'espoir que dans la ténotomie. Sous ce rapport, il ne semble pas, à première vue, qu'on ait rien ajouté aux acquisitions de la première époque, celle de 1842; ce serait une erreur que de s'arrêter à cet égard aux apparences. La ténotomie, aujourd'hui, entre les mains de nos confrères étrangers, est un procédé régulier, précis, susceptible d'un certain dosage; mais surtout c'est une méthode comprise, dans son exécution et dans ses résultats, entre des limites exactes et précises. Il n'est plus à craindre de voir se transformer en divergent exagéré un strabisme primitivement convergent; ou du moins, si cela était possible, ce serait probablement dû à ce que le chirurgien aurait perdu de vue son opéré. Il faudrait pour cela que, par suite d'une insuffisance en sens contraire, de doubles images eussent provoqué en sens inverse le mécanisme du strabisme primitif. Or, pendant la période de réparation, rien n'est plus facile que de s'assurer des conditions de la reconstitution fonctionnelle. Dans cet examen, le sens des doubles images qui peuvent se produire, avertit aussitôt le chirurgien de la conduite qu'il doit tenir.

D'ailleurs, comme j'avais l'honneur de le dire à l'instant, des limites sont posées à l'excès d'une déviation normale purement anatomique; des règles précises concernant le lieu de l'étendue de la section musculaire préservent de tout danger à cet égard. On le comprendra quand j'aurai dit que la section doit être opérée sous forme de simple détachement de l'extrémité tendineuse antérieure du muscle, et la réparation ne consistera qu'en une greffe de ce bout libre à quelques millimètres en arrière, entre le point d'attache ancien et le point où le muscle traverse la capsule de Ténon : ce point est la limite extrême en arrière.

Mais le strabisme n'est pas toujours permanent et confirmé; le médecin assiste souvent au développement de sa première période qui se présente avec les caractères de l'intermittence ou de la périodicité. C'est alors qu'il importe de le reconnaître pour l'attaquer dans sa pathogénie. Lié alors à une anomalie de la réfraction de l'œil, le médecin doit s'attacher à combattre les deux formes du trouble visuel. Il est en présence d'une hypermétropie, par exemple, et d'une insuffisance des droits externes. Eh bien! il doit et peut corriger, au moyen de verres convexes appropriés, l'anomalie de la réfraction, l'hyperopie reconnue; il pourra aussi attaquer avec succès l'insuffisance des droits externes. Un prisme à base en dehors, d'un nombre de degrés déterminés, peut en certains cas pallier longtemps l'insuffisance, et quelquefois, si le traitement est conduit avec sagacité et persévérance, finir par triompher de l'inégal développement des muscles.

Ces quelques détails suffiront, je pense, messieurs, pour vous faire apprécier toute la difficulté et toute la valeur de cet important sujet.

Pour rendre ce travail à peu près complet j'y ai joint l'exposé du jeu physiologique des muscles de l'œil. Cette étude doit également aux méditations saxonnes un progrès bien précieux.

La physiologie expérimentale a permis à M. Donders de préciser la position des méridiens principaux de l'œil pendant les mouvements physiologiques; or, les résultats, ici encore, sont absolument nouveaux, et aussi simples, aussi positifs que nouveaux. Le rôle de chaque muscle est aujourd'hui parfaitement déterminé, et l'obscurité qui enveloppait la manière de se comporter des obliques s'est effacée d'une façon complète à la lumière de la physiologie.

Ce tableau de la statique et de la dynamique normales du globe oculaire entre les formes qui le sollicitent, était un préliminaire obligé de l'étude des paralysies musculaires de l'œil.

Les paralysies musculaires déterminent naturellement un état de strabisme; ces affections comptent pour 15 pour 100 sur le cadre étiologique du strabisme. Mais si la discordance extérieure du regard est un symptôme objectif assez facile à saisir dans ces maladies, il est un autre caractère symptomatique bien autrement saisissant, c'est la diplopie. Par son moyen, l'étude différentielle de la paralysie de chaque muscle n'est plus qu'un jeu. Maintenant qu'on connaît bien le mécanisme physiologique de la myotilité oculaire, le lieu et le sens d'une image double révèlent le muscle paralysé avec une précision qui a deux ou trois caractères pour un à son service.

Je crois en avoir dit assez, messieurs, pour appeler votre attention, moins sur l'ouvrage que sur la question elle-même. Dans cinquante cas sur cent on est en droit d'espérer la reconstitution de la vision binoculaire, en s'appuyant sur les règles que nous ont tracées nos voisins d'outre-Rhin et même d'outre-Manche. Dans les cinquante autres cas, il n'y a lieu que de compter sur un effet d'harmonie.

Ces résultats sont trop brillants pour pouvoir être plus longtemps négligés, et vous me saurez gré, je l'espère, d'avoir servi d'organe à ces brillantes découvertes.

M. *Forget* demande à M. Giraud-Teulon si avec les données symptomatiques qu'il vient d'exposer il peut tracer les indications pour et contre l'opération du strabisme, et poser ainsi les conditions de son opportunité.

Il craint que le dosage opératoire dont il a été question soit bien difficile à observer, et il demande à quoi l'on reconnaîtra le degré de recul à donner au muscle, et le point précis où il convient de s'arrêter?

Enfin comment est-on assuré de ne pas tomber dans un strabisme inverse, après l'opération?

Est-on, avec les données nouvelles, sûr de l'éviter?

M. *Giraud-Teulon*. Cette reproduction n'est plus sérieusement possible, si le chirurgien suit scrupuleusement son malade, s'il a étudié avec soin la reconstitution de la fonction, s'il s'est conformé aux règles formulées sous le titre de dosage de la ténotomie, et si surtout il a bien pesé auparavant les indications de l'opération : il est en effet tel strabisme qui ne doit pas être opéré. Ainsi il y a des yeux qui, au point de vue fonctionnel, présentent un *desideratum*, des yeux affectés de ce que M. de Græfe a appelé *incongruence des rétines*. Dans ces yeux, il y a antipathie pour la vision simple binoculaire, et le strabisme a été créé instinctivement par la nature pour réduire la vision à l'état monoculaire.

Dans tous les cas où la vision binoculaire est possible, les épreuves au moyen des verres prismatiques scientifiquement employés, permettent de préciser à l'avance le point malade, et de poser les indications de l'opération ainsi que le degré de recul qui doit être imprimé au muscle sectionné.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1863.

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE. — PHÉNOMÈNES OCULO-PUPILLAIRES.

M. *Aug. Voisin*, chef de clinique de la Faculté. La lecture que j'ai l'honneur de faire à la Société, a trait à un malade dont voici l'observation :

OBS. — *Atrophie musculaire progressive portant sur les muscles desservis par les nerfs médian et cubital (des deux côtés, mais surtout à gauche), par le nerf crural gauche;* PHÉNOMÈNES OCULO-PUPILLAIRES *dans l'œil gauche; rétrécissement de la pupille et aplatissement de la*

cornée; diminution de la vue. — Au n° 9 de la salle Saint-Jean-de-Dieu (service de M. Bouillaud) est couché le nommé Bellinghen, âgé de quarante-quatre ans, maroquinier. Son père est mort à l'âge de soixante-quatre ans par suite de blessures. Sa mère est morte du choléra. A l'âge de sept ans, danse de Saint-Guy pendant six semaines. Traité à l'Enfant-Jésus par des bains froids.

Voici en quoi consiste son travail : Pour polir le maroquin, la paume de la main gauche est fortement appuyée sur une table, afin de maintenir la pièce, pendant que la main droite manie un instrument très-lourd qui agit sur le cuir.

Il y a sept à huit ans (au début des phénomènes morbides), engourdissement et faiblesse dans le petit doigt de la main gauche. Progressivement, toute la main est devenue le siége de symptômes analogues, et a revêtu la forme qu'a aujourd'hui la main droite.

L'engourdissement et la faiblesse ont gagné l'avant-bras, surtout à son bord interne, où il a ressenti des démangeaisons.

En même temps la main a maigri dans ses régions dorsale et palmaire. La force musculaire a diminué, si bien que depuis deux ans, à peu près, la main gauche est complétement inerte et inutile.

Depuis quatre ans, quand le malade met sa main en supination, elle retombe par son propre poids et brusquement, de façon à former avec l'avant-bras un angle obtus ouvert en arrière; de même aussi quand il remet sa main en pronation, elle retombe par son propre poids.

Depuis trois à quatre ans il a commencé à ressentir de la faiblesse, de la difficulté dans les mouvements de flexion de la main droite, et des fourmillements; progressivement sa main s'est amaigrie, les saillies des os se sont dessinées; l'avant-bras a commencé à maigrir à son bord interne. Du reste, sa santé générale ne s'est pas altérée.

Il vient à l'hôpital, parce qu'il ne peut presque plus travailler de la main droite, et encore est-il obligé, depuis quelque temps (deux ans), d'attacher son outil à son poignet. Depuis quatre ans sa main gauche ne lui sert plus. Depuis un mois il remarque que la face antérieure de la cuisse gauche, à son tiers inférieur, maigrit, et que le bout du pied gauche traîne sur le sol.

Il a été déjà admis à l'Hôtel-Dieu, où son état ne s'est pas amélioré.

État actuel, le 19 septembre 1862. Apparence d'une assez bonne santé; figure non amaigrie; cheveux châlains, aucun n'est gris.

La face dorsale de l'avant-bras présente dans toute sa longueur une dépression qui se termine au niveau de l'extrémité inférieure du radius. Cette dépression est bordée latéralement par le radius et le cubitus. On ne sent aucune masse musculaire, aussi bien au fond de la dépression que sur le cubitus.

L'apophyse olécrâne est très-saillante, et la peau qui la recouvre est calleuse (le malade tombe souvent, pendant son travail, sur le coude, par suite du manque de résistance du poignet, sur la face palmaire duquel il s'appuie pour travailler; il se fait alors dans le poignet un mouvement de supination; le coude gauche porte sur la table en arrêtant la chute du corps à gauche).

On ne sent aucune masse musculaire à la partie supérieure du cubitus; là, entre la peau et l'os, il n'y a aucune autre épaisseur que celle de l'enveloppe cutanée.

Le dos de la main gauche présente une surface plane et sans saillie. La main est tenue dans le même axe que l'avant-bras, mais les doigts sont en demi-flexion. Le malade ne peut les étendre. Il peut imprimer à la région métacarpienne et au poignet un mouvement d'extension, malgré une certaine résistance qu'on lui oppose, mais les doigts restent en demi-flexion.

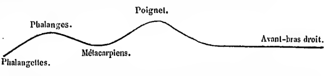
Les masses musculaires du bord externe du radius, à sa moitié supérieure, sont à peu près normales, tandis que celles de la face antérieure du cubitus, du bord externe et de la face postérieure sont entièrement nulles.

La face antérieure du ligament interosseux et de l'avant-bras n'est pas dépourvue de muscles comme la postérieure; même à sa moitié inférieure on en sent une certaine épaisseur.

A la paume de la main les tissus sont mous; l'amaigrissement y est très-prononcé. La face antérieure du pouce est complétement dépourvue de masses musculaires.

Aucun mouvement de flexion des doigts de la main et d'abduction du pouce n'est possible; aucune contracture. Il se produit souvent des séries de contractions et secousses involontaires dans les muscles du bras, de l'avant-bras et de la cuisse gauche. Devant moi il en a; ces contractions se reproduisent d'une façon presque continue.

Main et avant-bras droits. — Amaigrissement du bord cubital de l'avant-bras. La main est en demi-flexion; pas de contractures. Mouvements de flexion et d'extension encore possibles. Vues par leur région dorsale, les phalanges forment avec le poignet un angle très-obtus, ouvert en arrière, et dont la partie la plus en creux correspond aux métacarpiens. Les phalangines et les phalangettes forment elles-mêmes avec les métacarpiens un angle obtus ouvert en avant; il en résulte, des phalangettes à l'avant-bras, une série de lignes ainsi représentées :



Dépression de l'espace compris entre le premier et le deuxième métacarpien; saillie des tendons extérieurs et de la partie correspondant aux muscles du pouce. Le mouvement d'abduction du pouce est restreint; il ne peut atteindre le petit doigt, ni la paume de la main. Les mouvements de flexion et d'extension de la main et du pouce se font même les yeux bandés. La contractilité électro-musculaire n'est nulle part absente; pas de différence dans la température des membres gauches et droits.

La partie antérieure de la cuisse gauche, à son tiers inférieur, est plus maigre que celle de la droite; pendant la flexion de la cuisse gauche sur le bassin, on ne voit pas saillir le muscle triceps. Il se produit dans ce même membre des mouvements involontaires musculaires, comme des battements spontanés, qu'un léger choc du doigt détermine aisément. La marche est difficile, à cause de la faiblesse des membres inférieurs. L'appétit est conservé.

Sept ou huit fois par nuit, miction urinaire. Il retient difficilement son urine.

Rien de particulier au cœur.

Apyrexie complète.

Conservation entière de la sensibilité cutanée (piqûres, tact, température).

Le malade ressent depuis trois à quatre semaines des soubresauts dans la paupière supérieure gauche, à l'angle externe; et plusieurs fois il lui est arrivé de croire à la présence dans l'œil d'un grain de sable.

Le malade dit voir moins bien depuis le même temps, et de moins loin; pas de brouillard cependant. A première vue, l'œil droit paraît un peu plus saillant que le gauche. Les deux ouvertures palpébrales sont égales; les contractions palpébrales sont de même force des deux côtés.

La pupille gauche est moitié moins large que la droite; le diamètre de la pupille droite est de 3 millimètres; celui de la pupille gauche, de 2 millimètres. La gauche et la droite se contractent bien sous l'influence de la lumière, mais celle de gauche est toujours plus étroite que celle de droite; toutes les deux se dilatent notablement quand on pince un point du corps.

Le point culminant de la surface convexe de la cornée gauche est moins éloigné du plan iridien que la droite. Il y a là une différence de longueur d'un millimètre, appréciable à l'œil nu et à la loupe.

Tous les mouvements de l'œil gauche se font bien.

Traitement. — Tous les matins, une douche froide de cinquante secondes à une minute; vin de Bordeaux; pastilles de lactate de fer; deux portions; électrisation des membres.

Le 29 septembre, sortie sur la demande du sujet; il se trouve mieux. Même état des muscles, de la pupille et de la cornée gauches. Plus de clignotements de la paupière supérieure gauche.

Le malade rentre le 17 octobre dans le même état.

Le 3 novembre, il sort encore sur sa demande.

Le 5 décembre, même état. — Il en est de même encore en février 1863, et en juin de la même année. A cette dernière date, le sujet peut cependant travailler un peu en attachant son outil à la partie inférieure de l'avant-bras gauche.

N. B. Mai 1863. — Les deux pupilles ont le même diamètre, sont toutes deux considérablement rétrécies, même dans l'obscurité; elles sont à peine mobiles sous l'influence de la lumière et d'un pincement d'un point du corps. Leur diamètre est celui qu'avait la gauche au moment où je l'examinai pour la première fois.

Les deux cornées sont aplaties également, et la distance qui les sépare de l'iris est la même que celle observée sur l'œil gauche le 19 septembre 1862. La vue est faible dans les deux yeux.

L'état de cet homme est resté à peu près le même depuis neuf mois, mais depuis un mois il s'est produit du côté de l'œil droit des symptômes analogues à ceux de l'œil gauche. J'ai pensé que cette observation pourrait vous intéresser par elle-même et eu égard aux rapports immédiats qu'elle présente avec certains faits de physiologie expérimentale mis en lumière par M. le professeur Cl. Bernard (séance du 8 septembre 1862 de l'Académie des sciences), je veux parler des phénomènes

oculo-pupillaires produits par la section des racines antérieures des deux premières paires dorsales des nerfs rachidiens. Vous verrez qu'un état morbide a déterminé les mêmes symptômes que l'instrument du physiologiste, et que le reproche que l'on adresse en général aux vivisections de rester en dehors des voies possibles, tombe ici devant l'analogie des résultats.

Avant de continuer, je veux vous rappeler en peu de mots les termes mêmes du mémoire de M. Cl. Bernard :

« J'ai d'abord cherché, dit-il, à limiter exactement l'origine des nerfs oculo-pupillaires à la moelle épinière, et après un très-grand nombre d'expériences instituées spécialement dans ce but, je suis arrivé à trouver que chez les chiens, ce sont les racines antérieures des deux premières dorsales qui fournissent spécialement ces nerfs.... Leur section donne lieu aux phénomènes oculo-pupillaires, c'est-à-dire au resserrement de la pupille et à l'aplatissement de la cornée. »

Vous m'avez entendu exposer la même série de symptômes chez le malade dont je viens de vous lire l'observation.

Quelle est maintenant l'interprétation à leur donner? la voici, selon moi :

L'atrophie porte, nous l'avons vu, principalement sur tous les muscles fléchisseurs, sur ceux des pouces, sur les lombricaux et les interosseux des avant-bras et des mains, c'est-à-dire sur les muscles animés par les nerfs médian et cubital des deux côtés. Or, on sait que les premiers naissent des septième et huitième branches cervicales, et les seconds des huitième cervicale et première dorsale.

D'un autre côté, les travaux modernes ont singulièrement éclairé les questions anatomo-pathologiques relatives à ce sujet (1), en montrant que les faisceaux nerveux s'atrophient par diminution de calibre des tubes nerveux, et que les racines antérieures des nerfs rachidiens correspondants présentent la même lésion (Vulpian).

Eh bien ! il m'a paru que l'existence, chez cet homme, de phénomènes oculo-pupillaires, était une conséquence de la lésion des racines antérieures des premières paires rachidiennes dorsales gauches (atrophie, diminution du calibre des tubes nerveux), et que le fait était absolument identique avec celui qui résulte chez le chien de la section des racines antérieures des deux premières dorsales (2).

Quant aux liens anatomiques qui permettent d'établir un rapport de cause à effet entre les premières paires dorsales et les nerfs de la cornée et de l'iris, on sait qu'ils sont établis de deux façons : soit par les filets que les premières dorsales fournissent à l'artère vertébrale, et qui, dans le crâne, s'anastomosent, avec ceux du nerf carotidien, l'une des trois racines du ganglion ophthalmique, centre lui-même des divers nerfs qui se rendent à la cornée et à l'iris ; soit, bien plutôt, par l'anastomose des premières dorsales avec le ganglion cervical inférieur et par conséquent avec le grand sympathique cervical, origine de ce même nerf carotidien ; si, d'autre part, on ajoute à ces données anatomiques l'influence bien connue aujourd'hui des racines antérieures des deux premières paires rachidiennes dorsales sur les mouvements de l'iris, leur action dilatatrice sur la pupille, opposée à celle du moteur oculaire commun, on aura, à peu près, tous les éléments du problème à résoudre. (Voyez, pour plus de développements, le récit des expériences de M. Cl. Bernard.)

Aussi, voici en résumé, l'explication à laquelle je m'arrêterai, et la série morbide que je crois s'être produite :

Atrophie de la racine antérieure gauche ou plutôt des racines antérieures de la première ou des deux premières paires rachidiennes dorsales (je ne vois pas d'inconvénients à admettre la lésion des deuxièmes paires dorsales, attendu que l'atrophie paraît s'être généralisée, puisqu'elle a même envahi les paires lombaires) ; influence directe, par diminution ou absence d'influx nerveux, sur les nerfs ciliaires, paralysie de ces nerfs, absence d'équilibre dans les actes physiologiques antagonistes de ce nerf et du grand sympathique cervical, prédominance d'action du moteur oculaire commun, et par conséquent resserrement du sphincter iridien.

Je signalerai encore dans cette observation deux faits intéressants : l'un, relatif à l'absence d'élévation de température dans le membre atrophié, par rapport au membre sain, d'après les expériences de M. Cl. Bernard, signifie que le grand sympathique et ses ganglions ne présentent aucune lésion, et que les nerfs vaso-moteurs ne sont par conséquent pas paralysés. Le deuxième a trait à l'action dilatatrice que les irritations cutanées de n'importe quel point du corps produisaient sur les pupilles de notre malade, et me paraît démontrer que, chez lui, l'atrophie des racines antérieures n'est pas complète. On sait, en effet, que, dans les expériences de M. Cl. Bernard, la dilatation pupillaire cesse absolument de se produire après la section complète de ces racines.

Je n'ai trouvé dans les auteurs aucun fait analogue à celui-ci, aussi bien dans l'important mémoire d'Aran que dans les observations dues à MM. Cruveilhier, Thouvenet, Graves, et dans celles contenues dans les recueils périodiques. Peut-être ces phénomènes singuliers n'eussent-ils pas échappé si l'on avait eu connaissance des travaux récents de physiologie expérimentale dirigés dans cette voie par M. Biffi (de Milan), M. Budge, Wahler et Cl. Bernard.

D'un autre côté, si ces phénomènes n'ont pas été signalés dans l'atrophie musculaire progressive, ils l'ont été en partie dans la paralysie générale. On sait que M. Baillarger, le premier, a noté le rétrécissement de la pupille d'un côté chez un certain nombre de paralytiques généraux.

Mais tandis que dans l'atrophie musculaire la cause est spinale, dans la folie paralytique elle est plutôt cérébrale ; et en tout cas, quoique dans les deux maladies le rétrécissement de la pupille résulte de la paralysie du nerf dilatateur de la pupille, la parité n'est pas complète, puisque dans la paralysie générale l'aplatissement de la cornée n'existe pas.

Je terminerai en faisant remarquer que les phénomènes oculo-pupillaires ne m'ont pas paru, jusqu'à ce jour, exercer la moindre influence fâcheuse sur la marche de la maladie ; depuis neuf mois l'état des membres atrophiés est resté stationnaire ; j'aurai soin, du reste, de vous tenir au courant de ce qui pourra survenir de nouveau.

Discussion sur la communication de M. Voisin, par M. Duchenne (de Boulogne).

Messieurs,

Dans l'intéressant travail dont nous venons d'entendre la lecture, M. Voisin s'est proposé de démontrer à l'aide de l'observation pathologique un fait physiologique mis en lumière par des vivisections. Il serait à désirer que notre collègue eût beaucoup d'imitateurs, car tout problème physiologique ne peut être complétement résolu que par le parfait accord de l'expérimentation physiologique, de l'anatomie et de l'observation pathologique. Pour mon compte, du moins, j'ai à me féliciter de ne m'être jamais écarté de ces principes, dans mes investigations électro-physiologiques.

Le fait de physiologie pathologique qui vient de nous être communiqué, soulève dans mon esprit quelques objections, qui feront, je crois, ressortir l'importance de la question scientifique soulevée par M. Voisin.

Afin d'expliquer les phénomènes oculo-pupillaires présentés par son malade (resserrement de la pupille, aplatissement de la cornée et diminution de volume du globe oculaire), sans

(1) Cruveilhier, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1853, t. VIII; — Aran, *Mémoire* (*Archives générales de médecine*, septembre et octobre 1850).

Voy. sur le même sujet : Abercrombie, *Maladies de l'encéphale*, traduction par Gendrin, p. 622; — Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*; — Merzon, *Medico-Chirurgical Transactions*, 1852; — Docteur Gull, *Guy's Hospital Reports*, 3e série, t. VIII, 1863; — Robin, *Mémoires de la Société de biologie*; — Vulpian, *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 22 avril 1863.

(2) Je ne crois pas que l'on puisse m'objecter qu'il n'y a pas parité à établir entre la moelle d'un chien et celle d'un homme; en effet, sauf quelques variations dans la longueur, les dispositions anatomiques sont les mêmes chez tous les mammifères.

mélange de phénomènes vasculaires et de calorification (augmentation de la vascularisation et de la calorification), phénomènes démontrés expérimentalement par M. Claude Bernard, quand il divise, dans le canal rachidien, les racines antérieures des premières paires dorsales spinales, M. Voisin a supposé que chez son sujet, dont les muscles moteurs du membre supérieur étaient atrophiés, ces mêmes racines étaient également atrophiées. Il a cru donner plus de poids à son opinion en s'appuyant sur les nécropsies faites par M. le professeur Cruveilhier chez des sujets qui avaient succombé à l'*atrophie musculaire graisseuse progressive*, nécropsies desquelles le savant anatomiste a conclu que l'atrophie des racines antérieures spinales est la lésion anatomique de cette maladie.

L'hypothèse de M. Voisin aurait besoin d'être confirmée par l'examen cadavérique. J'ai démontré, en effet, par des faits que l'atrophie des racines antérieures spinales est loin d'être une lésion anatomique constante dans cette espèce morbide, et que, dans un bon nombre de cas dont plusieurs ont été observés par MM. les professeurs Virchow, Fredrick, Hasse, Opeinemher, les racines antérieures spinales étaient intactes.

J'aurais désiré que M. Voisin tînt compte de cet état de la science, et qu'il se bornât à dire que si, dans l'absence de l'examen cadavérique, les phénomènes oculaires présentés par son malade ne lèvent pas tous les doutes sur l'existence de l'atrophie de ses racines antérieures dorsales rachidiennes, ils rendent du moins son hypothèse très-probable.

En somme, il ressort de ce qui précède que le fait pathologique observé par notre collègue n'est pas seulement important au point de vue physiologique, mais qu'il nous fait connaître un nouveau symptôme qui a quelque importance dans l'*atrophie musculaire graisseuse progressive*.

Les symptômes oculo-pupillaires doivent être rares dans cette espèce morbide, car sur plusieurs centaines de cas qui se sont présentés à mon observation je ne les avais pas rencontrés une seule fois.

Je vais exposer des faits qui diminuent singulièrement la valeur diagnostique qu'on pourrait leur accorder de prime abord.

De l'absence des phénomènes oculo-pupillaires dans l'atrophie musculaire progressive, on ne peut pas conclure à l'intégrité des deux premières racines antérieures spinales dorsales. — Je sens toute la gravité de cette proposition, qui semble en désaccord avec les vivisections desquelles est ressortie l'existence des faits physiologiques si bien établis par M. Cl. Bernard. Elle est cependant démontrée par des faits incontestables. J'ai, en effet, constaté chez une demi-douzaine de sujets qui ont succombé à l'atrophie musculaire graisseuse progressive, l'atrophie des racines antérieures cervicales et des premières dorsales, et bien que j'eusse observé dans leurs plus grands détails les phénomènes morbides qu'ils offraient pendant la vie, sans négliger l'état de l'œil, je déclare que je n'ai pas observé, chez eux, le resserrement de la pupille.

De ces faits, je ne conclurai pas non plus que l'anatomie pathologique donne un démenti à la physiologie expérimentale, et je me hâte de dire que le fait physiologique mis en lumière par l'expérimentation (le resserrement de la pupille consécutivement à la section des deux premières racines antérieures dorsales de la moelle) n'en conserve pas moins à mes yeux toute sa valeur.

On ne peut pas comparer, en effet, les troubles fonctionnels qui apparaissent immédiatement après la section des racines spinales, avec ceux qui sont consécutifs à leur destruction progressive et lente, ainsi qu'on l'observe dans certaines affections chroniques.

Pour démontrer la vérité de la proposition précédente, que l'on me permette de citer plusieurs autres faits physiologiques d'un ordre bien plus élevé que ceux qui ont fait le sujet du travail de M. Voisin, dont l'existence semble également menacée, comme ces derniers, par l'observation pathologique. Je fais allusion à l'intégrité du mouvement que l'on observe dans l'*atrophie musculaire graisseuse progressive*, malgré l'atrophie des racines antérieures spinales, et à la conservation de la sensibilité dans l'*ataxie locomotrice progressive*, malgré l'atrophie des racines postérieures.

N'ai-je pas démontré par l'observation clinique et nécroscopique que, dans l'atrophie musculaire graisseuse progressive, des muscles ont pu conserver leur contractilité volontaire et électrique, bien que les racines antérieures qui leur transmettaient la force nerveuse motrice, fussent atrophiées. Ces muscles, ai-je écrit, cessent seulement de se contracter lorsque leur tissu est détruit.

On se rappelle que pour cette raison j'ai voulu que l'on rangeât cette affection dans la classe des lésions de nutrition, et que j'ai combattu la dénomination de *paralysie* (*nerveuse*) par laquelle M. Cruveilhier avait cru devoir remplacer celle d'*atrophie musculaire avec transformation graisseuse*, que le premier je lui avais donnée.

Enfin, dans l'ataxie musculaire progressive, j'ai constaté que des sujets dont les racines postérieures lombaires étaient également atrophiées avaient conservé jusqu'au dernier jour la sensibilité dans leurs membres inférieurs.

Que l'on n'objecte pas que ces racines contenaient encore assez de tubes nerveux pour transmettre la force nerveuse aux organes placés sous leur dépendance; car, dans certains cas, un grand nombre de ces racines sont réduites à une minceur extrême, et contiennent seulement quelques rares débris de tubes nerveux. J'ai photographié, comme exemple et à l'appui de ce que j'avance, les tubes nerveux des racines d'un sujet qui a succombé, en 1852, à l'ataxie locomotrice progressive, dans le service de M. Vigla. Les tubes nerveux, encore intacts, étaient extrêmement rares dans les racines postérieures.

De ces faits pathologiques, je me garde bien de conclure contre l'action motrice des racines antérieures et contre la sensibilité des racines postérieures, contrairement aux faits physiologiques établis par les vivisections. Je ferai observer seulement que les affections chroniques dont il est ici question, procèdent autrement que les vivisections dans les lésions des racines spinales.

Permettez-moi, messieurs, de vous rappeler brièvement des idées à l'aide desquelles j'ai essayé déjà depuis longtemps de me rendre raison de ce qui se passe dans ces atrophies lentes et progressives des racines antérieures spinales.

Recherchant quels rapports de subordination avaient pu exister entre les phénomènes musculaires observés pendant la vie d'un sujet (nommé Lecomte) qui avait succombé à l'*atrophie musculaire graisseuse progressive*, et l'atrophie profonde des racines postérieures de la moelle, qui avait été constatée à son autopsie, j'écrivais en 1853 : « Quand on songe qu'il suffit de » la lésion traumatique la plus légère d'un nerf pour produire, » chez l'homme, un trouble plus ou moins grave de l'état de » la contractilité volontaire et électrique dans les muscles animés par lui, et que dans les vivisections la division des » racines antérieures spinales produit toujours immédiatement » la paralysie du mouvement, on ne comprend pas que ces » propriétés musculaires aient pu rester intactes chez Lecomte » dont les racines antérieures étaient si profondément atrophiées.

» Il faut évidemment qu'il y ait un inconnu entre ces deux » faits contradictoires, et cependant également bien observés. » Quel est cet inconnu? C'est certainement un des problèmes » les plus difficiles à résoudre.

» Cependant ne se pourrait-il pas que l'atrophie des racines » antérieures fût lente et progressive? Alors on comprendrait » que la force nerveuse, motrice, envoyée par le centre cérébro-spinal, et ne pouvant se dégager, se frayât un passage jusqu'aux muscles, par une sorte de conducteurs collatéraux, » de manière à entretenir la contractilité musculaire..... La » force nerveuse émanant de cordons postérieurs et latéro-pos-

» térieurs passerait-elle alors par les cordons antérieurs et par » les racines qui en émergent? *Conduiraient-elles à la fois la » sensibilité et la motricité? Deviendraient-elles, en un mot, des nerfs » mixtes* (1)? »

Cette théorie, qui n'était alors qu'une vue de l'esprit, sera probablement bientôt démontrée par des vivisections. On connaît déjà les curieuses expériences communiquées à l'Académie des sciences, en juin 1863, par MM. Vulpian et Philippeaux, dans lesquelles ces habiles physiologistes ont arraché, sur des chiens, les racines et la portion centrale du grand hypoglosse, de manière à empêcher complétement le rétablissement des connexions de ce nerf avec le centre nerveux. Après trois ou quatre mois, ou même après un temps plus long, le pincement du nerf hypoglosse ainsi privé de sa partie centrale, produisait des mouvements très-étendus dans la partie correspondante de la langue (ces expériences ont été faites de manière que l'on ne pût attribuer ces contractions à un phénomène réflexe). Bien plus, ils ont vu, non sans quelque surprise, que l'excitation du nerf lingual du côté où le nerf hypoglosse avait été mutilé, déterminait des mouvements très-nets dans la partie correspondante de la langue, tandis que l'on n'observait pas la moindre contraction quand on pinçait le nerf lingual du côté lésé.

Ces physiologistes en ont conclu qu'en anéantissant pendant un certain temps les propriétés physiologiques du nerf hypoglosse, nerf moteur de la langue, *le nerf lingual, nerf sensitif de cet organe, acquiert la propriété motrice qu'il n'avait point auparavant.*

On remarquera que cette conclusion a une grande ressemblance avec celle que j'avais déduite des phénomènes observés dans l'atrophie progressive des racines antérieures spinales.

L'arrachement des racines antérieures spinales pratiqué de manière à empêcher toute communication des nerfs moteurs périphériques avec l'axe cérébro-spinal donnera très-probablement des résultats analogues à ceux qui ont été obtenus par MM. Vulpian et Philippeaux, dans les ingénieuses expériences qu'ils ont faites sur l'hypoglosse. Ils ne tarderont pas, sans doute, à faire cette expérience, et alors il en ressortira la démonstration plus complète de l'exactitude de la proposition que j'ai déduite seulement de l'observation pathologique.

Une expérience analogue, d'ailleurs, a déjà été pratiquée par M. Cl. Bernard sur les racines postérieures d'un jeune chien dont il avait arraché les racines postérieures de manière à rendre impossible leur réunion avec la moelle par leur régénérescence. La sensibilité reparut progressivement en quelques mois, et deux ans plus tard elle était encore intacte chez cet animal. Cette expérience, qui a quelque analogie avec celle de MM. Vulpian et Philippeaux, bien qu'elle ait été pratiquée sur un point plus rapproché de la moelle, et que M. Cl. Bernard n'ait point recherché si les racines ou les nerfs sensibles avaient acquis la propriété motrice, me semble expliquer également la conservation de la sensibilité, dans les cas d'ataxie musculaire progressive, où les racines postérieures spinales ont été considérablement atrophiées.

Je reviens maintenant aux symptômes oculo-pupillaires qui font l'objet du travail de M. Voisin, et je conclus de ce qui précède que si, consécutivement à l'atrophie progressive des racines antérieures des premières paires dorsales rachidiennes, ils ne se manifestent pas ordinairement, c'est que la propriété motrice revient très-probablement, par les racines postérieures correspondantes, aux organes qui reçoivent leur innervation des racines atrophiées.

A la suite de cette discussion, M. Duchenne (de Boulogne) communique à la Société plusieurs cas d'*ataxie locomotrice progressive* dans lesquels il a observé des phénomènes oculo-pupillaires. L'un d'eux était caractérisé par un resserrement habituel des pupilles, alternant pendant les crises douloureuses de cette maladie avec une dilatation considérable de ces mêmes pupilles. Ces symptômes oculo-pupillaires étaient, dans ce cas, accompagnés de symptômes vasculaires, calorifiques et douloureux du globe oculaire.

M. Duchenne (de Boulogne) se réserve de revenir sur ces faits importants, et de traiter des *symptômes oculo-pupillaires dans l'ataxie locomotrice progressive.*

Le secrétaire annuel, G. GÉRY.

(1) *Etude comparée des lésions anatomiques dans l'atrophie musculaire graisseuse progressive et dans la paralysie générale* (*Union médicale*, 1853).

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 8 AU 22 JUILLET 1863.

OBLITÉRATION CICATRICIELLE DU VAGIN. — GUÉRISON SPONTANÉE D'UNE FISTULE VÉSICO-VAGINALE. — TUMEURS LACRYMALES. — IMMOBILITÉ DE LA MACHOIRE. SECTION DE L'OS.

M. Verneuil a donné lecture d'un rapport sur une observation adressée à la Société par M. le docteur l'Hoste (de Montfort-l'Amaury) et relative à un cas d'oblitération cicatricielle du vagin opérée et guérie.

La malade, âgée de trente-cinq ans, avait une constitution épuisée par les fatigues, la misère et huit grossesses antérieures, lorsqu'elle accoucha pour la neuvième fois en mai 1861. Le travail n'avait duré que quelques heures, et la délivrance avait été naturelle. Malgré la facilité de cet accouchement, il survint le lendemain des symptômes de péritonite; une inflammation violente envahit les parties génitales externes et la paroi vaginale, dont une large portion frappée de gangrène se détacha au bout de quelques jours. De graves accidents survinrent encore, une diarrhée incoercible, une *phlegmatia alba dolens*, mirent pendant cinq mois la vie de cette femme en question. Cependant le travail d'occlusion cicatricielle s'opérait silencieusement et comme perdu au milieu des troubles généraux qui attiraient seuls l'attention. Un an après, les règles n'avaient pas encore paru. La malade ne s'en serait jamais inquiétée si elle n'avait pas été prise, pour la première fois au mois de juin 1862, de coliques intenses siégeant dans le bas-ventre et s'irradiant dans la région lombaire. Au mois de septembre, mêmes phénomènes et de plus vomissements et constipation opiniâtre. C'est alors (seize mois après la délivrance) que MM. les docteurs Descieux et l'Hoste examinèrent la malade et constatèrent les particularités suivantes : à l'hypogastre, sur la ligne médiane, une tumeur arrondie, dure, résistante, dépassant de quatre travers de doigt le rebord du pubis et simulant l'utérus au quatrième mois de la grossesse; à gauche, et surmontant cette tumeur, une saillie transversale, cylindrique, dure, très-sensible à la pression et répondant sans aucun doute à la trompe de Fallope distendue par le sang. Le doigt introduit dans le vagin était arrêté à 3 centimètres par un obstacle résistant, insurmontable, que le spéculum montra formé par une cloison blanche, nacrée, inextensible et évidemment cicatricielle. Le toucher rectal faisait sentir une tumeur volumineuse remplissant l'excavation pelvienne. Le cathétérisme indiquait une déviation de l'urèthre. La fluctuation, de quelque façon qu'on cherchât à la produire, était très-obscure. Pourtant le diagnostic n'était pas douteux : il s'agissait d'une rétention des règles dans l'utérus et dans la partie supérieure du vagin. M. Verneuil, appelé auprès de la malade, aurait désiré attendre, pour opérer, que les accidents qui avaient éveillé l'attention fussent calmés; mais au lieu de diminuer, ils prirent une telle violence, qu'il fallut agir sans retard. La cloison cicatricielle fut mise à découvert et bien tendue à l'aide d'un *speculum ani* introduit dans le vagin, d'un cathéter dans l'urèthre, et d'une spatule avec laquelle un aide refoulait la paroi vaginale proéminant entre les valves du spéculum. Toute l'épaisseur de la cicatrice fut alors incisée couche par couche avec un bistouri conduit transversalement

et dans une direction bien parallèle à la sonde uréthrale. Lorsque l'incision eut atteint 2 centimètres de profondeur, il s'écoula au moins un demi-litre d'un liquide inodore de couleur chocolat. Pour favoriser l'expulsion continue de ce liquide et le retrait de l'utérus, on donna, d'après le conseil de M. Verneuil, des doses fractionnées de seigle ergoté.

Le lendemain de l'opération se manifesta un violent accès de fièvre, avec frisson, chaleur et sueur. Mêmes accidents le surlendemain; mais on donna le sulfate de quinine et la fièvre cessa. Il restait toutefois une grande prostration, l'écoulement était devenu séro-purulent et très-fétide. Un nouvel accès de fièvre reparut quelques jours après, mais ne se répéta pas. Des coliques, de la diarrhée, des accidents dyspeptiques furent les seuls troubles qui vinrent ensuite retarder le rétablissement de la malade. Enfin, six mois seulement après l'opération cette femme a commencé à être menstruée régulièrement. L'ouverture artificielle a parfaitement persisté. Ce résultat, M. Verneuil ne le doit nullement à ce qu'il a placé des corps étrangers dans l'incision qu'il avait pratiquée à la poche sanguine. Il repousse au contraire cette pratique. Pendant les premiers temps, le liquide qui s'écoule suffit bien pour empêcher l'adhésion des lèvres de la plaie. Les jours suivants, l'introduction du doigt répétée deux ou trois fois par jour entrave assez la réunion, et pour la suite on peut se contenter de passer matin et soir dans la plaie une grosse bougie conique de cire qu'on laisse en place au besoin pendant une demi-heure à chaque séance. Cette dilatation temporaire, dit M. Verneuil, est peu douloureuse, ne provoque d'inflammation ni dans la plaie ni dans la cavité sus-jacente, et elle assure d'autant mieux la persistance de la voie artificielle, que de tous les conduits muqueux le vagin est celui qui peut subir impunément les plus larges pertes de substance sans s'oblitérer, grâce à la facilité et à la rapidité avec lesquelles ses plaies se recouvrent d'épithélium.

M. Verneuil a fait remarquer que les accidents qui ont suivi l'opération doivent très-probablement être attribués aux conditions défavorables dans lesquelles cette opération a été faite. Aussi conseille-t-il de choisir, toutes les fois qu'on le pourra, le moment qui sépare les congestions périodiques menstruelles. Lorsqu'à la suite d'accidents puerpéraux graves, on soupçonne le sphacèle des parois vaginales, il serait prudent, ainsi que M. Verneuil l'a fait observer, d'explorer de temps en temps le canal vulvo-utérin. On ne laisserait pas ainsi la rétention parvenir jusqu'à ses degrés les plus dangereux.

La seconde observation de M. l'Hoste est relative à la guérison spontanée d'une perforation de la cloison vésico-vaginale, guérison qui n'est pas aussi rare qu'on l'a supposé, et qui n'est pas surtout aussi impossible que le croient ceux qui admettent théoriquement que le contact de l'urine empêche absolument la cicatrisation des plaies qu'elle baigne. La possibilité du fait n'étant plus discutable aujourd'hui, il s'agit de chercher les conditions de sa production dans le siége, l'étendue et la forme de la perforation.

M. Verneuil a énoncé sur ce point de physiologie pathologique, quelques propositions qu'il considère comme un à priori théorique que l'observation aura à confirmer ou à infirmer.

Toute perforation vésico-vaginale peut, dit-il, être considérée comme une plaie annulaire. Dans toute plaie annulaire le travail de cicatrisation s'effectue dans deux directions : 1° d'une lèvre muqueuse à l'autre; 2° de la circonférence au centre. Si la cicatrisation marche vite dans le premier sens et que les lèvres soient peu distantes, elles se rejoindront vite, se souderont et formeront un ourlet muqueux désormais invariable et permanent. La fistule sera établie pour toujours. Si, au contraire, la rétraction concentrique marche plus vite, l'oblitération du trou pourra se faire. Le chirurgien devra donc imiter ou favoriser le second procédé, comme il imite le premier lorsqu'il veut créer un orifice permanent.

A la suite de la lecture de ce rapport, M. *Chassaignac* a rappelé un cas d'oblitération du vagin qu'il a observé, et dont le diagnostic a présenté quelques difficultés, tenant à une énorme dilatation du canal de l'urèthre et même de la vessie. Il n'y eut pas d'autre opération que la ponction et tout rentra dans l'ordre sans accidents.

M. *Verneuil* sait qu'il existe plusieurs cas d'oblitération vaginale, dans lesquels on a noté une dilatation considérable de l'urèthre. Cette dilatation ne reconnaît pas d'autre cause qu'une erreur de lieu dans le coït, ou que la masturbation dans l'urèthre.

Relativement à l'emploi du seigle ergoté après l'opération, M. Blot croit l'usage de ce médicament très-utile, et il est d'autant plus sûr que l'ergot produira des contractions dans cette circonstance, qu'il admet la contractilité de l'utérus, même à l'état de vacuité.

— M. *Reybard* a donné lecture d'un travail sur l'étiologie et le traitement des tumeurs et des fistules lacrymales. Dans ce travail, l'auteur combat la théorie assez généralement admise sur le rôle que l'inflammation du sac joue dans la production de la tumeur lacrymale. L'obstruction du canal nasal n'est pas nécessaire, d'après cette théorie, pour expliquer la dilatation du sac. Celle-ci est le résultat de l'atonie, du relâchement dans lequel la phlogose du sac a mis ses parois qui, au lieu de réagir sur les larmes, se laissent distendre. Mais la distension suppose toujours l'accumulation, et M. Reybard ne comprend pas comment l'accumulation pourrait se produire avec un canal non obstrué. Il aime mieux croire, avec les anciens, que toutes les fistules lacrymales sont dues à l'imperméabilité du canal nasal. Ce conduit ne conserverait-il, en effet, qu'un diamètre égal à celui d'un des conduits lacrymaux, qu'il serait encore suffisant pour livrer passage aux larmes. Après avoir fait la part, très-petite, qui revient aux tumeurs de diverse nature siégeant dans le canal nasal, M. Reybard signale comme la cause la plus commune de l'imperméabilité du canal un bouchon de mucus, non pas concret, dur et provenant de dépôts lents et successifs, comme le voulait Boyer, mais simplement visqueux, adhérent, non miscible aux larmes, susceptible de se déplacer, mais aussi de se reproduire aisément tant que dure la phlegmasie des voies lacrymales. La nature de cet obstacle explique comment on a cru trouver des tumeurs lacrymales sans obstruction, alors que le canal nasal laissait aisément passer les stylets ou les sondes. On comprend aussi que le passage des larmes dans le nez pendant la compression de la tumeur lacrymale, n'est pas un signe de la perméabilité du canal, puisque cette migration prouve seulement que le conduit est obstrué par un bouchon de matière demi-fluide, facile à déplacer. L'existence de cette espèce d'obstacle permet encore de concevoir la récidive des tumeurs lacrymales traitées par la dilatation. Ainsi se trouvent renversés les principaux arguments invoqués en faveur de la théorie de la formation des tumeurs lacrymales par le seul fait de l'inflammation du sac, et en dehors de toute obstruction du canal. L'inflammation reste bien la cause de ces tumeurs, mais elle n'a d'influence que par l'intermédiaire de ses produits et des modifications de sécrétion qu'elle détermine, et non par le relâchement tout spécial et assez difficile à comprendre qu'elle amènerait dans les parois du sac lacrymal.

Toutefois, à côté de l'obstruction par des mucosités, M. Reybard place une autre cause d'imperméabilité : c'est celle qui résulte du gonflement et de l'hypertrophie inflammatoires de la muqueuse du canal nasal.

Le simple engouement par un bouchon muqueux se reconnaîtra toujours à la possibilité de cathétériser le canal ou de faire refluer par la compression le liquide du sac dans les fosses nasales. Le véritable rétrécissement aura des signes inverses; mais il est infiniment plus rare. On sait, en effet, qu'à une époque encore peu éloignée de nous, toutes les tumeurs lacrymales étaient traitées par la canule de Dupuytren, sans dilatation préalable.

M. Reybard traite les tumeurs lacrymales, selon qu'elles résultent d'un engouement muqueux ou d'un rétrécissement, par deux procédés différents. Il propose les cathérétiques pour les premières, et pour les secondes, qui sont très-exceptionnelles, la trépanation de l'os unguis avec son emporte-pièce.

Après avoir incisé le sac dans toute son étendue, M. Reybard explore le canal avec un stylet flexible et boutonné, afin de s'assurer de sa perméabilité. Si le canal est libre, il introduit aussitôt dans le sac un morceau d'éponge préparée, graissée de cérat. Cette éponge doit remplir le sac et est destinée à en dilater l'ouverture, afin de faire aisément dans le canal et dans le sac les applications nécessaires. Lorsque le canal n'est pas rétréci, M. Reybard y introduit simplement, et une fois pour toutes, une bougie de corde à boyau enduite d'onguent basilicum et roulée sur 2 ou 3 centigrammes de poudre de nitrate d'argent. Cette bougie est aussitôt retirée parce qu'il s'agit seulement de modifier la vitalité de la membrane muqueuse. Le sac est cautérisé de la même manière, mais pendant un temps plus long, avec un morceau d'éponge ordinaire graissée avec l'onguent basilicum et roulée sur la poudre d'azotate d'argent. L'éponge sera laissée dans le sac une ou plusieurs heures, selon la dose de caustique employée. On peut encore se contenter de cautériser la surface interne du sac avec un crayon de nitrate d'argent. Une éponge simple, cératée, suffit aux pansements consécutifs. On reconnaît que les surfaces à modifier ne sont plus malades à la quantité et à la qualité du mucus puriforme qui est sécrété et dont sont chargés les morceaux d'éponge qu'on retire du sac. Lorsqu'ils ne sont plus baignés par ce mucus, on peut cesser les pansements. On ne recommence la cautérisation que si, après un certain nombre de pansements, l'éponge est encore trop chargée de mucosités. Dans tous les cas, il vaut mieux répéter des cautérisations légères que d'en faire une trop énergique. M. Reybard a réuni, à l'appui de son mémoire, huit observations de tumeurs et fistules lacrymales guéries par les cathérétiques.

M. *Giraldès* ne croit pas, comme M. Reybard, que l'inflammation soit la cause la plus ordinaire des tumeurs lacrymales. L'hypérémie produit et entretient plus souvent cette maladie, et chez les scrofuleux il faut aussi accuser l'état fongueux de la muqueuse du périoste et l'altération des os. L'ouverture du sac avec le bistouri expose à déterminer l'atrophie de la muqueuse et favorise la nécrose. M. Giraldès préfère la dilatation du canal avec différents stylets, celui de Bowmann par exemple, et ajoute à ce moyen les injections dans le canal nasal.

M. *Voillemier* regarde le traitement par les cathérétiques comme un moyen qui le plus ordinairement ne peut être employé qu'à titre d'adjuvant. S'il y a des cas qui pourraient être guéris par un traitement aussi simple, il en est beaucoup plus d'autres qui seraient rebelles.

MM. *Forget*, *Boinet* et *Morel-Lavallée* ont traité et guéri des tumeurs lacrymales avec de la teinture d'iode, soit appliquée extérieurement comme l'a fait M. Boinet, soit injectée par les conduits lacrymaux ou par l'orifice nasal du canal, mais toujours sans ouverture du sac.

M. *Chassaignac* donne une explication des succès obtenus parfois par la méthode de traitement qui consiste à exciser un point ou deux points lacrymaux. L'un des conduits est oblitéré dans la plupart des tumeurs lacrymales. Si on le coupe, on le rend de nouveau perméable, et les larmes, qui tout à l'heure n'arrivaient pas dans le sac avec une assez grande abondance pour vaincre l'obstruction, vont acquérir une plus grande force, et tout rentre dans l'état normal. Ordinairement M. Chassaignac se sert de l'instrument de Gensoul pour faire pénétrer dans le canal des douches lancées de bas en haut, et afin que le liquide ne perde pas sa force de projection en passant par le coude que forme la sonde, il a fait percer une ouverture au niveau même de ce coude. Aux tiges rigides employées pour dilater le canal, il préfère des bougies élastiques qui sortent par le nez, et qui, percées de trous latéraux, peuvent servir à faire des injections.

M. *Boinet* a communiqué à la Société l'observation d'une jeune fille chez laquelle il a fait la section du maxillaire inférieur, pour remédier à une immobilité de cet os.

Cette jeune fille a été présentée il y a longtemps déjà à la Société de chirurgie. Elle était alors âgée de six ou sept ans, et offrait un resserrement complet des mâchoires avec une perte de substance de la joue, survenus à la suite d'une stomatite gangréneuse. A cette époque, on conseilla seulement l'emploi de quelques moyens mécaniques pour écarter les mâchoires et permettre à la malade de manger. Pendant plus de six mois plusieurs instruments dilatateurs furent appliqués sans d'autre résultat que d'ébranler les dents et d'amener des souffrances inutiles.

La petite malade fut enfin envoyée dans une maison d'enfants incurables; mais lorsque M. Verneuil eut fait connaître comment MM. Rizzoli et Esmarck avaient remédié à des cas semblables, M. Boinet, de concert avec MM. Huguier et Verneuil, pratiqua avec la pince de Liston la section simple du maxillaire inférieur au-devant des adhérences. On obtint immédiatement un écartement qui permit à la malade de manger, mais peu à peu le rapprochement des mâchoires augmenta au point que neuf mois après l'opération, les deux bouts osseux s'étant complétement soudés, la malade était retombée dans le même état.

Aujourd'hui la malade a quatorze ans, et est venue d'elle-même réclamer une nouvelle opération. On se rappelle qu'à l'occasion de la nouvelle présentation de cette jeune fille, des communications peu favorables aux procédés de Rizzoli et d'Esmarck ont été faites par MM. Deguise, Marjolin et Bauchet (février 1863), qui n'avaient pu obtenir de pseudarthrose, malgré une résection de 1 à 2 centimètres. Afin d'empêcher la réunion osseuse, M. Boinet, d'après le conseil de M. Huguier, enleva cette fois une portion cunéiforme de l'os, de telle sorte que ses bouts ne furent plus en contact que par un point correspondant au bord alvéolaire. Le résultat a été heureux, au moins jusqu'à présent. L'opération a été pratiquée le 20 juin 1863, et la malade a un écartement et une mobilité des mâchoires assez étendus pour manger toute espèce d'aliments. La malade ne sera pas perdue de vue. M. Boinet se propose de remédier plus tard à la difformité du visage par l'autoplastie.

D^r P. Chatillon.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Mort apparente par le chloroforme; heureux emploi de l'électricité, par M. Charles Kidd.

Ayant à pratiquer l'opération de la périnéoraphie, M. Kidd commença par administrer le chloroforme. La malade ne parut pas d'abord se soumettre facilement à l'action des vapeurs anesthésiques et retenait convulsivement sa respiration. Croyant à un mauvais fonctionnement de l'appareil, le chirurgien employa alors un simple mouchoir et remplaça le chloroforme par l'éther sulfurique. Le sommeil survint ou parut survenir, car au début de l'opération la malade donna des signes évidents de douleurs. On administra une nouvelle dose d'éther, et l'insensibilité complète fut obtenue.

L'opération était à moitié achevée, lorsque l'on s'aperçut que le pouls avait cessé de battre. Un peu d'eau froide jetée sur la figure de la malade les fit reparaître pour une minute ou deux. On appliqua les sutures, et l'on cessa de donner du chloroforme. Cependant le pouls et la respiration s'arrêtèrent,

la face prit l'aspect cadavérique, on tira la langue hors de la bouche, on coucha la malade sur le côté, mais sans résultat. M. Kidd prit alors l'appareil électrique, enfonça une aiguille dans le sterno-mastoïdien et fit passer à travers le muscle un courant de faradisation. L'effet fut immédiat : chaque fois que le courant était établi ou interrompu, il survenait un gémissement, le sterno-mastoïdien se contractait vivement, et en trois minutes la respiration fut complétement rétablie.

Dans ce cas, la chloroformisation a peut-être été poussée un peu trop loin et un peu imprudemment, puisque les anesthésiques ont été encore administrés, même après une première interruption de la circulation ; ce n'est pas non plus la première fois que l'on a recours à l'électricité. Suivant MM. Perrin et Lallemand, quatre fois on aurait essayé la faradisation des nerfs phréniques, mais à ce qu'il paraît, sans succès.

Le plus souvent, on a appliqué un peu au hasard sur diverses parties du corps les rhéophores de la pile. La faradisation du sterno-mastoïdien, soit que le courant agisse seulement sur le muscle, soit qu'agissant plus profondément elle excite les diaphragmatiques, nous paraît pouvoir être logiquement employée, et l'exemple cité par M. Kidd semble prouver qu'elle peut l'être avec succès. (*Dublin Medical Press.*)

Analogie du fluide nerveux et du fluide électrique, par M. Tixier.

Dans le compte rendu des travaux de la Société de Gannat pour l'année 1861-1862, M. Victor Tixier reprend la thèse si souvent embrassée et délaissée de l'identité du fluide nerveux et du fluide électrique. Nous nous contenterons de mentionner la vue générale de cette note, dont le mérite est tout entier dans le développement des idées, dans l'interprétation des phénomènes, mais qui ne change rien à l'état actuel de la question, ni quant aux faits, ni quant à la théorie. Quelles que soient les analogies de structure qu'on puisse trouver entre les organes de quelques poissons (torpille, gymnote) et un appareil électrique, ou entre certains effets du système nerveux en fonction et certains effets du fluide électrique, rien ne conduit à conclure à l'identité de ce fluide avec le fluide nerveux, ni seulement à l'existence d'un fluide dans les canaux nerveux. Les nerfs sont doués d'électricité comme les muscles, comme beaucoup d'autres tissus, mais ils sont mauvais conducteurs de l'électricité. Leur action ne s'exerce qu'autant qu'il y a *continuité* entre les tubes nerveux, tandis que, dans une pile, la *contiguïté* des parties suffit à maintenir le courant. Bref, dans la poursuite de cette analogie entre les effets du système nerveux et les appareils électro-dynamiques, on n'est pas allé, que nous sachions, au delà de la découverte de cette force particulière que M. Dubois-Raymond a appelée force *électro-tonique*, et qu'il rend manifeste en montrant que le contact des extrémités des deux fils conducteurs d'une pile sur des points distincts d'un nerf quelconque fait dévier l'aiguille d'un galvanomètre dont les fils touchent d'autres points du même nerf. (*Bulletin de la Société de Gannat*, 16e année.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la dysentérie, par J. Délioux de Savignac. Paris, Victor Masson et fils, 1863.

La dysentérie est une maladie de tous les temps, de tous les climats, on pourrait dire aussi de toutes les localités, variant pourtant dans ses caractères suivant les conditions dans lesquelles elle naît ou s'entretient, ce qui rend son histoire fort difficile quand on se place sur le terrain de la synthèse pathologique et thérapeutique. Il appartenait à l'auteur des Principes de la doctrine et de la méthode en médecine, au professeur de clinique médicale dans les écoles de médecine navale, d'entreprendre cette tâche et de la mener à bonne fin. La définition de la maladie ne peut guère être que le résumé de ses principaux caractères : coliques, ténesme, déjection de matières spécifiques comme symptômes; phlogose du gros intestin tendant à l'ulcération, à la suppuration, à la gangrène comme anatomie; endémicité, épidémicité comme condition générale d'étiologie. La cause efficiente, essentielle, qui la fait naître est certainement le point le plus obscur et le plus diversement apprécié de son histoire. Pour notre auteur, les climats, les saisons, les localités, n'agissent que comme causes prédisposantes; les climats chauds sont pourtant prépondérants dans l'endémicité, et l'acclimatement sous ces latitudes n'est pas, comme il le pense, une cause préservatrice, s'il entend par là l'indigénisation des étrangers, car la dysentérie chronique est, avec la phthisie, la cause de mort la plus fréquente chez les indigènes. Parmi les miasmes, ceux qui sont de provenance animale ne sont que des causes éventuelles, provoquant préalablement la septicémie, comme cela a lieu dans les grands rassemblements d'hommes, sur les navires, dans les camps, les prisons, etc., et ceux qui sont de nature végétale ou fournis par les terres palustres n'ont également qu'une influence éloignée et par affaiblissement du sang. Les agents hygiéniques de toutes sortes ne sont encore que des causes occasionnelles. Quant *aux causes spécifiques*, elles ont trois sources : l'endémie, l'épidémie, la contagion ; hors de là, la dysentérie n'a pas de causes immédiates qui soient connues aujourd'hui. Mais la *cause spécifique* est une pourtant. Si nous comprenons bien, c'est là une véritable trinité étiologique se confondant dans l'unité spécifique. M. Délioux veut qu'on accepte les trois sources de spécificité comme faits bruts, faits principes, et qu'on n'aille pas au delà. D'accord; mais ces faits-là ont pourtant leur cause ; s'il ne veut pas que ce soit un miasme, ce sera un x, mais qui sera toujours antérieur à son unité spécifique.

En tête de la symptomatologie est encore inscrit le dogme de l'unicité ; la dysentérie est une seule et unique espèce. Cette unicité, lit-on plus bas, est la conséquence de celle de la cause prochaine engendrée dans l'organisme, c'est-à-dire que la spécificité étiologique entraîne la spécificité pathologique, mais que les formes symptomatiques sont très-variées; c'est du moins ainsi que nous l'entendons. M. Délioux reconnaît de l'importance aux prodromes, rares pourtant suivant notre observation, qui se montrent du côté des voies digestives, et il regarde la diarrhée, très-fréquente, au contraire, par laquelle débute la maladie, comme un accident prémonitoire d'espèce pathologique très-différente, mais de causalité très-analogue. Nous aurions désiré trouver, comme introduction à la séméiologie, un tableau ou une observation représentant l'unicité de la maladie, telle qu'il la comprend : il ne donne qu'une analyse des symptômes pris séparément, et, parmi eux, ceux que fournit l'appareil digestif tiennent naturellement le premier rang ; coliques et tranchées, épreintes et ténesme, matières muco-sanglantes ou spécifiques, sont présentés comme pathognomoniques et ne manquant jamais. Que de degrés et de variétés pourtant dans toutes ces phénoménisations, quand on envisage les cas particuliers et les conditions dans lesquelles ils se développent!

Le chapitre V, le plus étendu de cette partie du livre, réunit, sous le titre de *nosodynamie*, tout ce qui a rapport à la marche de la maladie, à son type, à ses périodes, à ses complications, à ses formes, etc. Nous nous arrêterons un instant à ce dernier point, sur lequel l'auteur s'étend le plus longuement : on comprend la nécessité d'une bonne division pour les formes d'une maladie, quand elles sont aussi nombreuses que celles de la dysentérie. Il critique toutes les classifications qui ont été admises par les auteurs et leur en substitue une à lui, basée sur l'examen clinique. Il décrit huit formes distinctes de dysentérie : la catarrhale, l'inflammatoire, la bilieuse, la typhoïde,

la gangréneuse, l'hémorrhagique, l'athermique, la rhumatoïde; plus une neuvième, formée du mélange et de la succession des autres; plus enfin une dixième, la dysentérie chronique. Reconnaissons l'utilité de ce classement méthodique, qui fait très-bien connaître tous les aspects sous lesquels peut se présenter la maladie; il a aussi sur ceux des autres auteurs l'avantage de les réunir tous en un seul. Mais n'y a-t-il pas au-dessus de l'examen clinique des éléments de classification plus généraux et embrassant les formes elles-mêmes? Que dans un chapitre de traité de pathologie interne ou dans un article de dictionnaire, où l'histoire entière d'une maladie doit être condensée dans un espace limité, on adopte la méthode de description qui range autour de l'unité morbide toutes les formes dans lesquelles elle se divise, cela se comprend, c'est une nécessité de plan ou d'espace; mais, sur le terrain de l'observation, il nous semble que la première et la meilleure base de classification pour une maladie aussi variable que la dysentérie réside dans la condition d'origine, d'étiologie générale ou locale, dans la sporadie, l'endémie et l'épidémie, en un mot. On ne fait pas de mémoires ni de livres sur la dysentérie bilieuse, gangréneuse; on écrit tous les jours, au contraire, des relations d'épidémies dysentériques, des descriptions de dysentérie endémique, parce qu'alors la maladie se présente avec des caractères qui la distinguent de la dysentérie sporadique, qui en est l'expression la plus simple. Serait-ce donc sans raison et sans utilité que nous aurions fait, pour notre compte, une étude particulière de la dysentérie endémique des régions tropicales, qui a des allures et des formes si tranchées? La dysentérie chronique qui « succède à toutes les variétés de la dysentérie », et qui, à ce titre, est peut-être une phase plutôt qu'une forme de la maladie, est décrite par M. Délioux avec une grande vérité et avec tous ses caractères de cachexie, de diathèse, de paralysie, ce dernier phénomène ayant été observé plusieurs fois par lui.

Mais ce n'est pas tout : M. Délioux admet encore, avec Sydenham, Stoll et Zimmermann, l'existence de dysentéries sèches ou imparfaites, et il fait ressortir les analogies qui existent entre elles et la colique nerveuse dans les pays chauds. C'est la colique bilieuse qu'ont décrite les auteurs du dernier siècle comme existant sous ces latitudes, et qu'ils ont rapportée tantôt à la dysentérie, tantôt à la colique de Poitou, qui sert de lien à ce rapprochement. Peut-être existe-t-il, en effet, quelques analogies entre les phénomènes symptomatiques que présentent parfois l'une et l'autre de ces deux maladies; ce qui est plus réel, c'est qu'on observe fréquemment la communauté de leurs foyers endémiques et épidémiques, et qu'on les voit même se combiner ou du moins alterner sur un même sujet; nous avons nous-même constaté et signalé cette coïncidence. M. Délioux en conclut, comme nous l'avons fait, qu'il existe entre elles des relations importantes, non comme identité d'espèce pathologique, mais comme résultats de mêmes sites géographiques.

Au diagnostic, il insiste sur les caractères qu'il regarde comme essentiels; il nie particulièrement qu'il y ait dysentérie sans matières spécifiques. C'est une nécessité de son dogme de l'unicité dysentérique. Il admet pourtant des exceptions en faveur des dysentéries gangréneuses d'emblée et des dysentéries bilieuses ou muqueuses dès le début. Il dit aussi que les tranchées ne sont pas constantes, et il pourrait le dire également du ténesme. Au chapitre de l'*anatomie pathologique*, il discute longuement la question de l'ulcération comme caractère de la dysentérie et la résout par la négative, en tant que caractère constant toutefois, car, si cela est admissible pour la dysentérie européenne, sporadique ou épidémique, cela ne l'est plus pour la dysentérie tropicale, tant il est vrai qu'il y a toujours à distinguer entre ces conditions d'origine.

Enfin le chapitre X, *sur la nature de la dysentérie*, est le plus important de cette partie pathologique, par les opinions personnelles de l'auteur et par les considérations dont il les accompagne. Il débute ainsi : « De toutes les élucubrations auxquelles a donné lieu l'esprit de système, il n'en est pas une qui ait passé plus aveuglément à côté de la vérité que celle qui concluait à la nature inflammatoire de la dysentérie. » Même en déclarant l'inflammation de nature spécifique, est-il ajouté. Les doctrines de Sydenham, de Stoll et de Zimmermann sur ce point sont d'abord analysées par l'auteur, puis de ces doctrines il fait sortir une théorie particulière que nous allons tâcher de résumer en quelques mot. La cause spécifique de la dysentérie est un virus élaboré au dedans, sous l'influence des causes extérieures, et ne se manifestant que par ses propriétés et non par des caractères concrets. Par lui, la maladie est transmissible. Infectant le sang et agissant à la manière des poisons septiques, il porte son action élective sur la partie inférieure de la moelle et rejaillit de là sur l'intestin, dont il paralyse la motilité et excite la sensibilité. La preuve de cette paralysie ressort de l'analyse des symptômes, et le ténesme, les épreintes de l'anus, qui semblent protester, ne sont que le résultat d'une irritation directe par les matières spécifiques. Quant aux lésions inflammatoires, elles sont secondaires à la lésion de l'innervation. L'influx nerveux manquant aux filets vaso-moteurs comme aux filets musculo-moteurs du trisplanchnique, il en résulte que, outre la paralysie de la tunique musculeuse et l'arrêt des excrétions naturelles, il y a turgescence de la muqueuse, inflammation, sécrétions spécifiques, et, sous l'influence de ces sécrétions, érosion, ulcération, gangrène. Ces vues de physiologie pathologique, exposées avec talent et méthode, peuvent satisfaire l'esprit au point de vue de l'induction scientifique; mais, en ne considérant que les faits, elles sont susceptibles de soulever des doutes ou au moins des objections. Tout le monde admettra que les dysentéries endémiques et épidémiques sont des maladies générales par infection spécifique du sang, avec localisation sur le gros intestin; mais beaucoup hésiteront à admettre en principe que la cause de cette infection soit un virus formé au dedans et transmissible d'homme à homme, et l'on ne verra pas bien l'utilité de remonter jusqu'à la moelle, en passant par les ganglions, vu l'absence d'altérations constatées dans ces parties, pour caractériser la nature pathologique de la maladie, en se fondant sur des phénomènes d'atonie, de constipation, de paralysie assez rares et pouvant s'expliquer par les lésions matérielles de l'intestin.

Ce n'est pas nous qui nous plaindrons toutefois de ces excursions dans le domaine du dogmatisme, qui élèvent et fécondent l'esprit d'observation, et qui éclairent souvent la conduite du praticien. La partie thérapeutique du livre de M. Délioux n'en souffre pas, d'ailleurs, car elle absorbe 240 pages sur un total de 560. Des publications antérieures témoignent que depuis longtemps l'auteur a fait une étude approfondie de ce point de pratique, qu'il a enrichi de moyens ou de procédés à lui. Être complet sur ce sujet, sans être diffus et fastidieux, est fort difficile, car c'est presque toute la matière médicale qu'il faut passer en revue, et il nous semble y avoir réussi. Plusieurs points portent plus particulièrement l'empreinte de ses vues personnelles. A l'infusion d'ipéca par la méthode brésilienne il substitue la décoction additionnée de sirop d'opium et d'alcoolé de cannelle, voulant obtenir la tolérance et ne pas provoquer de vomissements, attendu que, selon lui, l'ipéca est un neutralisant du virus dysentérique, et qu'il doit se comporter plutôt comme altérant que comme évacuant. Les propriétés hyposthénisantes qu'il avait précédemment reconnues à ce médicament ne cadraient guère avec sa théorie de la nature de la maladie; mais, depuis, elles lui ont paru moins prononcées, et il n'est même pas éloigné de le regarder comme tonique et astringent. Les purgatifs, auxquels il accorde une large part, n'agissent pas, selon lui, en opposant inflammation à inflammation, comme le pensait Bretonneau, mais bien en réveillant la contractilité physiologique et substituant les sécrétions normales aux matières spécifiques. L'opium, on le comprendra d'après ses idées, ne doit pas faire la base de la médication et n'est bon que comme calmant local,

comme correctif d'autres médicaments, et aussi contre les diarrhées persistantes. L'albumine est un aliment plutôt qu'un médicament. Il avoue avoir peu fait usage de la noix vomique, malgré ses idées théoriques; les stimulants et les toniques, à toutes les périodes, lui sont plus familiers. Quant aux astringents, dès le début il les repousse. Les mélanges obturants et absorbants, tels que bismuth, composés calciques, ferrugineux insolubles, sont longuement exposés et vivement recommandés par lui. Il en est de même des injections intestinales, et, parmi elles surtout, les lavements albumino-argentiques et iodés, qui ont déjà été de sa part l'objet de travaux spéciaux et déjà anciens. L'expérience n'a pas encore prononcé sur l'efficacité de ces derniers moyens; mais la conviction avec laquelle les recommande M. Délioux mérite qu'on les emploie sur une plus grande échelle.

Après les moyens pharmacologiques, les moyens hygiéniques. L'article qui traite du régime se recommande particulièrement à l'attention. M. Délioux est partisan de l'alimentation dans la dysentérie, se fondant en principe sur ce que la partie supérieure des voies digestives est saine généralement, et qu'à la condition de n'introduire que les aliments qu'élabore principalement la digestion stomacale il y a avantage à nourrir : il conseille la viande crue, le thé de bœuf, les huîtres entre autres. Il y aurait beaucoup à redire contre la généralisation d'un tel principe, ou au moins bien des considérations à prendre en faveur des cas exceptionnels, quand on songe à nos habitudes diététiques et aux accidents que causent si souvent les moindres écarts de régime dans la dysentérie. Les besoins éprouvés par les malades ne sont pas toujours un guide sûr pour le traitement; leur exagération est souvent une perversion liée à l'altération organique même.

Une idée nouvelle et heureuse, c'est un chapitre particulier consacré aux eaux minérales. Les progrès de l'hydrologie et les ressources qu'elle peut offrir à la dysentérie chronique y sont judicieusement appréciés : eaux sulfureuses contre la maladie intestinale, eaux alcalines contre les engorgements viscéraux, telles sont les armes dont elle dispose.

Mais M. Délioux ne se contente pas de faire connaître en détail chaque agent de l'arsenal thérapeutique et hygiénique, il les groupe pour en faire des formules générales applicables à chaque forme de la maladie, on pourrait presque dire à chaque cas particulier. C'est procéder du simple au composé et présenter le traitement sous une nouvelle face pour en mieux faire saisir l'ensemble. Et non content encore de ce second mode d'exposition, il termine son livre par un formulaire de matière médicale réunissant toutes les formules de remèdes anciens et récents employés contre la dysentérie et mentionnés dans le cours de l'ouvrage. C'est un troisième moyen de rappeler à la mémoire et d'y fixer cette longue liste de médicaments.

Ceux qui aiment à s'en tenir aux faits, en pathologie comme en thérapeutique, pourront reprocher à M. Délioux une trop grande tendance à tout expliquer et théoriser. Mais ici la théorie, exposée avec méthode et clarté, qu'on l'accepte ou qu'on la repousse, ne nuit en rien à l'utilité pratique de l'œuvre, et, à ce double titre, le TRAITÉ DE LA DYSENTÉRIE a sa place marquée dans le bagage du plus modeste praticien aussi bien que dans la bibliothèque du savant.

DUTROULAU.

VII

VARIÉTÉS.

Ont été nommés présidents : de la Société de prévoyance et de secours mutuels des pharmaciens de l'Aveyron, M. Albenque; de la Société de l'Hérault, M. le professeur Bouisson; de la Société de la Loire-Inférieure, M. Petit; de la Société de l'arrondissement de Cherbourg, M. Asselin; de la Société de la Mayenne, M. Bucquet; de l'Association des pharmaciens du Nord, M. Simon; de la 126ᵉ Société de secours mutuels de Lyon, dite des Médecins du Rhône, M. Barrier.

— Par décrets des 13 août et 2 septembre 1863, ont été nommés dans la Légion d'honneur : *Officiers :* MM. Fretin, médecin-major au 86ᵉ de ligne; Marchesseaux, médecin-major de 1ʳᵉ classe; Deluy, médecin-major au 20ᵉ d'artillerie, et Besnier, pharmacien-major. — *Chevalier :* M. Pineau, médecin aide-major.

— Par décret du 5 septembre, M. le docteur Chrétien, président de la Société impériale du Haut-Rhin, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Verjon a été nommé second médecin inspecteur adjoint des eaux de Plombières.

— Deux emplois de médecin de colonisation sont vacants dans la province de Constantine (Algérie).

— Le premier Congrès médico-chirurgical de France commencera à Rouen, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, le mercredi 30 de ce mois. Il y aura trois jours de travaux, à deux séances par jour.

— Par son testament, M. Reybard a légué une somme de 500 francs à l'Association des médecins du Rhône, dont il était membre, et une somme de 1000 francs à l'hôpital d'Annonay, dont il a été chirurgien pendant près de vingt ans.

VIII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

TRAITÉ DE LA DYSENTÉRIE, par le docteur *J. Delioux de Savignac*. 1 vol. de XII-509 pages. Paris, Victor Masson et fils. 8 fr.

DES CAS DE DYSTOCIE APPARTENANT AU FŒTUS, par le docteur *Joulin*. In-8 de 126 p. Paris, F. Savy. 3 fr.

Thèses.

Thèses subies du 1ᵉʳ au 10 juillet.

93. OLDFIELD, Edmund, né à Ashill (Angleterre). [*Études sur les calculs du rein.*]

94. DOTÉZAC, S.-H.-A., né à Anglet (Basses-Pyrénées). [*De l'éclampsie des femmes enceintes et en couche.*]

95. KOYSIÉWICZ, Ferdinand-G., né à Bordeaux (Gironde). [*De l'érysipèle salutaire.*]

96. BALAY, Jules-S.-M., né à Portlaunay (Finistère). [*De l'éclampsie.*]

97. TROUCHE, G., né à Lesparre (Gironde). [*De l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.*]

98. GRANIER, Auguste, né à Villefranche (Aveyron). [*Loi générale du mécanisme des accouchements.*]

99. YCONIN, Fr.-Ém., né à Lyon (Rhône). [*Des obstacles que le col utérin peut apporter à l'accouchement.*]

100. GAUDRY, Olindoff, né à Malives (Loir-et-Cher). [*Des injections médicamenteuses sous-cutanées, et plus spécialement des injections de sulfate d'atropine dans les névralgies.*]

101. GOSSE, H.-Jean, né à Genève (Suisse). [*Des taches au point de vue médico-légal.*]

102. GAGNARD, Gustave, né à Saint-Julien du Sault (Yonne). [*Du tétanos chez les enfants.*]

103. VERNE, Jean-B.-C , né à Souques (Bouches-du-Rhône). [*Étude physiologique et pathologique de l'éruption des dents provisoires.*]

104. DUVERNET, Eugène, né à la Châtre (Indre). [*Asthénopie musculaire par insuffisance des muscles droits internes.*]

105. GONNARD, Claude, né à Montbrison (Loire). [*Essai critique sur l'institution de la dualité chancreuse.*]

106. EDWARDS, W.-T.-Arthur, né à Port-Louis (île Maurice). [*De l'anatomie pathologique et du traitement de l'ataxie locomotrice progressive*]

107. MORY, P.-S.-A., né à Courpières (Puy-de-Dôme). [*De la prétendue fièvre de lait.*]

108. BELTZ, Camille, né à Guebwiller (Haut-Rhin). [*De la rétraction de l'utérus comme cause de dystocie.*]

109. LAINY, Raymond-C., né à Biron (Dordogne). [*De la rétention du placenta à la suite de l'avortement.*]

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 18 SEPTEMBRE 1863. — N° 38.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Sur l'électricité du sang : Réponse à M. le professeur Scoutetten. — II. **Histoire et critique.** Excursion chirurgicale en Angleterre : Opération de la fistule vésico-vaginale. — Périnéorrhaphie. — Inversion utérine. — Hystérotomie. — Pessaires. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — IV. **Bibliographie.** Rapport sur les hôpitaux civils de la ville de Londres au point de vue de la comparaison de ces établissements avec les hôpitaux de la ville de Paris. — V. **Variétés.** Une proposition à l'occasion du débat sur les vivisections. — VI. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — Réceptions au grade de docteur.

I

Paris, 17 septembre 1863.

Sur l'électricité du sang : Réponse à M. le professeur Scoutetten.

Très-honoré et savant confrère,

La règle d'honnêteté que vous imposez à la recherche scientifique (voy. le dernier numéro, page 600) est applicable également à l'appréciation critique; « un intérêt de vanité » n'est pas moins interdit à celui qui contredit une opinion qu'à celui qui l'a émise et l'a défend. C'est vous désigner le genre d'intérêt qui dictera réellement ma réponse.

Mes objections portaient sur quatre points : 1° Je faisais remonter à Bellingeri l'idée fondamentale de votre travail, qui est d'assigner le caractère *positif* à l'électricité du sang artériel et le caractère *négatif* à l'électricité du sang veineux ; 2° je mettais en doute l'existence, dans l'organisme vivant, du courant que vous constatiez dans vos expériences ; 3° ce courant admis, je n'y pouvais voir encore la preuve d'une *réaction électrique du sang rouge dans le sang noir ;* 4° je contestais l'exactitude de vos inductions touchant l'influence de l'électricité du sang sur la *digestion*, sur l'*élection des molécules organiques*, l'*assimilation*, la *respiration*, les *sécrétions*, etc.

Reprenons ces objections une à une.

1° La question historique, vous le savez, ne me touche guère personnellement. Je m'étais borné à rappeler une assertion du Dictionnaire de médecine en 30 volumes, en ayant soin de déclarer que je n'avais pu, faute de temps, en vérifier l'exactitude. Je dois avouer pourtant que j'y avais confiance ; le nom du signataire de l'article m'y autorisait suffisamment. M. Béclard a dissipé cette illusion (*Gaz. hebd.*, n° 33, p. 529); vous l'attaquez à votre tour avec un plus grand appareil de preuves ; nul moyen qu'il en reste trace dans mon esprit.

La citation du Dictionnaire était donc inexacte. N'y a-t-il pourtant aucun rapport entre l'opinion rectifiée de Bellingeri et la vôtre ? Bellingeri a-t-il eu exclusivement en vue, dans ses expériences, de rechercher la quantité relative d'électricité contenue dans le sang rouge et dans le sang noir, sans se préoccuper aucunement de la nature positive ou négative de l'électricité ? Notez que je ne demande plus si le physiologiste italien a résolu la question comme vous, mais seulement s'il s'est préoccupé de la même question que vous.

Pour bien comprendre sa pensée, il ne faut pas se renfermer dans le mémoire que vous citez et dont le titre textuel est : In electricitatem sanguinis, urinæ et bilis animalium experimente habita a C. F. Bellingeri (*Mem. dell' Accad. di Torino*, t. XXXI, p. 295). Ce mémoire, qui est du commencement de 1826, ne forme, pour ainsi dire, qu'un chapitre dans la série des travaux que Bellingeri publiait depuis plus de dix ans sur l'électricité du sang et des autres humeurs. Il importe de ne le pas détacher de l'ensemble de l'œuvre, non plus que des notions ou des idées théoriques du temps. Or, à l'époque où Bellingeri cherchait à mesurer l'électricité des deux sangs, il y avait vingt ans que Vassalli avait cru devoir attribuer au sang une électricité positive (qui pouvait devenir négative dans les maladies) et aux produits d'excrétion une électricité négative. On trouve à cet égard une double mention dans le tome XIII (correspondant à 1805) des Mémoires de l'Académie de Turin, à la page 41 de la partie analytique, et dans le tome XXIV des Mémoires, à la page 81 de la partie correspondante. C'est à ces recherches qu'Omodei fait allusion, en ajoutant que Bellingeri, à son tour, a tiré de ses propres expériences la conclusion que le sang devient électro-négatif en perdant de son électricité dans les maladies inflammatoires, et électro-positif « au plus haut degré » en augmentant son électricité dans les maladies asthéniques. Mais, dites-vous, Bellingeri « n'a employé ces expressions (d'électricité positive et d'électricité négative) dans aucune partie de son mémoire. » De son

mémoire *sur l'électricité du sang, de l'urine et de la bile*, d'accord; mais non de son mémoire intitulé : Sull' elettricita del sangue nelle malattie, qui date de 1816, et n'a été inséré qu'en 1819 dans le tome XXIV des Mémoires de l'Académie. Là se trouve une déclaration, qui n'a rien du « vague » par vous reproché à Omodei, sur le caractère positif de l'électricité du sang normal et sur le caractère négatif qu'elle prend dans certains états morbides. « *Il sangue non dà sempre segni di elettricita positiva* » ; quelquefois, « *l'elettricita del sangue diventa negativa* (p. 137) », comme dans les expériences n^os 3, 5 et 14 du mémoire. Et la preuve qu'il en donne, c'est que l'électricité du sang était, dans ces cas, égale ou un peu supérieure à celle du plomb, dont l'électricité propre est négative, ainsi qu'il a cherché ultérieurement à le démontrer dans son mémoire Sur l'électricité des liquides minéraux, lu à l'Académie au mois de juin de la même année (t. XXIV, p. 141). Les expériences, il est vrai, comme vous en faites la juste remarque, n'avaient été instituées que sur le sang veineux; mais comme il n'était pas encore question, à cette époque, d'électricités distinctes pour les deux sangs, la conséquence des résultats expérimentaux avait été étendue du sang noir au sang rouge, et c'est à la masse entière du sang que les physiologistes italiens attribuaient la propriété électro-positive.

Je viens de dire que, suivant Bellingeri, le sang devenait quelquefois électro-négatif en perdant de son électricité. Là est le nœud de la question historique que nous examinons, et vous allez voir que notre auteur ne pouvait chercher à déterminer la *quantité* d'électricité contenue dans le sang des deux systèmes, sans se préoccuper en même temps et au même degré du *signe* de cette électricité. La théorie de Franklin régnait en Italie, où elle était professée par Volta. Par une application plus ou moins rigoureuse de cette théorie (qui signifie simplement l'existence, dans tous les corps, d'une certaine quantité d'*un seul fluide*, déterminée par la masse et la nature du corps, maintenant entre eux l'équilibre électrique, en conséquence *latente*, mais qui, trop forte ou trop faible dans un corps donné, constitue celui-ci à l'état *électro-positif* ou à l'état *électro-négatif*), par une application, dis-je, de cette hypothèse de Franklin, Bellingeri avait classé les métaux *par ordre d'électricité croissante;* il les avait classés comme vous l'indiquez, à cette exception près que vous substituez par mégarde le platine aux carbures de fer; mais vous ne remarquez pas qu'il les sépare en deux catégories, les moins électriques (zinc, plomb, mercure) étant déclarés électro-négatifs, et les plus électriques (étain, antimoine, fer, cuivre, bismuth, argent, or, carbures de fer, plombagine) électro-positifs. Il avait d'ailleurs établi cette division antérieurement dans son mémoire sur l'électricité des liquides minéraux, où il dit formellement que l'étain et tous les métaux qui sont *au-dessus de lui* (c'est-à-dire plus électriques) sont doués d'électricité positive, tandis que l'électricité du plomb, du zinc, est négative. Voilà ce qu'il entend par *électricité propre* des corps; c'est simplement la présence dans chaque corps d'une certaine dose d'électricité, et non, comme vous semblez le supposer, d'une électricité *spéciale* au fer, au plomb, à l'antimoine, etc. Et cette manière de considérer les phénomènes électriques, Bellingeri la poursuivait dans tous ses travaux. S'il parle de l'eau, par exemple, devenant électro-négative d'électro-positive qu'elle est dans d'autres circonstances, il dit que l'eau *descend* à donner des signes d'électricité négative (*discende* a dar segni...).

De même, dans son Mémoire sur l'électricité de l'urine (t. XXIV, p. 459), voulant vérifier si ce liquide est véritablement électro-négatif, comme l'avaient dit Vassalli et Volta, il se borne à rechercher dans quelles circonstances l'urine donne ou ne donne pas l'électricité d'un métal peu électrique, comme le plomb. Conséquemment, et c'est là que j'en voulais venir, quand, recherchant le pouvoir électrique des deux sangs, il trouve que, chez les chevaux et les agneaux, par exemple (1), l'électricité du sang noir est souvent supérieure à celle du fer et de l'antimoine, tandis que l'électricité du sang rouge y atteint seulement, c'est comme s'il concluait, avec Vassalli, que les deux sangs sont électro-positifs, parce que l'antimoine et le fer appartiennent à la série des métaux doués d'électricité positive.

Vous voyez, cher et honoré confrère, que je ne combats point pour le Dictionnaire de médecine. Vous êtes parfaitement fondé à contester que Bellingeri ait attribué, comme vous, l'électricité positive au sang artériel, et l'électricité négative au sang veineux, et encore plus qu'il ait cherché à « déterminer le caractère de la réaction électrique du sang rouge sur le sang noir. » J'ai voulu seulement établir que la recherche expérimentale de *l'électricité et du signe électrique de chacun des deux sangs* avait déjà préoccupé les physiologistes. Je ne me fais aucunement prier pour ajouter avec vous que ces expériences ont perdu, par le progrès de la physique, toute leur valeur.

2° Votre expérience à vous est-elle concluante, cher confrère? Une circonstance particulière me détermine à me montrer très-bref et très-réservé sur ce point. Vous allez, m'écrivez-vous, répondre à M. Béclard. La question sera donc discutée de nouveau dans la Gazette, avec une autorité spéciale et un savoir dont je ne dispose pas. M. Béclard a douté comme moi de l'existence réelle, physiologique, d'électricité libre dans le sang, d'un courant électrique allant du sang veineux au sang artériel. Si vos arguments l'ébranlent, il le dira. En attendant, je me contente de renouveler l'expression de la difficulté que j'éprouve à admettre, dans les deux parties du système sanguin, non pas assurément la présence de phénomènes électriques, mais celle de deux électricités distinctes et libres, ne trouvant pas à se recomposer immédiatement, à mesure qu'elles naissent des combinaisons chimiques, dans un milieu humide et bon conducteur; et je demande itérativement pourquoi les choses se passeraient autrement dans le sang que dans la trame entière des tissus, qui est le théâtre aussi de mille actions chimiques ou physiques d'où peut naître le dégagement d'électricité, et qui n'est pas plus *isolée* que le sang lui-même.

3° Comment, en tous cas, pourrait s'exercer « la réaction électrique du sang rouge sur le sang noir? » Voilà un autre point sur lequel mon incertitude est loin d'être dissipée. Les fils de platine plongés, l'un dans l'artère carotide, l'autre dans la veine jugulaire, recueillent, je le veux bien, et transmettent au galvanomètre, l'électricité présente dans les deux liquides; mais comment établissez-vous que la source de ces deux électricités contraires est dans le contact et la réaction réciproque des deux sangs? Comment prouvez-vous que chacune d'elles n'est pas le produit direct du travail électrolytique accompli au sein du liquide fort complexe où vous la constatez? Com-

(1) Les expériences n'ont pas porté seulement, comme vous le croyez, sur des veaux, mais aussi sur des chevaux, des bœufs, des agneaux, des béliers et des oiseaux.

ment établissez-vous la part qui revient dans cette production d'électricité aux tissus animaux que traverse le sang? Car, après tout, les artères et les veines ne sont pas des tubes de verre! Je vais plus loin. J'avais contesté cette assimilation (que suppose votre mode d'expérience) des deux fluides sanguins à deux liquides simplement juxtaposés. L'observation subsiste. Le sang ne se compose pas de deux fluides entièrement distincts et contigus; l'un devient l'autre par transformation graduée, et, quels que soient les phénomènes électriques engendrés par la combustion, on ne peut pas dire correctement qu'ils soient l'effet *de la réaction d'un sang sur l'autre*. J'entends bien que, dans une expérience, vous avez « mis les deux sangs en contact par l'intermédiaire d'un vase poreux »; mais vous avez ainsi établi un état de choses artificiel, qui n'existe pas dans l'organisme, et conséquemment ne lève pas la difficulté. Pourtant il y aurait là un moyen de vérification. Pourquoi n'expérimenteriez-vous pas, en manière de contre-épreuve, sur les deux sangs recueillis dans deux vases *non communiquants?* Si vous n'obtenez pas du sang noir de l'électricité négative et du sang rouge de l'électricité positive, ce sera un témoignage en votre faveur; mais si le contraire avait lieu, vous conviendrez qu'on ne pourrait plus l'attribuer à la réaction du sang rouge sur le sang noir.

4° J'arrive à ma dernière objection, mais seulement pour vous la présenter de nouveau, car vous ne la relevez pas. Le motif en est assurément dans l'étendue de votre lettre, que vous n'avez pas voulu allonger encore; mais comme votre découverte, si elle se confirmait, puiserait sa principale importance dans les conséquences physiologiques et pathologiques que vous faisiez entrevoir tout d'abord, et que vous rappelez au commencement de votre lettre, il serait, je crois, du devoir de la critique, le cas échéant, de restreindre le champ des applications biologiques que vous paraissez méditer et espérer.

Je m'en aperçois un peu tard, cher et savant confrère, le ton bienveillant de votre réponse m'a gâté; il m'a encouragé à appuyer davantage encore sur mes objections. N'y voyez, je vous prie, que ce que j'ai voulu y mettre : non une fin de non-recevoir, mais les simples scrupules d'un physiologiste trop peu compétent. Je me réjouirais le premier, si, en vous sollicitant à d'autres expériences, je vous amenais par un détour à mieux établir le fait que vous annoncez.

Agréez, etc. A. Dechambre.

La discussion du rapport de M. H. Bouley sur la rage a été ouverte brillamment mardi par une lecture de M. Reynal et surtout par une improvisation de M. Tardieu. Plusieurs orateurs ont demandé la parole.

Congrès médico-chirurgical de Rouen. — Nous sommes prié d'insérer la note suivante :

Tous les médecins qui se rendront au congrès médico-chirurgical de Rouen sont autorisés à voyager à moitié prix du tarif, aller et retour, sur tous les chemins de fer de l'Ouest. Ils devront, à cet effet, demander une carte personnelle à M. le docteur J. Bouteiller (de Rouen), secrétaire correspondant de la Société de médecine de cette ville.

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

A M. BOUISSON, PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

Excursion chirurgicale en Angleterre : Opération de la fistule vésico-vaginale. — Périnéorrhaphie. — Inversion utérine. — Hystérotomie. — Pessaires.

(Quatrième lettre.)

Mon cher ami,

J'ai cité, dans ma première lettre, l'*opération de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine*, comme un exemple du succès que peut donner l'application sérieuse, logique, nécessaire, des lois de la réunion immédiate.

Je n'en parlais alors qu'en passant, pour rapprocher ces succès de ceux de l'ovariotomie et vous montrer la part que les mêmes précautions paraissaient avoir dans la réussite de l'une et de l'autre. Permettez-moi de revenir ici sur cette intéressante opération, popularisée en France, notamment par les écrits de MM. Follin (1) et Verneuil (2), et par la pratique de quelques jeunes chirurgiens, non pas pour reproduire ces travaux connus de tous, et redonner une description inutile d'une méthode adoptée en principe; mais pour essayer une remarque sur ce qu'il y a de vraiment utile dans la méthode, sur ce qu'il importe d'en conserver au point de vue pratique, en un mot, sur ses éléments réellement curateurs, et sur celui de ses divers temps dont l'exécution est indispensable au succès.

Cette remarque peut amener à se poser la question de savoir s'il n'y a pas lieu de revenir au procédé primitif, déjà assez minutieux, d'une opération qui s'est compliquée encore entre les mains de ceux qui l'ont pratiquée depuis son inventeur; s'il n'y a pas lieu de simplifier la méthode même de M. Sims, et de lui faire subir ainsi les perfectionnements les plus vrais, les plus enviables, de toute opération chirurgicale.

Précisément, le jour de mon passage à Paris, M. Marion Sims, qui réside depuis quelque temps en France, pratiquait une de ses opérations à l'hôpital des Cliniques. Je ne manquai pas cette occasion de le voir, et je le priai de m'exposer tous les temps de sa méthode et la manière de les exécuter.

Vous savez que M. Sims est le premier qui ait exécuté, ou, si vous aimez mieux, réglé l'opération en Amérique (3), et vous savez aussi qu'il l'exécute, sinon plus rapidement, du moins plus simplement que ceux qui l'ont suivi, et particulièrement que son élève M. Bozeman. Je suis porté à croire, en effet, que M. Bozeman a gâté plutôt qu'amélioré l'opération de M. Sims. Le changement de courbure apporté au spéculum n'est pas heureux : l'instrument, perfectionné si l'on veut, en ce qu'il devient applicable à d'autres cas, semble être moins bien adapté à l'opération même de la fistule vésico-vaginale. La position de la malade sur les coudes et les genoux est plus incommode que celle de M. Sims sur le côté gauche ou en demi-pronation. Les instruments ajoutés pour l'avivement, pour l'affrontement des lèvres de la plaie, pour la constriction des sutures, notamment la plaque de plomb et les grains de plomb perforés de la fameuse suture en bouton, compliquent l'arsenal du chirurgien, et prolongent la durée de l'opération sans utilité réelle.

(1) *Examen de quelques nouveaux procédés opératoires pour la guérison des fistules vésico-vaginales*, revue critique (*Archives générales de médecine*, 5e série, t. XV, p. 457, 584. Paris, 1860).

(2) *Des perfectionnements apportés à l'opération de la fistule vésico-vaginale par la chirurgie américaine* (*Gazette hebdomadaire*, janvier, février 1859). — *Nouvelles observations de fistules vésico-vaginales, suivies de remarques sur les procédés américains* (*Archives générales de médecine*, 5e série, t. XIX, p. 48, 207. Paris, 1862).

(3) M. Mettauer (de Virginie), M. Gossel (de Londres) et M. Hayward (de Boston), qui paraissent l'avoir pratiquée avant lui, n'ont pas pour cela créé la méthode ni réglé les divers temps de cette délicate opération.

A Londres, M. Backer-Brown (1) pratique l'opération en général par la méthode des Américains. Il a emprunté à M. Marion Sims et à M. Bozeman leurs instruments et leur manière de procéder dans les divers temps de l'opération ; mais il modifie au besoin la méthode suivant le cas. Voici, du reste, en substance, sa manière d'agir.

Il place la malade dans la même position que pour l'opération de la taille, hors quelques exceptions commandées par la situation de la fistule, la précipitation de la muqueuse vésicale ou le relâchement du vagin. Cette position procure l'avantage de pouvoir user du chloroforme, ce qui est difficile dans la demi-pronation, et impossible dans la position sur les mains et sur les genoux. Il se sert du spéculum de M. Bozeman. Après avoir tracé par une incision les limites de l'avivement, il opère celui-ci en disséquant, à l'aide de deux petits couteaux courbes ou plutôt coudés, un pour chaque main, deux lambeaux qu'il a soin d'enlever chacun en une seule pièce. Quoiqu'un instrument inventé par M. Hilliard, sous le nom de *fistulo-clamp*, pour saisir la portion de muqueuse des deux bords de la plaie que l'on veut couper, puisse faciliter quelquefois ce temps de l'opération, M. Backer-Brown préfère avec raison employer généralement des pinces ou une aiguille courbe. Pour la suture, il se sert de fils d'argent de préférence aux fils de fer qu'il accuse d'ulcérer les tissus ; et, pour les passer à travers les lèvres de la plaie, d'aiguilles creuses de Startin, inflexibles et de diverses courbures : il en a quatorze de courbures différentes pour suffire à tous les cas. La muqueuse vésicale est toujours laissée en dehors de la suture. Pour fixer les deux bouts du fil, il emploie une sorte de crampon (*bar-clamp*), mince lamelle de plomb pliée dans le milieu en forme de gouttière ; cette gouttière est percée d'un trou à travers lequel on fait passer les deux extrémités du fil d'argent, après quoi l'on serre avec de fortes pinces sur le crampon pour les arrêter, et on les coupe au ras de leur sortie. Quelquefois, à l'imitation de Sims, il se contente de tordre les fils avec deux pinces, sans placer sur les extrémités ni bouton ni crampon. Il croit inutile de mettre un pansement quelconque dans le vagin. Il laisse une sonde à demeure dans la vessie. Il ôte les sutures le dixième jour. — En 1861, M. Backer-Brown avait pratiqué 42 opérations et il avait eu 39 succès.

M. Simpson (2) a adopté et propagé la même méthode.

Il place ses malades, comme M. Sims, en demi-pronation sur le côté gauche, ce qui permet de les chloroformiser, quoique l'opération, dit-il, ne soit pas aussi douloureuse qu'on pourrait le croire. Il se sert du spéculum en bec-de-cane de M. Sims, ou du même modifié par M. Bozeman, tout en formant des vœux pour l'invention d'un spéculum pouvant tenir tout seul. Pour aviver les bords de la fistule, il soulève la muqueuse vaginale avec un ténaculum à long manche ou une pince presse-artère, et la dissèque avec des couteaux ou des ciseaux, ou avec tous les deux (de préférence avec les couteaux de M. Backer-Brown), aussi largement que possible, en ayant soin de ne laisser sur les plaies aucune trace de cette muqueuse, et en ménageant, bien entendu, la muqueuse vésicale qui doit rester intacte.

Pour appliquer la suture il se sert de l'aiguille creuse de Startin, aidée d'un crochet mousse ou de la petite fourche (*director*) de M. Bozeman. Il la fait pénétrer à un demi-pouce en dehors de la plaie de chaque côté de la fistule, en ayant soin de ne pas traverser la muqueuse vésicale. Enfin, il se sert par-dessus tout de la suture métallique : c'est principalement à elle qu'il attribue le succès de l'opération. De tous les fils employés pour cette suture, il préfère les fils de fer qui ne s'oxydent pas, n'ulcèrent pas les tissus, quoi qu'on en ait dit, et qui ont l'avantage d'être plus tenaces, plus résistants que les autres.

Pour coapter les bords, le docteur Bozeman réunit les deux fils par le *suture adjustor* ; mais, dit M. Simpson, les doigts suffisent. Pour assurer le rapprochement des fils et consolider la coaptation des parties, M. Simpson regarde le *bouton-suture* de M. Bozeman comme un perfectionnement important sur la simple torsion de M. Sims, tout en lui reconnaissant les inconvénients résultant du poids de la plaque de plomb et de la persistance de son dérangement lorsqu'il vient exceptionnellement à se produire. On peut le remplacer par une plaque de plomb sur laquelle on place une petite barre transversale, embrassée par les fils qui sont tordus au-dessus. Mais M. Simpson lui préfère une sorte de fanon quadrangulaire formé par des fils de fer tordus entre lesquels on ménage, sur chaque côté correspondant aux points de suture, des ouvertures par lesquelles on passe les fils, pour les réunir ensuite et les tordre sur l'un des côtés à l'aide d'un instrument ingénieux de Coghill.

Les soins consécutifs consistent notamment à placer dans la vessie un court cathéter sigmoïde de métal flexible, avec quatre rangées de trous à un bout et une gouttière à l'autre, qu'on doit nettoyer une fois par jour, tandis qu'on lave le vagin avec de l'eau tiède ; puis à ôter les fils en les coupant simplement avec des ciseaux, du huitième au dixième jour, et à ôter en même temps l'attelle quadrangulaire en fils de fer qui était retenue par eux.

D'après l'analogie entre la manière d'opérer de ces divers chirurgiens, d'après l'imitation de leurs procédés en France, on peut être amené à conclure que tous les temps de l'opération ont une importance, sinon égale, du moins considérable ; car aucun de ces temps n'a été négligé par ceux qui se sont attachés à suivre la méthode américaine. On voit bien que pour chacun d'eux le succès semble dépendre de l'observation particulière d'un précepte plutôt que d'un autre : d'abord, pour tous, l'avivement exact de la plaie, sans y laisser un reste de muqueuse, est d'une importance majeure. Après cela, pour les uns la suture métallique est la condition indispensable de la réussite (Sims, Simpson), pour d'autres c'est la consolidation de l'affrontement à l'aide de la plaque de plomb, des crampons, etc. (Bozeman, Backer-Brown). Mais ils n'en suivent pas moins la même méthode, pas à pas, sans introduire dans quelqu'un de ses divers temps une différence essentielle. L'avivement de la muqueuse vaginale, le refoulement de la muqueuse vésicale, la suture métallique, l'assurance de la coaptation, la sonde à demeure après l'opération, paraissent à tous ces opérateurs avoir une importance majeure, sinon égale, et participer à la fois au succès de l'opération.

Cette observation exacte, scrupuleuse, minutieuse, de tous les préceptes des créateurs de la méthode, rend difficile de juger quel est en réalité le plus important de ces divers temps, quel est celui de ces préceptes qu'il n'est pas possible d'admettre sous peine d'échouer.

Sous ce rapport, j'ai eu la bonne fortune de rencontrer un chirurgien qui, prenant dans la méthode américaine ce qu'il a jugé bon, n'a pas craint de la modifier selon ses idées, et qui a obtenu des succès propres à mesurer le degré d'importance des divers temps dont je viens de parler. Je ne puis dire que j'aie vu pratiquer l'opération de cette nouvelle manière, ni que j'aie constaté ses heureux résultats chez des malades l'ayant subie. Mais je me hâte de nommer M. Spencer-Wells, car c'est lui qui m'a communiqué sa manière d'opérer, et je ne doute pas que son honorabilité ne soit un sûr garant de l'authenticité des faits dont je ne puis être que le nouvelliste.

Or, ce chirurgien m'a assuré qu'il n'emploie ni les fils métalliques, ni les boutons de Bozeman, les grains de plomb, les crampons, les fanons métalliques, les plaques protectrices, etc., qui paraissent indispensables pour donner à la suture le caractère que nous lui connaissons et assurer le succès de son application. Il se sert tout simplement de fils de soie au lieu de fils métalliques ; il a soin seulement de rapprocher autant que possible les points de suture, et de les retirer de bonne heure

(1) *Surgical Diseases of Women*, p. 112, 174. London, 1861.
(2) *Clinical Lectures on Diseases of Women*, 1863, p. 21, 40.

(du quatrième au sixième jour). Bien plus, il ne fait usage d'aucune sonde à demeure et ne pratique pas le cathétérisme chez ses malades, lesquelles se servent seulement de l'urinal particulier aux femmes, de manière à pouvoir uriner sans aucun déplacement. Il va sans dire que tous les autres temps, exécutés avec soin, ne diffèrent pas des temps correspondants de la méthode américaine.

Si je ne me trompe, cette communication donne lieu à réfléchir et à se demander s'il n'y a pas dans la méthode américaine des particularités inutiles, peut-être même nuisibles au succès de l'opération, par exemple, le contact de la plaque ou des crampons de plomb avec le vagin et avec la ligne de réunion ; par exemple, la présence continue dans la vessie de la sonde, d'ailleurs si ingénieuse, qui est retenue d'elle-même et par le seul effet de sa courbure, dans la cavité vésicale.

Assurément, il y a dans l'exécution de cette méthode quelques points qui priment tous les autres : l'étendue et l'exactitude de l'avivement des lèvres de la plaie aux dépens de la muqueuse vaginale ; le passage de la suture à travers cette muqueuse, en respectant celle de la vessie ; le redressement des bords de la muqueuse vésicale vers la cavité de cet organe, par le fait même du rapprochement des bords de la fistule ; enfin le rapprochement et la constriction des points de suture, de manière à rendre sur toutes les parties de ces bords l'affrontement aussi parfait et aussi invariable que possible. Ce sont là sans aucun doute les conditions les plus importantes du succès. Il reste à se demander si ce ne sont pas en réalité les seules.

La *périnéorrhaphie* est une opération destinée à réparer la partie inférieure de la cloison recto-vaginale détruite par la déchirure du périnée à la suite de l'accouchement. Le procédé le plus simple et le plus répandu en France est celui de Roux, qui consiste à aviver les lèvres de la division et à les réunir par une suture enchevillée. Il est suffisant pour les cas simples, mais il échoue dans un grand nombre d'autres, par suite de la profondeur de la déchirure, de la difficulté de la coaptation, du tiraillement des lèvres de la plaie, etc.

Vous vous rappelez, mon cher ami, que, pour obvier à ces inconvénients et surtout aux derniers, Dieffenbach pratiquait de chaque côté, à 2 centimètres des lèvres de la plaie, une incision semi-lunaire destinée à les mobiliser, à favoriser leur rapprochement et à maintenir leur coaptation, pour laquelle il employait ensuite la suture entrecoupée au milieu, entortillée aux deux extrémités.

Mais la vraie cause du tiraillement défavorable à l'action des sutures est moins le manque de peau que la contraction du sphincter de l'anus. Cette cause a été pressentie depuis longtemps, puisque Mercier a proposé en 1839 de *fendre le sphincter* pour déterminer le relâchement du périnée (1). M. Chassaignac, qui paraît avoir oublié que ce précepte a été déjà donné, dit : « Un moyen auxiliaire presque indispensable pour assurer » le succès de la périnéorrhaphie, c'est, suivant moi, la section » du *sphincter anal* en arrière, soit à droite, soit à gauche (2). »

Je crois que ce moyen est en effet le meilleur à employer et qu'il doit compléter toujours l'opération, si j'en juge par les nombreux succès obtenus par M. Backer-Brown. J'ai vu ce chirurgien pratiquer la périnéorrhaphie de cette manière, avec une rapidité et une dextérité peu communes. Comme son procédé n'est pas répandu chez nous, je vais vous rappeler ici les divers temps qui le caractérisent, et qu'il a, du reste, décrits lui-même avec soin, en faisant suivre sa description d'observations nombreuses et concluantes (3).

La malade chloroformisée est placée dans la position de la lithotomie, les cuisses fléchies sur le bassin. Les poils étant bien rasés à droite et à gauche, et les bords de la déchirure tendus d'un côté par les mains des aides, le chirurgien pratique une incision nette, d'une longueur égale à celle de la déchirure, à une distance d'un demi-pouce environ de sa limite externe, assez profonde pour permettre de rejeter en dedans, par la dissection, la membrane muqueuse et de rendre saignante toute la surface qui s'étend entre la première incision et une seconde incision pratiquée en dernier lieu le long de la limite interne de la déchirure. L'avivement du côté opposé est pratiqué ensuite de la même manière. Enfin, la membrane muqueuse de la partie intermédiaire ou d'une portion du septum recto-vaginal est également disséquée, de manière à rafraîchir la partie moyenne, comme les deux côtés de la plaie. Il faut que l'avivement soit parfait, car le plus léger reste de la membrane muqueuse établirait très-certainement une fistule, qui resterait ouverte quand tout le reste des surfaces de la déchirure serait réuni. Le bistouri est préférable aux ciseaux pour opérer cet avivement.

Aussitôt que ce premier temps de l'opération est achevé, le sphincter de l'anus est divisé des deux côtés à environ un quart de pouce en avant de son attache au coccyx, par une incision dirigée en dehors et en arrière. Cette division doit être faite par un bistouri droit boutonné, qui, ayant été introduit au dedans de la marge de l'anus, guidé par l'index de la main gauche, est dirigé vivement et avec fermeté, à travers la peau et le tissu cellulaire sous-cutané dans l'étendue d'un pouce et même de deux pouces, en dehors de l'orifice anal, ainsi qu'à travers les fibres du muscle sphincter qui environnent immédiatement cet orifice, mais en laissant intactes celles qui sont situées plus profondément.

Le sphincter ayant été divisé, les cuisses doivent être rapprochées dans la même situation, et l'on fait alors l'application de la suture enchevillée de la manière suivante :

La surface saignante gauche et les tissus qui lui sont externes étant saisis vigoureusement entre l'index et le pouce de la main gauche, une forte aiguille courbe à manche, armée d'un fil double, est enfoncée avec la main droite à travers la peau et le tissu sous-jacent, à un pouce en dehors de la surface saignante, et poussée en bas et en dedans, jusqu'à ce que sa pointe apparaisse sur le bord postérieur de cette surface. La pointe de l'aiguille est ensuite introduite sur le bord correspondant de la surface dénudée du côté opposé et traverse au-dessous d'elle, en se dirigeant en haut et en dehors, jusqu'à ce qu'elle sorte à une distance du bord externe du côté droit, égale à celle de son entrée du côté gauche. L'introduction de chaque suture doit suivre un chemin analogue, la première étant placée très-près du rectum. Deux sutures suffisent souvent ; mais quelquefois il en faut trois. Les sutures sont doubles ; leurs anses sont passées d'un côté autour d'une cheville ou (comme on le pratique actuellement) d'un fragment de bougie ou de sonde élastique, tandis que leurs deux chefs terminaux sont serrés de l'autre côté et noués fortement sur une autre cheville de manière à tendre les fils.

Pour ces sutures, M. Backer-Brown préfère à la soie un cordonnet fort, bien ciré, parce qu'il le croit moins irritant, et produisant moins de suppuration.

Les sutures enchevillées étant bien assurées, les lèvres de la plaie se trouvent rapprochées et les surfaces dénudées coaptées. Pour réunir les bords de la peau le long de la ligne médiane, il est bon d'y appliquer trois ou quatre points de suture entrecoupés avec des fils métalliques de fer, ou d'argent, ou de cuivre argenté. S'ils sont placés avec soin, la réunion de la peau aura lieu promptement, et celle des parties plus profondes sera facilitée.

Avant de terminer l'opération, l'index de la main droite doit être introduit dans le vagin, et celui de la main gauche dans le rectum pour s'assurer que la coaptation est complète d'un bout à l'autre de la rupture.

Le nettoyage de la plaie, les fomentations d'eau froide et l'application d'un bandage en T, constituent le pansement.

Il faut entourer enfin l'opérée de soins minutieux, la cou-

(1) Velpeau, *Médecine opératoire*, t. IV, p. 465.
(2) *Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales*, t. II, p. 915. Paris, 1862.
(3) *On Surgical Diseases of Women*, 2e édition, p. 1-78. London, 1861.

cher du côté gauche sur un coussin à eau, les cuisses dans la flexion. On mettra de la glace sur le périnée, surtout s'il y a menace d'hémorrhagie. Les premiers jours, on pratique le cathétérisme sans changer la position de la malade, et en ayant soin de ne pas laisser l'urine toucher le vagin. Lorsque l'opérée peut faire quelque mouvement on la laisse uriner toute seule, en la faisant accroupir sur les mains et les genoux.

Après cinquante-quatre heures en moyenne, on ôte les sutures profondes; après six à sept jours, les sutures entrecoupées.

De 1851 à 1861, M. Backer-Brown a pratiqué 81 fois cette opération. Il n'a perdu que 3 malades; la mort a été causée par la pyohémie.

Vous savez, mon cher ami, que j'ai eu le bonheur de réduire avec un plein succès *un renversement de matrice chronique* par un procédé nouveau qui m'est particulier. Vous ne vous étonnerez donc pas que j'aie profité de mon séjour en Angleterre pour m'informer auprès de M. Simpson des observations que sa vaste expérience avait pu lui fournir sur le même sujet, et d'entretenir M. Tyler-Smith de son ingénieux et salutaire procédé de réduction.

M. Simpson, malgré l'étendue de sa pratique, n'a été appelé que trois fois à tenter la réduction du renversement de la matrice, et chaque fois il a eu le bonheur de l'accomplir.

Chaque fois l'inversion s'était produite à la suite de l'accouchement. Dans un cas, la maladie datait seulement de quelques heures (je crois que c'est à ce cas que se rapporte l'observation que j'ai reproduite, d'après le *Edinburgh medical Journal*, dans le *Montpellier médical*, n° 6, t. X, p. 563, juin 1863); dans un autre, elle datait de huit mois; dans un troisième, de dix ans.

Dans chaque cas, bien que le col fût rétracté, l'utérus était mou, et son tissu se laissait aisément retourner. L'orifice ne se laissait pas entr'ouvrir aussi facilement. Pourtant, sous l'influence de la chloroformisation, les doigts de la main droite réunis en cône et pressant d'une manière continue sur le fond, pendant que la main gauche appuyait sur l'hypogastre, parvinrent à déprimer peu à peu le corps de l'organe, et à lui faire franchir le col.

Dans le cas le plus ancien, qui nécessita le plus d'efforts, le chirurgien s'aperçut, après la réduction, que le tissu du corps de l'utérus, tiré en sens opposé par l'intensité de la pression et la résistance du col, avait fini par céder et par se déchirer, comme le témoignait l'existence, dans la paroi de la cavité utérine, d'une sorte de boutonnière à travers laquelle le doigt pouvait s'engager. Le rétablissement n'en fut pas moins complet; il ne fut même entravé par aucun accident fâcheux. M. Simpson croit que cette déchirure, si aisée à produire, peut arriver fréquemment, mais qu'elle n'entraîne aucune suite funeste. A l'aide de quelques précautions, du repos, des applications froides, etc., etc., pour prévenir le développement de la péritonite, cette déchirure guérit d'autant plus facilement que l'utérus en se rétractant semble réduire d'autant ses dimensions.

Pareil accident m'est arrivé, il y a peu de temps, à la suite de tentatives de réduction infructueuses d'une inversion utérine chronique. Dans ce cas, il y a une très-grande probabilité, sinon certitude absolue, que la réduction a été empêchée par l'existence d'adhérences entre les divers points de l'enveloppe séreuse de la matrice retournée sur elle-même. D'une part, en effet, la malade avait été longtemps retenue au lit, après ses couches, par des accidents qu'on ne peut rattacher qu'à une métro-péritonite. D'autre part, en appliquant à ce cas mon procédé de réduction, je sentais les doigts de ma main droite tenir si solidement le col à travers le rectum, et me donner une assurance si formelle de sa dilatabilité, pendant que ceux de ma main gauche refoulaient peu à peu le corps de l'organe à travers son orifice, que je ne doute pas d'avoir pu le réduire, si des adhérences solides n'avaient retenu en contact les uns avec les autres plusieurs points de la surface convexe de l'utérus devenue concave par l'effet du renversement. Au lieu donc de se retourner et de franchir le col, le tissu de l'organe se déchira, et laissa mon doigt arriver sur le péritoine. Malgré ce traumatisme et la prolongation du taxis, qui fut d'autant plus énergique et d'autant plus soutenu qu'il fut moins fructueux, la malade n'éprouva aucun accident, et put subir, depuis lors, un autre traitement destiné à lui rendre son infirmité tolérable.

Les trois observations de M. Simpson prouvent que les inversions chroniques ne sont pas toujours irréductibles. Mais il faut reconnaître en même temps que ce sont des cas heureux, et qu'on ne peut se promettre un aussi facile résultat, si ce n'est dans de rares occasions.

Un des meilleurs moyens auxquels on puisse avoir recours, lorsque les premières tentatives de réduction ont échoué, c'est celui de M. Tyler-Smith. Par la pression continue d'un pessaire à air introduit et gonflé dans le vagin, ce médecin est parvenu à réduire, au bout de quelques jours, une inversion complète de l'utérus durant depuis environ douze ans. Son observation est accompagnée de réflexions très-ingénieuses sur le rôle du pessaire dans ce cas; non-seulement la pression diminue le volume du corps de l'utérus, mais elle se transmet du corps sur le col, et produit petit à petit, dans ce dernier, des modifications intimes et une dilatation progressive de bas en haut analogues à celles que lui fait subir la pression d'un polype chassé de haut en bas par les contractions utérines, ou celle d'une éponge préparée qui se dilate dans l'orifice (1).

Ce procédé a été imité avec succès par M. Bockendahl dans un cas d'inversion utérine datant de six ans (2), et je ne manquai pas de l'essayer moi-même chez la jeune dame que j'ai guérie. Mais l'irritabilité nerveuse était portée chez elle à un tel degré, qu'il lui fut impossible de supporter un corps étranger quelconque dans le vagin, pour si peu de temps que ce fût; à peine la canule d'un irrigateur et le passage de l'eau fraîche pouvaient-ils être tolérés sans produire des accidents nerveux plus ou moins graves. C'est alors que fus amené à imaginer le procédé qui réussit d'une manière si complète, et que j'ai communiqué, il y a quelques mois, à l'Académie de médecine.

Les recherches auxquelles j'ai été entraîné pour créer mon opération m'ont conduit peu à peu à comparer entre elles toutes les observations qui sont dans le domaine scientifique, et à essayer un travail d'ensemble sur l'*inversion utérine*. Notre littérature, relativement assez riche il y a soixante ans, est aujourd'hui très-pauvre sur cet intéressant sujet. Aucun écrit important n'a suivi la thèse de Dailliez (3). En Angleterre, on possède celui de Crosse (4), qui ne date que d'une quinzaine d'années, vraisemblablement interrompu par la mort de l'auteur, mais auquel il ne manque que le chapitre relatif au traitement. Outre que cette lacune est importante, il s'est produit, depuis cette publication, nombre de faits récents; l'application de l'anesthésie a modifié le pronostic et le procédé opératoire; la question de l'extirpation, à défaut de la réduction, peut être traitée avec des documents nouveaux et des instruments chirurgicaux d'invention moderne. J'espère donc que mon travail n'arrivera pas à un moment trop inopportun.

Dans cette opinion, j'ai fait quelques recherches d'anatomie pathologique.

Au musée Dupuytren, on trouve trois pièces relatives à l'inversion utérine : N^os 352, 353. Modèles de cire d'inversion utérine récente après l'accouchement. L'observation est rapportée par M. Horteloup dans le Répertoire d'anatomie de Breschet, et accompagnée de deux planches lithographiques

(1) *Medico-Chirurgical Transactions*, t. XLI, p. 1833. London, 1858.
(2) *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1861, p. 95.
(3) *Essai sur le renversement de la matrice*. Paris, 1803.
(4) *On Essay Litterary and Practical on Inversio Uteri*, dans les *Transactions of the Provincial Medical and Surgical Association*, t. XV, 1845, p. 285, et t. XVII, 1847, p. 243.

reproduisant les modèles de cire. — N° 350. Pièce conservée, inversion utérine improprement appelée commençante (Thillaye). (Voy. le *Catalogue* par M. Houël, p. 269.) Cette pièce est probablement relative à l'observation rapportée par Baysselance et citée par Dailliez; car il est dit qu'on fit dessiner et modeler la pièce pour les cabinets de l'École. Or, le n° 351 est le modèle de cire de la pièce précédente. — N° 351 A. Invagination du fond de l'utérus survenue onze jours après l'accouchement. La pièce a été recueillie dans le service de M. Nélaton, et présentée à la Société anatomique par M. Desprès (1).

Dans le musée de Hunter, au Collége des chirurgiens de Londres, je n'ai trouvé que deux pièces relatives au même sujet : N° 2654. Inversion d'un utérus hors la gestation, prise pour un polype; ligature, mort (observation de Hunter). Introsusception (2). — N° 2654 *bis*. Inversion utérine chronique et complète. Cette pièce, non décrite dans le catalogue, m'a paru ressembler tellement à celle que M. Forbes a décrite et figurée dans son mémoire (cas d'inversion de l'utérus après l'accouchement, terminé par la mort en dix-huit mois, etc.) (3), que je pense bien que c'est elle-même.

Vous voyez que je n'ai pas fait dans les collections une abondante récolte.

J'avais à consulter encore l'ouvrage d'un ancien accoucheur cité par Beaudelocque, Dailliez, Ségard, et par les écrivains plus récents, à l'occasion de l'inversion utérine et des polypes. Je n'y ai guère trouvé que ce que je connaissais déjà par les citations que j'en avais lues, mais j'ai eu l'occasion d'admirer la complaisance extrême des employés de la belle bibliothèque du *British Museum*, où je l'ai trouvé, et comme tout plaisir se paye par une peine ou du moins par un regret, j'ai emporté celui de ne pouvoir mettre plus souvent et plus longuement à profit la richesse de cette collection et les prévenances infinies des bibliothécaires.

N'abandonnons pas pourtant l'ouvrage de Denman (c'est de lui qu'il s'agit) sans en dire un mot.

Je sais, mon cher ami, que vous ne dédaignez pas un peu de bibliomanie, et que vous fouillez à l'occasion dans les feuilles jaunies des bouquins. Je vous apprendrai donc que l'ouvrage de Thomas Denman que j'allais consulter est intitulé : *Engravings representing the Generation of some Animals, some Circumstances attending Parturition in the human Species and a few of the Diseases to which the sex is liable* (London, 1815). C'est une collection de 17 planches, avec leur explication, commencée en 1817, à laquelle Ségard (4) avait emprunté une figure entre autres, représentant un renversement de matrice produit par l'expulsion d'un *polype*, et dans laquelle je tenais à rechercher s'il existait quelque autre exemple de la maladie dont je m'occupais.

Outre les deux figures, reproduites par Ségard, d'une inversion utérine, découverte seulement vingt-quatre heures après l'accouchement, ayant amené la mort au bout de quelques mois par suite d'hémorrhagies profuses, et d'une excroissance du fond de l'utérus avec inversion de cet organe, on y trouve deux autres exemples d'inversion. La planche 16 représente un polype de l'utérus, avec entraînement commençant du fond de l'organe. La planche 17 représente un polype avec inversion utérine : « La ligature, dit Denman, fut appliquée sur l'utérus. La malade mourut quatre ou cinq jours après l'opération. L'utérus avait été considérablement divisé par la ligature avant la mort. » Ce sont là des illustrations intéressantes pour l'histoire de la production du renversement de matrice.

Une autre planche représente l'utérus et l'œuf contenu chez une femme morte sept semaines après la conception. On y voit bien que la caduque est ouverte en bas, comme dans la figure de W. Hunter, où l'on remarque deux stylets passés par les orifices des trompes, et sortant ensemble par l'orifice du col. Ces figures sont démonstratives de la nature de la membrane caduque, sur laquelle on avait bâti ce singulier roman anatomique de l'exsudation plastique d'une fausse membrane close de toutes parts, et dont l'œuf était censé se coiffer, avant que Coste eût démontré qu'elle n'est autre chose que la muqueuse utérine hypertrophiée. La part que j'ai prise, il y a déjà longtemps, à la démonstration de ce fait et à la défense de la vérité, au détriment d'une hypothèse injustifiable, a donné pour moi un sérieux intérêt à cette nouvelle rencontre (1).

Mais je reviens, mon cher ami, aux opérations que j'ai vu pratiquer sur l'utérus. Il en est une que j'ai pratiquée depuis longtemps, et plusieurs fois, soit contre l'atrésie, soit contre l'étroitesse congénitale ou acquise de l'orifice utérin. Cette opération, désignée sous le nom d'*hystérotomie* ou de *métrotomie*, n'est, à vrai dire, qu'un débridement unique ou multiple, superficiel ou profond, de l'un ou des deux orifices du col, de l'orifice cervico-vaginal ou de l'orifice cervico-utérin. Il ne faut pas la confondre, comme sa dénomination pourrait le faire supposer, avec la résection partielle du col, et encore moins avec l'amputation ou l'ablation du corps, dont je vous ai entretenu précédemment.

La résection du col est une opération utile par laquelle j'ai obtenu souvent des guérisons vainement sollicitées par d'autres traitements. Vous savez jusqu'à quelles limites et avec quel succès elle a été pratiquée par M. Huguier pour combattre cet allongement hypertrophique qui abaisse le museau de tanche et souvent le vagin, de manière à simuler un prolapsus. L'expérience de tous les jours, les observations que j'avais faites même antérieurement à la publication de M. Huguier, les guérisons que j'ai obtenues en pratiquant son opération, me font regarder ce travail comme un des plus importants qui aient été produits dans ces dernières années sur la pathologie et le traitement des maladies de matrice.

L'hystérotomie n'est pas moins utile, soit contre l'aménorrhée et la dysménorrhée, soit contre la stérilité. Dès que j'eus l'occasion de m'occuper des maladies utérines, je me rappelai la remarque que ne manquait pas de nous faire Lisfranc au sujet de la stérilité. Une condition presque invariablement liée à la stérilité, c'est, disait-il, la conicité du col avec ou sans étroitesse de l'orifice. Quant à l'étroitesse de l'orifice, congénitale ou acquise, quoiqu'elle soit un obstacle moins constant, elle n'en est pas moins un empêchement fréquent à la fécondation. Vous savez qu'il existe beaucoup d'autres obstacles de ce genre qu'il nous est donné de modifier, de lever quelquefois d'une manière assez complète pour que, dans maintes circonstances, nous ayons un espoir fondé de combattre efficacement la stérilité. Au lieu d'aller demander vainement aux eaux minérales telle modification inconnue, réputée souveraine contre la stérilité, telle femme ferait bien mieux de chercher dans la dilatation du col, son débridement, sa résection, etc., le vrai remède à l'imperfection anatomique de ses organes, seule cause de leurs imperfections physiologiques.

Quoi qu'il en soit, l'utilité de l'hystérotomie étant admise dans des limites très-étendues, il reste à se procurer les meilleurs instruments pour la pratiquer.

Je me suis servi jusqu'ici des instruments les plus simples : une sonde cannelée, à longue tige portée sur un manche et introduite dans l'utérus comme le cathéter utérin qui est admis depuis peu d'années dans la pratique gynécologique; un bistouri à lame courte comme celle d'un ténotome, pointu ou boutonné suivant le cas, également à longue tige, porté sur un manche, et introduit dans l'utérus sur la cannelure du cathéter. Ces seuls instruments, employés avec l'aide du spéculum, m'ont permis, dans un nombre de cas déjà très-considérable,

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 2e série, t. V, p. 399. Paris, 1860.

(2) Voy. le catalogue du musée de Hunter, *Pathological Specimens*, t. IV, p. 299.

(3) *Medico-Chirurgical Transactions*, t. XXXV, planche 1, p. 152. London, 1852.

(4) *Dissertation inaugurale sur les polypes utérins*. Paris, 1804.

(1) *De l'œuf et de son développement dans l'espèce humaine*. Montpellier, 1845

d'obtenir la guérison radicale de divers accidents dysménorrhéiques, et notamment de faire cesser une stérilité que plusieurs années de durée avaient fait regarder comme incurable par des hommes peu familiarisés avec l'exploration sérieuse de l'utérus et le traitement rationnel de ses maladies.

Je n'ai donc pas été étonné de voir l'hystérotomie pratiquée fréquemment en Angleterre, et je ne vous en aurais peut-être pas entretenu si je n'avais désiré vous signaler deux instruments imaginés pour simplifier l'opération et la rendre plus facile.

Le premier de ces instruments, dont l'invention remonte à quelques années, est de M. Simpson. Cet hystérotome ou métrotome est une sorte de bistouri caché ressemblant, pour son mécanisme, au lithotome simple. Il consiste en une lame étroite cachée dans une gaîne n'ayant pas plus de 3 à 4 centimètres de long dans sa partie tranchante, et munie d'une saillie-arrêt qui détermine la limite de sa pénétration dans le col utérin. A l'aide d'une bascule, dont le développement est aussi limité par la rencontre d'une vis, on peut faire sortir la lame au degré qu'on veut. Après avoir débridé le col d'un côté, on introduit de nouveau l'hystérotome pour le débrider de l'autre. Cette opération se pratique sans spéculum, en conduisant l'instrument sur le doigt indicateur de la main gauche, la femme étant couchée sur le côté gauche, comme elle l'est toujours en Angleterre, pour le toucher, pour l'accouchement et pour la plupart des opérations que l'on peut exécuter dans cette position.

Le second a été imaginé récemment par le docteur Greenhalgh et fabriqué par M. Weiss. Il est remarquable par la régularité de sa marche et la perfection de sa construction. Il renferme dans son extrémité terminale, longue de 3 à 4 centimètres, deux lames cachées, l'une droite, l'une gauche, qui, lorsqu'on les fait sortir, coupent dans leur marche le tissu du col de dedans en dehors, à une profondeur qui va en croissant à mesure qu'elles avancent de l'orifice supérieur à l'orifice inférieur. Cet instrument, dont la description complète demanderait le secours d'une figure, me paraît n'avoir qu'un défaut, une complication dans sa construction, qui en rendra toujours l'acquisition coûteuse et l'entretien difficile.

Je ne sais pourtant pas si l'on adoptera la simplification que M. Charrière (1) a tenté de lui faire subir en fabricant l'hystérotome à deux lames sans gaîne. La superposition des deux lames suffit bien pour permettre l'introduction de l'instrument avec tous les avantages des lames cachées; mais, quand on les fait diverger pour couper le col, l'absence de la gaîne, qui devrait rester dans l'axe du col, ôte sans doute à l'instrument l'assurance et la régularité si nécessaires à sa progression. Je crains aussi que cet instrument ne puisse déterminer par lui-même un accroissement régulier de haut en bas, dans la profondeur de l'incision. Il en résulte que le perfectionnement de M. Greenlhalgh attend encore une simplification désirable pour voir son instrument se répandre dans la pratique.

Les tiges dilatatrices que l'on peut avoir à introduire dans l'utérus sans les y laisser à demeure, après l'hystérotomie, pour empêcher l'étroitesse de se reproduire, me font songer à celles que M. Simpson introduit journellement dans le col pour le traitement des dysménorrhées qui dépendent d'une étroitesse de l'orifice ne réclamant pas de toute nécessité l'hystérotomie. Je ne puis vous parler de celles-ci sans vous rappeler aussi la tige intra-utérine et les diverses sortes de soutiens ou de tuteurs de la matrice placés à demeure dans le vagin, en un mot les divers appareils connus sous le nom de *pessaires*.

Pour la dilatation simple de l'orifice du col, traitement applicable à la dysménorrhée mécanique, M. Simpson se sert de tiges dilatatrices ou plutôt de pessaires dont les tiges métalliques ont un diamètre de plus en plus grand, comme les sondes avec lesquelles on dilate le canal de l'urèthre. Mais outre ces pessaires, dont l'action principalement mécanique est limitée aux orifices du col, M. Simpson introduit quelquefois dans l'utérus des pessaires à tiges plus longues destinés à pénétrer évidemment jusque dans la cavité du corps de l'organe.

Ces derniers consistent simplement dans un ellipsoïde ou bulbe de cuivre, creux, très-léger, d'un grand diamètre de 2 centim. et demi, percé d'un trou à sa face inférieure pour admettre une tige qui en facilite l'introduction, et dont la face supérieure porte dans son milieu une tige creuse qui s'élève usqu'à une hauteur de 6 à 7 centimètres. La moitié inférieure de la tige est de cuivre comme le bulbe; la supérieure est de zinc. Lorsque la tige est introduite dans l'utérus, la face supérieure du bulbe touche le col, sa face inférieure appuie sur le vagin et retient l'instrument en place. Je ne parle pas des difficultés que l'on peut éprouver à les faire pénétrer et qui sont aisément levées par des manœuvres familières à ceux qui ont l'habitude du cathétérisme utérin. Je me contente de signaler l'application que M. Simpson en fait au traitement de l'aménorrhée.

Ce chirurgien attribue leurs effets non-seulement à leur présence, à leur contact avec les tissus, mais encore à l'action galvanique qu'il suppose se développer par la présence simultanée des deux métaux, et qui favorise, d'après lui, le mouvement fluxionnaire vers les ovaires et vers tout l'appareil utéro-ovarien.

Le même chirurgien emploie contre l'aménorrhée un autre moyen que je vous signalerai en passant comme complément du précédent. Il applique ce qu'il appelle une ventouse sèche dans l'intérieur de l'utérus. Cette ventouse n'est pas autre chose qu'une sonde creuse percillée de trous à son extrémité terminale, vissée par son autre extrémité sur une petite pompe aspirante. A mesure qu'on fait le vide dans le corps de pompe et dans tout l'appareil, on exerce une sorte d'aspiration sur la muqueuse utérine, qui vient s'appliquer sur les petites ouvertures de la sonde, se fluxionne et finit par laisser le sang suinter, après quelques applications répétées plusieurs jours de suite ou réitérées au moment de plusieurs époques menstruelles consécutives.

Pour en finir avec les pessaires à tige, je vous rappellerai le pessaire introduit par Valleix dans le traitement de l'antéflexion. Celui de M. Simpson se compose d'un simple bulbe surmonté d'une tige de 6 à 7 centimètres de long, de métal creux, très-léger, et d'une tige vaginale dont une des extrémités pénètre dans le bulbe du pessaire, tandis que l'autre tient à une sorte de plastron de fil métallique, flexible, venant s'appliquer et se mouler sur le pénis. La simplicité de cet appareil m'a paru bien supérieure à la complication que Valleix y a apportée en guise de perfectionnement. Je ne puis me dissimuler que cette complication ne soit nuisible à l'action de l'appareil, en donnant à l'utérus une immobilité absolue, au lieu de l'immobilité relative que lui donne la simplicité de l'appareil primitif. Il est préférable, en effet, tout en soutenant le corps et le col de l'utérus par un tuteur unique qui les empêche de se fléchir l'un sur l'autre, de laisser à l'utérus entier une mobilité relative, eu égard au vagin et au petit bassin. Je ne doute pas que, à ce point de vue, l'appareil primitif ne soit moins dangereux que l'appareil de Valleix ne l'a été en France, où plusieurs accidents graves en ont fait abandonner à peu près complétement l'emploi.

Du reste, je n'ai pas eu le temps de voir assez souvent l'application des divers appareils que je viens de vous décrire, ni de suivre assez longtemps les malades qui l'ont subie pour avoir une opinion positive ou expérimentale sur les résultats qu'on en obtient en Angleterre. Mais je ne doute pas qu'on ne trouvât quelque avantage à les essayer en France.

J'ai pu voir, au contraire, le soulagement que quelques malades ont éprouvé de l'application de certains pessaires simples ou extra-utérins; c'est pourquoi je ne terminerai pas cette lettre sans vous en dire quelques mots.

(1) Académie de médecine, séance du 24 juin 1862.

Vous savez combien nos anciens pessaires sont embarrassants, soit par la pression directe qu'ils exercent sur l'utérus, soit par le contact étendu de leurs points d'appui sur le vagin. Vous savez qu'on a cherché à les remplacer par des pessaires à plaques mobiles autour d'une charnière, pouvant être introduits fermés, se développant lorsqu'on les a introduits, distendant la partie supérieure du vagin et soutenant l'utérus par le moyen détourné de cette distension, c'est-à-dire indirectement. Zwanek (de Hambourg), qui a imaginé ces petits appareils en 1853, après l'*étytromochlion* de Kilian, leur a donné le nom d'*hystérophores*. Le mécanisme par lequel les tiges inférieures étaient rapprochées de manière à déterminer l'écartement des plaques supérieures a été heureusement modifié par Schilling et par Eulenburg. Mais M. Savage, tout en imitant la modification de ce dernier, a simplifié l'appareil de manière à en rendre l'usage aussi aisé que possible. Ce perfectionnement consiste à munir l'appareil d'un petit tube de caoutchouc retenu par une bifurcation supérieure auprès de la charnière, et dans lequel on peut, après avoir placé le pessaire, introduire les extrémités inférieures des tiges rapprochées, de manière à prévenir leur écartement. Dès lors, rien de plus simple que de mettre le pessaire en place et de le retirer à volonté.

J'ai vu M. Simpson employer deux pessaires encore plus simples. Le premier est une sorte d'anneau triangulaire à angles émoussés, de gutta-percha. Par son angle inférieur, il appuie sur le vagin et le plancher périnéal ; par son bord supérieur arrondi, il repousse en haut le fond dans les cas de rétroflexion, ou bien il retient le col, qu'on y engage préalablement vers la partie postérieure du vagin dans les cas de rétroversion. Le second est une large plaque de gutta-percha excavée en gouttière superficielle sur laquelle on fait reposer le fond de l'utérus rétroversé, tandis que le pétiole qui part du milieu de cette plaque appuie par son extrémité inférieure sur la paroi inférieure du vagin et le plancher périnéal. J'ai vu des malades supporter ces petits appareils si bien, qu'elles ne pouvaient s'en passer. Une dame qui souffrait depuis quatorze ans d'une rétroversion, au point de ne pouvoir marcher, éprouvait de l'emploi de ces pessaires un soulagement équivalent à une guérison.

Je ne vous parlerai pas plus longuement, mon cher ami, de ces minuties chirurgicales; vous savez pourtant quelle importance leur application prend dans certaines occasions. C'est ce qui m'a décidé à ne pas terminer cette lettre sans vous en entretenir, car le médecin n'est pas comme le préteur : *De minimis curat.*

Agréez, etc. A. Courty.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

Séance du 7 septembre 1863. — Présidence de M. Morin.

M. *Milne Edwards* présente la première partie du VIII^e volume de ses Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux. Dans ce fascicule, l'auteur termine l'histoire des fonctions de nutrition.

Pathologie. — *Note sur l'infection purulente*, par M. *Batailhé.* — De ses nouvelles expériences et de celles qu'il a rapportées dans ses précédents mémoires, l'auteur conclut :

1° Que le mot *infection purulente* doit disparaître de la science ; qu'il doit être remplacé par la dénomination *infection putride des premiers jours* (pour distinguer cette infection de l'infection putride entendue dans le sens ordinaire). 2° Le terme *phlébite suppurative infectieuse* doit également disparaître, la phlébite suppurative ne produisant pas l'infection. 3° Il y a un moyen fort simple de prévenir l'empoisonnement dit *infection purulente.* Il faut panser les plaies récentes à la façon des anciens : avec les alcools (alcool, eau-de-vie, vulnéraire, vin, etc.), avec les baumes liquides (Fioraventi, du Commandeur, etc.), qui empêchent la putréfaction des liquides, bouchent les veines et les lymphatiques ouverts. Dans quelques cas exceptionnels même, il faut recourir aux caustiques, ou même au fer rouge, dans les cas, par exemple, où il y a de grosses veines ouvertes et béantes. 4° Il faut faire l'application des mêmes principes à la fièvre puerpérale qui est, elle aussi, une infection putride des premiers jours, et traiter l'utérus d'une femme qui vient d'accoucher comme l'on doit traiter une plaie récente. On sauverait ainsi quinze à vingt mille femmes environ qui meurent tous les ans, en France, de la fièvre puerpérale. (*Comm. :* MM. Andral, J. Cloquet, Cl. Bernard.)

Physique du globe. — *Quelques faits pour servir à l'étude de l'eau de la pluie*, par M. *Robinet.* — Au moyen d'un appareil convenablement disposé, M. Robinet a recueilli l'eau de la pluie, à Paris, le plus souvent possible, depuis le 1^er mars 1862 jusqu'au 8 septembre 1863, c'est-à-dire pendant une période de dix-huit mois.

Sur 118 observations, la moyenne générale des degrés hydrotimétriques est 3°,27.

L'eau de la pluie à Paris contient principalement du sulfate de chaux et une matière organique peu connue. La proportion du sulfate de chaux peut s'élever jusqu'à 20 grammes et plus par mètre cube. L'acide carbonique, supposé à l'état de liberté, n'est pour rien dans les degrés hydrotimétriques de l'eau de la pluie. L'eau de la pluie a la propriété de mousser par l'agitation plus qu'aucune des eaux qui ont pu lui être comparées. L'eau de la pluie de Paris mêlée avec du nitrate d'argent se colore en rouge de diverses teintes, et forme même un dépôt de couleur grenat. Le principe grenat contient de l'argent. La nature de la substance qui produit ce phénomène de coloration n'est pas connue. (*Comm. :* MM. Pelouze, Boussingault, Balard.)

Toxicologie. — *Expériences sur l'action physiologique des sels de thallium*, note de M. *Paulet*, présentée par M. Milne Edwards. — L'auteur termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Le thallium est un poison dont l'action est beaucoup plus énergique que celle du plomb ; on peut le ranger parmi les métaux les plus vénéneux. 2° Le carbonate de thallium administré à forte dose (1 gramme) tue les lapins en quelques heures. 3° Donné à plus faible dose, il tue en quelques jours en produisant un ralentissement de l'action respiratoire et des troubles dans la locomotion (tremblement général et défaut de coordination des mouvements. 4° Son action est la même, soit qu'on l'emploie en frictions sur la peau, soit qu'on l'injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané; seulement, dans ce dernier cas, une très-faible dose peut amener la mort (5 centigrammes). 5° Toutes les fois que son administration a déterminé la mort, les animaux paraissent avoir succombé à l'asphyxie. 6° L'analyse spectrale est un très-bon moyen de déceler de très-faibles quantités de thallium dans les organes qui peuvent en contenir. 7° Enfin, le carbonate de thallium administré à très-faibles doses peut être toléré, et, dans ce cas, son action ressemble beaucoup à celle des sels de mercure. Peut-être la thérapeutique pourrait-elle l'employer avec avantage dans les cas où les mercuriaux sont indiqués. (*Comm. :* MM. Pelouze, Payen, Cl. Bernard.)

Tératologie. — M. *Camille Dareste* présente la description d'*un monstre simple dans la région moyenne, double supérieurement et inférieurement.* (*Comm. :* MM. Serres, Milne Edwards, Longet.)

Chimie appliquée. — *Recherches chimiques sur le pain et sur le blé découverts à Pompéi*, par M. *S. de Luca* (deuxième partie). — Le blé de Pompéi, tout en conservant sa forme primitive,

a perdu toute trace de produit organique et ne contient ni gluten, ni amidon, ni sucre, ni matières grasses : il s'est décomposé de telle manière qu'on y retrouve encore tout l'azote et presque tout le carbone du blé ordinaire; mais les éléments minéraux que j'y ai découverts en très-forte proportion doivent probablement leur origine aux eaux qui, tenant en suspension ou en dissolution ces matières salines, les auront déposées sur la partie charbonneuse, perméable et amorphe de ce blé.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1°. M. le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation d'un décret en date du 31 août dernier, par lequel est approuvée l'élection de M. *Blot* comme membre titulaire dans la section d'accouchements, en remplacement de M. *Cazeaux*, décédé.

Le même ministre transmet le modèle et la description d'une pince destinée à extraire les corps étrangers du pharynx et de l'œsophage, et inventée par M. le docteur *Henri Weil* (de Vienne). (*Comm. :* MM. Gosselin et Depaul.)

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce communique : *a.* Un rapport de M. le docteur *Marcaggi* sur le service médical des eaux minérales de Gugno (Corse) pendant l'année 1861. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Un mémoire de M. le docteur *Chonnaux-Dubisson* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi dans les environs de Villers-Bocage (Calvados) en 1862. — *c.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans le département de la Somme. (*Commission des épidémies.*)

3° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre relative aux dangers des piqûres de mouche, par M. le docteur *Duval* (de Boulogne-sur-Mer). — *b.* Une note de M. *Courdin* sur le traitement des cavernes pulmonaires par les injections de nitrate d'argent. — *c.* Le registre d'inscription des malades traités en 1861 à l'hôpital thermal de Bourbonne-les-Bains, par M. le docteur *Cabrol.* (*Commission des eaux minérales.*)

M. *J. Cloquet* dépose sur le bureau une *Observation de plaie pénétrante du larynx avec perte de substance, suivie de guérison, chez un aliéné atteint de monomanie suicide*, par M. le docteur *Maréchal*, chirurgien de la marine à Toulon. (*Comm. :* MM. Cloquet, Baillarger, Michon.)

M. *Larrey*, au nom de M. le docteur *Boudin*, fait hommage d'une brochure intitulée : ÉTUDES ETHNOLOGIQUES SUR LA TAILLE DES POPULATIONS DE LA FRANCE.

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une réclamation relative au vote de la dernière séance, qui a terminé la discussion sur les vivisections. M. Dubois (d'Amiens), absent de Paris pour affaires de famille, a été très-surpris de cette brusque clôture. Il se proposait de prononcer un nouveau discours... Dans tous les cas, il avait formulé trois amendements dans son premier discours, et l'article 29 du règlement porte formellement que, lors du vote sur les conclusions d'un rapport, on doit donner la priorité aux amendements déposés par un ou plusieurs membres de l'Académie. D'ailleurs, M. le Secrétaire perpétuel craint que le petit nombre d'académiciens présents à la dernière séance n'ait un peu altéré la sincérité du vote.

M. Dubois n'a pas le droit de faire publier son second discours dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE, puisqu'il n'a pas été prononcé à la tribune; mais, si l'Académie n'y voit pas d'objection, il demande la permission de le publier dans l'UNION MÉDICALE.

M. *le Président* exprime le regret que M. le Secrétaire perpétuel n'ait pas prévenu le bureau de son absence et de l'intention qu'il avait de prononcer un second discours sur les vivisections. Si M. Dubois s'était conformé à cette simple formalité, la parole lui aurait été réservée, et la discussion n'aurait pas été close dans la dernière séance.

M. *Bouley* trouve surprenant que M. Dubois (d'Amiens) puisse suspecter la sincérité du vote de l'Académie. Il demande que M. le Secrétaire perpétuel retire une expression si désobligeante pour la Compagnie tout entière.

M. *Dubois* (d'Amiens) se rend au désir exprimé par M. Bouley.

Discussion sur la rage.

M. *Béclard* lit, au nom de M. *Reynal* absent, un discours dont voici l'analyse :

« Comme M. Bouley, dit M. Reynal, je suis persuadé que la divulgation des faits de rage, et surtout d'une instruction populaire, pourrait être utile. Et tel est mon sentiment sur ce point, que j'ai souvent exprimé le vœu de voir les communes délivrer *gratis* cette instruction à tous les propriétaires au moment de la déclaration prescrite par l'impôt sur la race canine. Mais cette mesure, que je crois bonne, ne m'inspire pas la même confiance qu'à M. Bouley.

» Sans nier que la rage ne se développe quelquefois spontanément, on doit reconnaître que c'est surtout par les morsures du chien que cette maladie se propage; les documents le prouvent, et tout le monde est d'accord sur ce point...

» Pour éviter ces morsures, je crois dans l'espèce que la séquestration serait plus efficace que les connaissances acquises par la lecture de l'instruction sur la rage...

» Je voudrais, par exemple, que tout chien qui aura été mordu ou seulement attaqué par un autre chien enragé fût séquestré pendant six mois au moins... Je suis convaincu que, si cette prescription était sévèrement observée, on verrait à coup sûr diminuer considérablement les accidents rabiques.

» La séquestration pendant six mois n'est pas exagérée. Dans le cours des expériences que j'ai faites avec M. Renault, j'ai vu dans quelques cas la rage n'apparaître qu'après cette période de temps.

» La séquestration a un autre avantage, c'est qu'il est rare que les propriétaires, pendant le temps qu'elle dure, ne consentent au sacrifice de l'animal séquestré.

» En résumé, je crois à l'efficacité des mesures administratives pour empêcher la propagation de la rage; je crois qu'elles sont utiles, nécessaires; que l'Académie doit exprimer le vœu que ces mesures soient maintenues, ordonnées et exécutées. »

M. *Tardieu.* Je crois me faire l'interprète fidèle des sentiments de l'Académie en adressant à M. Bouley des félicitations sincères pour l'excellent rapport qu'il a lu dans les séances du 2 et du 9 juin dernier. Ce rapport fait le plus grand honneur au talent et au zèle de notre éminent collègue, et je le crois destiné à rendre de signalés services à l'hygiène et à la salubrité publique, en vulgarisant des notions précises sur la rage et des préceptes excellents pour se garantir de cette effroyable maladie.

Dans ce travail considérable, plein d'érudition, et dont je ne voudrais en rien amoindrir le mérite, M. Bouley n'a point parlé des travaux de la commission d'enquête permanente instituée en 1850 près le ministère de l'agriculture et des travaux publics, par M. Dumas, alors ministre, dans le but de recueillir, de collationner, d'étudier tous les documents relatifs à la rage en France, et d'en dresser une statistique annuelle.

M. Bouley aurait trouvé dans ces documents des renseignements précis, authentiques et très-propres à élucider la plupart des points litigieux que soulève l'histoire de l'hydrophobie.

Je vais essayer de suppléer à cette lacune du rapport; et, à l'aide de ces documents, portant sur 319 cas de rage confirmée, observés chez l'homme dans une période de douze ans, de 1850 à 1862, j'espère pouvoir apporter quelques additions utiles et quelques rectifications nécessaires aux diverses questions si bien exposées et si savamment développées par M. Bouley.

Le chien, suivant notre honorable collègue, serait, dans l'immense majorité des cas, le point de départ de la rage hu-

maine. Cette assertion est confirmée par les documents de l'enquête. En effet, sur les 319 cas de rage consignés dans ces documents, 261 ont été communiqués par des chiens, 31 par des loups, 14 par des chats, 1 par un renard, 1 autre par une vache. Dans 11 cas, l'origine n'a pas été indiquée. La transmission de la rage par le loup a de tous les temps été signalée comme produisant les accidents les plus rapides et les plus sûrement funestes. Je crois qu'on peut expliquer ce fait parce que les morsures du loup portent le plus souvent au visage, et que cette région, à cause de son extrême vascularité, réunit les conditions les plus favorables à l'absorption du virus rabique.

M. Bouley révoque en doute la contagion de la rage par les herbivores. L'enquête officielle en fournit un exemple dont je puis garantir l'authenticité. L'an dernier, dans le département de l'Ain, une vache mordue par un chien enragé mordit à son tour un berger, jeune homme de vingt-deux ans. Trente jours après, le berger avait un accès de rage et succombait au bout de quarante-huit heures. La transmission de la rage par les herbivores n'est donc pas impossible; elle est seulement rare et exceptionnelle.

La race des chiens exerce-t-elle une influence sur la transmissibilité de la rage canine à l'espèce humaine? L'enquête ne renferme pas de renseignements suffisants pour résoudre cette question. Ce qu'il résulte de plus clair des informations qui me sont parvenues, c'est que la rage est communiquée le plus souvent par les chiens *familiers*, c'est-à-dire par ceux qui vivent dans l'intérieur même de la maison, et qui partagent en quelque sorte les habitudes du maître; mais la race n'est pour rien dans ce funeste résultat.

Quant au siége des morsures faites sur l'homme par les chiens enragés, on trouve, dans l'enquête, sur 214 cas, 122 pour les membres supérieurs, 54 pour le visage, 38 pour les membres inférieurs. D'où il suit que ce sont les parties découvertes qui ont été le plus souvent atteintes par la bave virulente.

J'applaudis aux tentatives faites par M. Bouley pour déterminer, aussi bien que possible, le nombre annuel de cas de rage observés dans l'espèce canine. M. Vernois avait déjà fait des efforts surhumains pour résoudre cette question. Malgré toute l'estime que m'inspirent les travaux de nos deux éminents collègues, je ne crois pas qu'ils soient arrivés à des résultats satisfaisants. Je ne connais guère de problème dont la solution soit plus difficile; et je me défie de ces statistiques approximatives, de ces chiffres arbitraires, de ces proportions hypothétiques, tels que ceux qui ont été si souvent et si justement critiqués dans le rapport de M. Bouley.

Les seuls documents sérieux que nous possédions à cet égard, et qui permettent d'établir une relation à peu près exacte entre le nombre des cas de rage humaine et le nombre des cas de rage canine observés dans le même temps, ce sont les registres des écoles d'Alfort et de Lyon. Or, on voit que, dans l'espace de six ans, 332 chiens enragés ont été reçus et traités dans ces deux établissements, tandis qu'on trouve, dans les documents de l'enquête administrative, 197 cas de rage humaine pour la période correspondante. D'où il résulte que la rage est beaucoup plus fréquente chez le chien que chez l'homme, et que, pour ce dernier, elle est plus commune dans les campagnes que dans les villes.

Quelle est, en France, pour l'espèce humaine, la proportion annuelle des cas de rage?

M. Lélut, dans le rapport qu'il a présenté en 1855 au corps législatif, lors de la discussion sur la loi de la taxe des chiens, a admis le chiffre énorme de 200. M. Boudin a adopté, plus récemment, celui de 150. Ces deux chiffres sont absolument faux, complétement erronés, ainsi que l'enquête le démontre. Elle établit en effet que, de 1850 à 1863, on n'a observé, en France, que 319 cas de rage chez l'homme, ce qui réduit la proportion annuelle à une moyenne de 20 à 24, chiffre de dix fois inférieur, comme on le voit, à ceux fournis par MM. Lélut et Boudin.

Il serait intéressant de connaître la proportion naturelle qui existe entre les individus simultanément mordus et ceux qui sont ultérieurement atteints par la maladie, l'expérience ayant démontré qu'un certain nombre d'individus exposés à la contagion échappent néanmoins à ses conséquences, par suite de circonstances souvent difficiles à apprécier, mais sur lesquelles a longuement insisté M. Bouley. L'enquête a appelé sur ce point l'attention toute particulière des observateurs. Cette indication, quoique incomplétement remplie, n'est cependant pas restée tout à fait stérile. Le rapport dont il s'agit a été recherché et a pu être noté dans un certain nombre de cas; et, en résumant ces recherches, nous avons pu arriver à cette conclusion importante que, sur 334 individus simultanément mordus par des chiens enragés, 185 seulement ont été atteints par la contagion : ce qui donne la proportion de 55 pour 100, proportion qui, comme on voit, s'écarte beaucoup de celle de 33 pour 100 indiquée par Renauld, et surtout de celle de 5 pour 100 adoptée par Hunter.

Le sexe du chien ne paraît avoir aucune influence sur la transmissibilité de la rage et l'efficacité de l'inoculation.

Quant à cette question, dans l'espèce humaine, elle n'a qu'un intérêt secondaire. Si la rage fait plus de victimes parmi les hommes que parmi les femmes, cette différence s'explique suffisamment par les habitudes et les travaux particuliers à chaque sexe, selon la judicieuse remarque de M. Vernois.

Eu égard à l'âge, l'enquête apprend que l'âge le plus tendre n'est pas à l'abri de la contagion de la rage; 30 enfants au-dessous de cinq ans figurent parmi les victimes de cet horrible fléau; ce qui prouve, en passant, que la rage est bien une maladie virulente, et nullement, comme le voudraient certains auteurs, une simple névrose convulsive provenant d'une vive impression morale.

Le développement spontané de la rage chez le chien a été, sinon nié, du moins très-formellement mis en doute par M. Boudin. M. Bouley a réfuté cette dangereuse doctrine; mais il l'a fait avec trop d'indulgence. Les preuves géographiques invoquées par M. Boudin sont incertaines, je puis même dire inexactes et fausses. Il n'est pas vrai de dire que la rage ne sévisse pas en Orient, ou que, dans les contrées du Levant où elle existe, elle ait été importée de l'Europe occidentale. Les renseignements officiels transmis à cet égard au comité de salubrité publique par nos médecins sanitaires sont tous unanimes sur l'existence de la rage en Orient. MM. les docteurs Punel, Amstein et Burguières l'ont observée en Égypte; M. Suquet, à Beyrouth; MM. Gaillardot et Nicora, à Damas; M. Camescasse, à Smyrne. Il est même probable que cette maladie est connue et redoutée des populations du Levant de temps immémorial, puisque certaines recettes, prônées comme spécifiques, demeurent le secret et la propriété de quelques familles qui se les transmettent par voie d'hérédité. L'argument géographique allégué par M. Boudin est donc sans fondement et sans valeur.

Est-il possible de contester la spontanéité de la rage chez le loup, qui vit isolé et solitaire dans les bois? Peut-on la nier chez ce chat qui devient enragé à la suite d'une large brûlure, et chez cette chatte qui, rendue furieuse par l'enlèvement de ses petits, mord le ravisseur et lui communique la rage? De tels exemples n'autoriseraient-ils point à admettre, par analogie, à défaut de preuves plus directes, le développement spontané de la rage chez le chien?

Quel degré d'influence convient-il d'accorder au musèlement des chiens sur le développement et la propagation de la rage? Renauld attribuait à cette mesure rigoureusement observée la disparition de la rage à Berlin. M. Bouley avait déjà pressenti que les faits invoqués par Renauld pouvaient bien avoir été surfaits. M. Bouley ne se trompait point. Dans une lettre adressée, le 1er juin 1862, à M. le ministre des affaires étrangères, l'ambassadeur de France en Prusse dé-

clare que le musèlement, loin d'être général dans ce pays, se borne à la seule ville de Berlin et à deux ou trois autres villes principales du royaume; qu'à Berlin même il est permis d'avoir des chiens non muselés dans les maisons, dans les hôtelleries, dans les omnibus, etc.; que, de l'avis de la plupart des médecins et des vétérinaires prussiens, le musèlement est une mesure illusoire et inefficace, à laquelle on ne peut attribuer aucune influence sur le non-développement de la rage.

M. Bouley a combattu comme un préjugé dangereux l'opinion généralement répandue que la rage canine se manifeste surtout et exerce ses plus grands ravages à l'époque des plus grandes chaleurs de l'année. M. Bouley a appuyé son assertion sur des chiffres. Seulement, en supputant par mois, il s'est servi d'un procédé statistique défectueux. Quand il s'agit d'étudier l'influence des températures sur l'apparition d'une maladie, il vaut mieux compter par saisons. Il faut, de plus, en ce qui concerne la rage, prendre pour base de ses calculs, non pas le moment où l'homme est mordu, ni celui où la maladie éclate chez lui, mais bien l'époque où la rage s'est montrée chez l'animal lui-même. On comprend combien est obscure et difficile la solution de la question posée en ces termes. Quoi qu'il en soit, les documents de l'enquête, tout en démontrant qu'aucune saison ne s'oppose réellement au développement de la rage, confirment d'une manière positive l'influence prédominante de la saison chaude sur la production et la transmission de cette redoutable maladie. Ils démontrent que les mois de juin, de juillet et d'août ont à eux seuls fourni la moitié des cas.

La durée de l'incubation de la rage, si arbitrairement fixée jusqu'ici, est une de ces importantes questions que l'enquête a, je crois, résolues d'une manière définitive. — Les faits rassemblés depuis douze ans de toutes les parties de la France, réduisent à néant ces récits chimériques d'explosions tardives, et ces exemples, tant de fois cités, dans lesquels les accidents n'auraient éclaté qu'une ou plusieurs années après la morsure. Sur 147 cas bien déterminés, l'incubation a été de moins de 1 mois dans 26 cas, de 1 à 3 mois dans 54 cas, de 3 à 6 mois dans 10 cas, de 6 à 12 mois dans 6 cas. Il est donc permis d'affirmer que dans l'immense majorité des cas, dans plus des cinq sixièmes, la rage transmise à l'homme éclate dans les six premières semaines qui suivent la morsure, et que ce n'est qu'exceptionnellement que l'incubation se prolonge au delà de trois mois; mais pourtant il ne faut pas rejeter d'une manière absolue la possibilité d'une explosion retardée pendant cinq, six et huit mois.

Une particularité digne de remarque et mise encore en évidence par l'enquête, c'est que la durée de l'incubation paraît être d'autant plus courte que les sujets atteints sont plus jeunes. Ainsi, l'incubation a varié de quinze à vingt jours chez des enfants de deux et trois ans, et de vingt à trente jours chez des enfants de sept à onze ans.

Je n'ai rien à dire sur le diagnostic de la rage, que M. Bouley a tracé de main de maître. Je crois, comme lui, que la vulgarisation d'une bonne description de cette maladie peut devenir la base d'une prophylaxie sérieuse, et, sur ce point, je ne saurais partager les doutes émis par M. Reynal.

Un fait observé à Lariboisière dans mon service en 1860, et d'autres analogues trouvés par M. Gros dans les annales de la science, tendraient à faire admettre qu'un accès de rage mortel, ou du moins un accès très-analogue à la rage, peut faire explosion chez l'homme à la suite de la morsure d'un chien non enragé. Le malade que j'ai observé fut pris de rage cinq semaines après avoir été mordu par un chien qu'on voyait encore très-bien portant et très-calme dans la boutique de son maître plusieurs mois après l'accident. C'est là un fait d'une haute importance et que les médecins ne doivent jamais perdre de vue.

M. Reynal préconise la séquestration des chiens comme le moyen préventif par excellence de la transmission de la rage. Sans doute, c'est une excellente mesure, et jamais l'autorité n'en a méconnu l'importance ni négligé l'application; mais la séquestration ne doit ni primer ni faire oublier les autres moyens dont l'efficacité est incontestable et prouvée par une longue expérience.

La taxe des chiens a-t-elle sensiblement diminué le nombre des cas de rage en France? En comparant les chiffres obtenus avant 1856, époque de la mise en vigueur de la loi, et les chiffres postérieurs à la promulgation, on voit que la diminution du fléau n'a pas répondu aux espérances du rapporteur, et que l'influence de la nouvelle mesure a été jusqu'ici peu sensible sur le nombre des victimes de la contagion.

Je ne saurais m'élever avec trop de force contre certaines tendances à amoindrir dans l'esprit du public la confiance que mérite à si juste titre l'action préservatrice de la cautérisation. Je le déclare avec la conviction la plus ferme, la seule chance de salut qui soit offerte aux personnes mordues par les animaux enragés consiste dans la cautérisation la plus prompte et la plus complète des plaies virulentes. J'en trouve la preuve la plus irrécusable dans les documents de l'enquête. Ces documents démontrent encore que l'influence de la cautérisation varie suivant que cette opération est plus ou moins profonde et qu'elle est pratiquée à une époque plus ou moins éloignée de la morsure. Ainsi, sur 115 individus morts de la rage, de 1852 à 1858, 64 n'avaient pas été cautérisés, 37 l'avaient été tardivement, et 14 d'une manière insuffisante. Voici un fait récent, rapporté par M. le docteur Catelan, et qui vient encore à l'appui de ce que j'avance : seize personnes et une ânesse sont mordues par le même chien enragé; les seize personnes, dont les morsures sont immédiatement cautérisées au fer rouge, échappent à la rage; l'ânesse, qu'on ne cautérise pas, est prise de rage et meurt. On ne saurait donc répéter avec trop d'insistance que le seul refuge contre ce mal redoutable est la cautérisation immédiate avec le fer rouge, et que tout autre moyen compromet l'avenir par la perte irréparable des seuls moments où le traitement préventif est applicable. Aussi, doit-on poursuivre sans relâche ces préjugés déplorables, ces promesses menteuses, ces pratiques absurdes, ces superstitions d'un autre âge, qui, dans leur vaine prétention de prévenir et de combattre la rage, livrent de malheureuses victimes à un mal qui ne pardonne pas. Je ne connais rien de plus propre à obtenir ce résultat que le moyen proposé par M. Bouley, à savoir, l'institution dans le sein de l'Académie d'une commission spéciale, non point permanente, mais temporaire, chargée de recueillir et d'étudier tous les documents relatifs à la rage, et de rédiger une instruction populaire à laquelle on donnerait la plus grande publicité possible.

La séance est levée à cinq heures.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Rapport sur les hôpitaux civils de la ville de Londres, au point de vue de la comparaison de ces établissements avec les hôpitaux de la ville de Paris, par M. Blondel, inspecteur principal, et M. Ser, ingénieur de l'administration de l'Assistance publique. Paris, Paul Dupont, 1862.

Le titre même du livre dont nous avons aujourd'hui à rendre compte, les noms des auteurs qui l'ont signé suffisent pour en indiquer toute la valeur et toute la portée. On sait quelles circonstances ont donné lieu à la mission dont l'administration a chargé MM. Blondel et Ser; on n'a pas oublié la discussion qui l'année dernière a agité pendant près de six mois l'Académie de médecine. Si cette discussion fut longue, trop longue peut-être, elle a eu, elle aura d'importants résultats, et n'eût-elle même produit que le rapport dont nous avons à parler, cela seul la garantirait déjà du reproche d'avoir été stérile.

Notre situation comme critique est cette fois tout exceptionnelle : mêlé presque directement au débat par notre note sur l'hygiène hospitalière en Angleterre, publiée à l'origine de la discussion (*Gaz. hebd*, 1861, p. 796), cité assez souvent dans le rapport, qui combat quelques-unes de nos conclusions et parfois aussi relève quelques erreurs commises par nous, on nous pardonnera de nous mettre de temps à autre en cause. Aussi, pour être plus à l'aise dans l'examen critique que nous avons à faire, qu'on nous permette, puisque l'occasion s'en présente, d'établir nettement notre situation personnelle dans la discussion.

Lorsque après avoir passé cinq mois à étudier, en 1858 à Londres, la chirurgie anglaise; lorsque après être retourné en Angleterre, en Écosse et en Irlande pour en visiter les hôpitaux et pour savoir par nous-même quelle était la fréquence de l'érysipèle, de l'infection purulente, etc., nous avons publié une note destinée d'abord à être lue à l'Académie, nous n'avons jamais eu la pensée de dire, et nous n'avons jamais dit, que tous les hôpitaux anglais étaient excellents dans toutes les parties de leur installation, tandis que les nôtres étaient détestables. Nous avons voulu montrer, et nous croyons l'avoir fait, que beaucoup de précautions regardées, avec raison, par nos voisins, comme indispensables à une bonne hygiène hospitalière nous étaient étrangères, que nous ignorions ou que nous négligions la plupart d'entre elles; nous avons voulu montrer qu'il y avait en Angleterre des hôpitaux nouvellement construits que nous pouvions, *dans quelques-unes* de leurs parties sinon dans leur ensemble, étudier comme des modèles; enfin, nous avons voulu surtout poser dans toute son étendue, en cherchant quelques éléments pour le résoudre, ce redoutable problème, posé déjà par nous en 1859, à la Société de chirurgie, établi avec bien plus de force, d'autorité et d'étendue par M. Topinard en 1860 dans un remarquable travail : la différence notable de mortalité après les amputations dans les hôpitaux de Paris et de Londres.

Ce que nous repoussons énergiquement c'est l'idée que nous ayions voulu attaquer l'administration des hôpitaux. Quoique nous ne soyions guère partisan de notre régime administratif français qui nourrit, — assez mal du reste pour la plupart, mais à nos dépens, — des milliers de fonctionnaires plus ou moins utiles, nous ne saurions oublier que ce nom d'administration n'est dans l'espèce que celui de M. Husson, de M. Davenne son honorable prédécesseur; qu'on ne saurait sans injustice et sans ingratitude oublier leur dévouement et leurs services; qu'il n'y a d'accusation possible que là où il y a fautes commises; et que s'il y eut sinon négligence, du moins indifférence sur ce qui se faisait à l'étranger, cette indifférence que nous partagions tous, n'était que trop justifiée par ce sentiment d'amour-propre national, si malheureusement exagéré en France, que tout était pour le mieux à Paris et que nous avions sur nos voisins une écrasante supériorité.

Les honorables et si dévoués directeurs qui se succédèrent à la tête de l'administration de l'Assistance publique ne pouvaient, en fait d'hygiène, que s'en rapporter aux médecins, les seuls compétents ; or, aucune réclamation de quelque importance n'avait jamais été faite, que nous sachions du moins. Si lors de la création de l'hôpital Lariboisière on eût assemblé une commission un peu plus médicale, cela eût peut-être été plus rationnel; mais il ne fût probablement venu à l'idée de personne d'aller chercher hors de France s'il n'y avait pas ailleurs quelque modèle à suivre.

Malheureusement la discussion amène souvent un peu d'exagération dans les opinions, et un moment on parut croire que nos hôpitaux étaient en masse les plus détestables de l'Europe; que les hôpitaux anglais réalisaient l'idéal, la suprême perfection ; que l'administration des hôpitaux était coupable de tous les méfaits; qu'elle était restée sourde à tous les conseils — qu'on ne lui avait pas donnés (un peu, il est vrai, parce qu'elle n'en demandait guère); que nous avions dans nos hôpitaux une mortalité effrayante, tandis que personne ne mourait dans ceux de Londres, et cela non pas en raison de certaines différences dans l'hygiène et la thérapeutique, mais uniquement parce que ces hôpitaux étaient, comme bâtiments, meilleurs que les nôtres. D'autres orateurs, plus patriotes sans doute, soutenaient radicalement l'opinion contraire, et quelques-uns étaient bien près de dire que, hors de notre belle France, il n'y a qu'ignorance, impuissance et surtout mauvaise foi; que tout est pour le mieux en deçà de nos frontières, et que prétendre le contraire est faire acte de mauvais citoyen.

Quoi qu'il en soit, l'administration, qu'on sembla plusieurs fois accuser, crut devoir se défendre, et M. Davenne eut peut-être à son tour le tort très-excusable d'innocenter à peu près en tout notre hygiène hospitalière qui, sur certains points, demande des améliorations et quelquefois des réformes radicales. La discussion terminée, M. Husson, moins pour répondre aux attaques portées devant l'Académie (en cherchant à constater si les hôpitaux anglais n'étaient pas vantés outre mesure), que par le désir bien autrement louable d'emprunter à l'Angleterre les améliorations dont notre régime hospitalier était susceptible, chargea M. Blondel, inspecteur principal, et M. Ser, ingénieur de l'administration, d'aller parcourir les hôpitaux de Londres et de lui faire un rapport sur leur visite. C'est ce rapport que nous allons examiner, et bien que la mission des auteurs ait été courte, puisqu'elle ne dura que dix-sept jours, grâce aux renseignements pris personnellement à Londres, à quelques autres obtenus par des voies plus indirectes, guidés du reste par ce qui avait été dit à la tribune académique et dans la presse, MM. Blondel et Ser nous ont donné, moins un rapport qu'un livre très-intéressant, plein de faits et de détails précieux, rédigé avec la plus grande, la plus scrupuleuse impartialité et que consulteront avec fruit tous ceux qui s'intéressent à cette question si importante d'hygiène nosocomiale.

Mais si les auteurs nous ont exposé les choses telles qu'ils les ont vues, et nous pouvons dire (malgré quelques erreurs de détail peu importantes) telles qu'elles sont réellement, leur appréciation de ces choses, le jugement qu'ils en ont porté, soit d'une manière absolue, soit relativement à ce qui existe à Paris, diffèrent notablement parfois de notre propre appréciation. Bien des choses, en Angleterre, heurtent tout d'abord nos idées et nos habitudes; cette sensation s'émousse par la réflexion; l'appréciation varie sans doute suivant l'âge, le caractère de l'observateur, mais aussi suivant qu'un commerce plus ou moins intime avec le peuple qu'il étudie, qu'un séjour plus ou moins long lui permettent de voir l'enchaînement logique des causes et des résultats.

Nous ne voudrions au besoin d'autres preuves que la réprobation que manifeste M. Blondel pour le mode de réception des malades dans les hôpitaux anglais.

Ces hôpitaux sont, on le sait, soutenus uniquement par la charité privée ; ils ne sont pas ouverts indistinctement à tous les malades; ceux-ci doivent presque toujours présenter, pour être reçus, une lettre de recommandation d'un des souscripteurs pour l'entretien ou la fondation de l'établissement; partout cependant, on peut le dire, les cas d'urgence sont exceptés. L'admission ordinaire n'a lieu que deux ou trois fois dans la semaine ; dans beaucoup d'hôpitaux les malades doivent apporter leur linge de corps, quelquefois même se fournir à leurs frais de thé, de sucre, etc.

« L'hôpital anglais nous paraît être, dit M. Blondel, plus » exclusivement que le nôtre, un établissement de faveur ou » un lieu spécial de traitement. L'hôpital français est un asile » pour tout être qui souffre et que la science peut soulager. » Et quoique l'auteur ajoute : « nous ne critiquons pas, nous disons seulement ce qui est » ; on voit que cela l'a choqué, et il faut le dire, ce besoin de recommandation est une des choses qui ont le plus soulevé de réprobation chez la plupart des orateurs académiques. A cet égard une courte explication est nécessaire. Qu'est-ce que l'hôpital en Angleterre? Le résultat

de l'association de quelques individus se réunissant pour former une société de secours mutuels contre la maladie; association d'autant plus louable que la plupart des souscripteurs étant riches n'ont pas à songer pour eux-mêmes aux bénéfices de la mutualité; mais ils insèrent dans leur acte de fondation cette clause : l'hôpital fondé et entretenu exclusivement par nous, donnera exclusivement ses secours à nous, sociétaires, ou à ceux auxquels nous déléguerons nos droits. Y a-t-il là de l'inhumanité, et faut-il, comme quelques orateurs, crier au scandale? Nous ne le pensons pas.

Il y a à Paris une association des médecins de la Seine fondée et entretenue par des médecins; qu'un corroyeur ou un forgeron dans le besoin aille trouver le président de la Société, et lui dise : vous dirigez une institution de secours, je suis dans la misère, que votre Société m'assiste. Que lui répondrait-on? Allez au bureau de bienfaisance, ou si vous en faites partie, à l'Association de secours mutuels des corroyeurs et des forgerons, mais nous ne pouvons rien pour vous. De même à Londres le directeur de l'hôpital peut dire au malade : allez à l'infirmerie de Workhouse, ou obtenez d'un membre d'une Société hospitalière qu'il vous délègue ses droits, mais nous ne pouvons rien pour vous, car vous ne faites pas partie de notre association. Aussi, outre les personnes qu'un sentiment de charité pure engage à souscrire, il en est beaucoup d'autres pour lesquelles la souscription n'est autre chose qu'une prime d'assurance contre la maladie, prime payée tous les ans, et ces souscripteurs sont très-souvent, non pas seulement des individualités, mais d'autres associations et les Workhouses eux-mêmes.

Nous possédons la liste des souscripteurs à l'hôpital de Glascow, et nous avons montré que la plupart des souscriptions proviennent d'ateliers qui souscrivent collectivement pour envoyer à l'hôpital leurs ouvriers malades, d'équipages des navires de la Clyde, de mineurs qui extraient la houille, le minerai de fer, etc.

Du reste, un des précieux tableaux joints par M. Blondel à son remarquable rapport, montre que cette règle de la recommandation souffre de nombreuses exceptions. Ainsi nous voyons qu'en une année sur 10 876 malades reçus dans les hôpitaux de Saint-George, London, Middlesex, Saint-Mary, 6202 malades, c'est-à-dire la moitié, furent reçus sans lettres de présentation; King's College accepta avec la même facilité les deux tiers et Charing-Cross les neuf dixièmes de ses pensionnaires, Guy la totalité. Il est vrai que les hôpitaux de l'Université, de Westminster, Consumption, n'en reçurent aucun sans la lettre de rigueur.

Pour ce qui concerne le traitement externe, la libéralité fut plus grande encore : sur sept hôpitaux on y admit sans recommandation 113 590 malades sur 138 127, et l'on peut ajouter à ce chiffre un nombre de consultations et de pansements moins important accordés avec la même facilité; nombre considérable puisqu'il fut pour Guy et Saint-Thomas seulement de 106 525 dans une seule année.

Toutefois, il faut bien le reconnaître, quoiqu'*en droit* cette exclusion des malades non recommandés par un souscripteur soit fondée, cependant elle a quelque chose qui choque nos sentiments d'humanité et de charité, ces sentiments qui nous font voir dans le malade un être dont il nous faut soulager tout d'abord les souffrances, sans nous inquiéter de savoir qui il est, ni d'où il vient. Agissons-nous ainsi en France?

« En France, dit M. Blondel, l'hôpital devenu en quelque » sorte établissement public, doit pourvoir, autant que possible, » à tous les besoins de la population pauvre. Ce n'est plus ici » le nombre des lits ni l'étendue des ressources qui limitent la » tâche, c'est le nombre des malheureux à secourir, et il faut » que l'hôpital s'ouvre à tous ceux qui se présentent, que » ceux-ci soient ou non de la localité, qu'on ait plus ou moins » les moyens de les placer convenablement. »

Nous sommes certain que M. Husson partage les louables et honorables sentiments si bien exprimés par M. Blondel; mais hélas! l'administration des hôpitaux, jadis indépendante, est soumise aujourd'hui à d'autres administrations, et d'administration en administration, de règlement en règlement, on en a fini par arriver à faire juste ce qui nous blesse si vivement à Londres. Ainsi nous trouvons extraordinaire qu'on laisse un malade anglais fournir son linge de corps, son thé, son sucre, mais nous forçons beaucoup des nôtres à payer 1 franc et plus par journée de séjour.

On allègue, nous le savons, que des gens même riches se faisaient par économie soigner à l'hôpital; le fait devait être rare assurément, mais enfin c'était un abus, et pour réprimer cet abus exceptionnel, on a sans le vouloir et sans le savoir commis un règlement qui, entre les mains d'agents subalternes, peut devenir une inhumanité. Il suffit souvent (et combien de fois l'avons-nous vu!) qu'une famille dont le chef est malade ne soit pas tout à fait réduite à la misère pour que le prix des journées d'hôpital soit exigé. Notre organisation diffère de celle des hôpitaux anglais; l'Assistance publique tire aujourd'hui la plus grande partie de ses ressources du trésor communal, d'impôts supportés par tous, ne doit-elle pas à tous les contribuables, qui pourraient les réclamer, les secours de la charité publique?

Nous blâmons l'exclusion des malades non souscripteurs ou non recommandés, et cependant nous repoussons de nos hôpitaux, en vertu du même raisonnement que nous blâmons chez les Anglais, les malades pauvres *étrangers au département*, par la raison qu'ils ne sont pas souscripteurs, c'est-à-dire contribuables dans le département de la Seine. Quoique nous l'ignorions complétement, nous avons la convictionque ce règlement n'émane pas *directement* de l'administration de l'Assistance publique.

Nous nous sommes étendu sur cette question du payement dans les hôpitaux, parce qu'en apparence et vu de loin, le règlement paraît tout à fait légitime; parce que vu de près et à l'œuvre, comme nous le voyons au lit du malade, il est déplorable; parce que l'administration supérieure ignore certainement ces choses; et nous connaissons assez le dévouement et la sollicitude des administrateurs qui dirigent *directement* avec tant de zèle l'Assistance publique, pour être certain qu'il suffit de leur signaler des abus pour qu'ils cherchent à les constater, et, après les avoir constatés, à les faire disparaître. Puisse le règlement disparaître tout entier, puisse l'administration des hôpitaux redevenir indépendante, ce sera là sans doute la meilleure réforme et nous l'appelons de tous nos vœux.

Dans le paragraphe suivant, M. Blondel nous donne, d'après l'ouvrage récent de M. Sampson Low, la nomenclature des hôpitaux de Londres et le nombre des lits que renferme chacun d'eux.

On y trouve 14 hôpitaux dits généraux comprenant 3626 lits, 66 hôpitaux spéciaux, infirmeries, dispensaires divers et 39 dispensaires locaux. Sur les 66 hôpitaux spéciaux, 34, suivant le même auteur, peuvent recevoir simultanément 2344 malades, en soigner par an 13 144 à l'intérieur des établissements et 152 079 à l'extérieur. 19 hôpitaux généraux ou spéciaux ont été visités par MM. Blondel et Ser, et c'est d'après le résultat de leur examen que leur rapport a été fait.

M. Blondel relève une erreur légère que nous avons commise, celle d'attribuer 305 lits à Middlesex au lieu de 255, et 100 seulement à Charing-Cross au lieu de 120. Quant à l'infirmerie du Workhouse, de Marylebone, laquelle renferme 320 lits, c'est à dessein que nous l'avons comprise dans la liste des établissements hospitaliers; car nous les citions non pour en donner la nomenclature suivant leur destination, mais comme spécimen du nombre des lits que renferment les principaux d'entre eux, comparativement aux nôtres.

Du reste, comme le fait lui-même remarquer M. Blondel en donnant la description de ce Workhouse, l'infirmerie de Marylebone reçoit non-seulement les malades de l'établisse-

ment mais aussi ceux du dehors, « c'est en quelque sorte un hôpital dans un hospice. »

Paris, pour 1 600 000 habitants, possède 6924 lits d'hôpital; Londres, pour 3 000 000 d'habitants, n'en possède que 4185. La différence est donc largement à notre avantage; ajoutons encore les secours donnés par l'Assistance à domicile, institution admirable, si bien réorganisée par M. Davenne, si bien dirigée sous l'impulsion éclairée de M. Husson et de ses collaborateurs, et qui, après avoir reçu les perfectionnements qu'elle demande, révolutionnera dans un sens plus moralisateur et plus bienfaisant encore la charité publique à Paris.

« Quand on a parcouru Londres, dit le rapport, quand on » songe qu'il s'agit d'une ville de 3 000 000 d'habitants ré» partis sur un territoire de 31 000 hectares; quand on songe » à l'affreuse misère qui, au dire général, règne en perma» nence dans certains quartiers, on se demande comment les » ressources de la charité privée, telles que nous avons été à » même de les apprécier, peuvent répondre à toutes les souf» frances; on se prend à craindre qu'il n'existe en secret, aux » derniers échelons de l'échelle sociale, des misères si affreuses » et si profondes, qu'elles découragent même les élans des » âmes les plus généreuses. »

C'est en effet ce qui existe, ce que nous avons constaté dans toutes les grandes villes, à Londres, à Manchester, à Édimbourg, à Dublin, et quelque admirable que soit partout la charité privée, elle sera longtemps, sinon toujours insuffisante à soulager une misère qui, arrivée à un certain degré, entraîne avec elle la plus triste dégradation morale; aussi sous ce rapport aucune comparaison n'est heureusement possible entre Paris et Londres, quelle que soit la misère qui accable à Paris tant de malheureux.

Dans le troisième paragraphe, M. Blondel étudie les conditions d'admission dans les hôpitaux de Londres, les conditions de séjour, les motifs d'exclusion, etc. Nous en avons déjà parlé à propos du paragraphe premier. Puis, viennent une appréciation sommaire des établissements visités par les auteurs, un aperçu sur l'organisation administrative, et nous sommes heureux mais non étonné, connaissant son extrême impartialité, de voir M. Blondel terminer ainsi le premier chapitre de son rapport :

« On trouve, cela n'est pas douteux, plus de simplicité d'or» ganisation, plus de facilité de contact entre toutes les per» sonnes qui concourent à une même œuvre, et surtout moins » de travail administratif, dans les hôpitaux de Londres que » dans les nôtres; aussi pourrions-nous, sous ces divers rap» ports, porter envie à nos voisins; mais ce sont des avantages » qui tiennent au caractère même des établissements anglais, » et qu'on ne saurait obtenir avec le principe de centralisation » appliqué en France, lequel offre d'ailleurs, comme nous » l'avons déjà vu, d'importantes compensations. »

Léon Le Fort.

(*La suite à un prochain numéro.*)

V

VARIÉTÉS.

Une proposition à l'occasion du débat sur les vivisections.

A voir la passion des sociétés protectrices des animaux et leurs invectives qui semblent des préliminaires de bataille, on croirait vraiment qu'elles se défendent elles-mêmes. Remercions-les pourtant des grands débats qu'elles ont soulevés; elles nous auront fourni l'occasion de remettre les animaux à leur place et de donner une formule de notre affection pour eux : Il faut protéger les animaux dans la mesure de leur utilité seulement, et les aimer, comme tout le monde, proportionnellement à leurs vertus.

Mais ce n'est pas tout. Au moment où les sociétés protectrices des animaux portent leurs doléances devant le tribunal de l'opinion publique, il n'est peut-être pas inopportun de faire observer que les hommes civilisés de tous les pays pourraient trouver dans une œuvre encore meilleure un noble but pour leurs méditations et leurs travaux.

Assurément, les sociétés protectrices des animaux sont dignes de sympathie. Elles tendent à satisfaire un sentiment inné de compassion; elles s'efforcent de corriger la méchanceté lâche et cruelle des gens grossiers et ignorants; en un mot, elles diminuent la somme du mal qui se fait en ce monde.

Mais sans délaisser la cause des animaux, quel bien ne pourrait pas réaliser une vaste association d'hommes instruits qui se donnerait pour but la protection de la vie humaine!

Est-ce à dire que la vie humaine manque de protection dans notre état social? Loin de moi ce blasphème contre nos institutions fondamentales. L'armée et la magistrature nous donnent le premier des biens sociaux : la *sécurité* contre nos ennemis du dehors et du dedans, comme le conseil de salubrité et les institutions médicales nous donnent le premier des biens personnels : la *santé*.

Mais les institutions publiques laissent nécessairement une place au perfectionnement; si petite qu'on la suppose, elles en laissent une, et c'est par les recherches dues à l'initiative particulière que se produisent les découvertes et que se réalisent les progrès.

Tout ce que les pouvoirs militaires et civils, tout ce que l'hygiène publique, les Facultés et les Académies de médecine ne sauraient accomplir pour garantir la vie humaine et la protéger, rentrerait dans le programme de la Société protectrice dont je propose la formation.

Ce qu'a pu réaliser avec un si brillant succès la *Société de biologie*, au point de vue de la description de la vie par le concours des anatomistes et des physiologistes, la *Société protectrice de la vie humaine* le ferait au point de vue de la conservation de la vie par le concours des hygiénistes et des médecins, des moralistes et des économistes.

Elle ferait connaître les dangers matériels de l'ignorance par des statistiques comparatives de la mortalité dans les classes instruites et dans les classes illettrées. Elle inscrirait donc en tête de son programme la lutte contre l'ignorance considérée comme cause de mort. Elle aurait pour devise : Vita est lux.

Elle se chargerait de répandre les notions les plus utiles de l'hygiène publique et privée. Elle encouragerait par des récompenses tous les dévouements à la vie, et elle propagerait toutes les découvertes directement afférentes à la sauvegarde de la vie humaine. Elle protégerait l'enfance; elle combattrait toutes les formes indirectes de l'infanticide, l'allaitement artificiel qui prépare l'infanticide par défaut de soins ou par inanition, et l'allaitement mercenaire qui prive de sa mère l'enfant du pauvre pour donner une marâtre à l'enfant du riche.

Elle s'efforcerait d'accommoder à nos mœurs l'action bienfaisante des sociétés de tempérance anglaises et américaines. Elle démontrerait scientifiquement les conséquences de l'ivrognerie et de la paresse, de la gourmandise et de l'imprévoyance, des débauches du dimanche et des chômages du lundi, ces grandes causes de la dégradation des prolétaires et de la dépopulation, ces grandes sources trop méconnues du marasme social qu'on nomme le *paupérisme*.

Elle essayerait de prémunir la charité contre la mendicité du paresseux, qui n'est que l'escroquerie de l'aumône.

La *Société protectrice de la vie humaine* reprendrait l'œuvre des *Congrès de la paix*. Elle recueillerait des documents précis pour mettre en balance ce que coûte la guerre et ce qu'elle rapporte; elle propagerait les notions exactes sur les véritables intérêts des peuples, et s'appliquerait à combattre les vieux préjugés des rivalités nationales. Que de faits sociaux, que d'exemples historiques n'aurait-elle pas à invoquer lorsqu'elle entreprendrait de prouver que le mensonge, l'injustice, l'oppression et le carnage sont les attentats des peuples! et lorsqu'elle

dénombrerait les désastres produits par l'esprit de conquête! Comme les Congrès de la paix elle s'appliquerait à faire comprendre les bienfaits prodigieux qui résulteraient du désarmement simultané des nations civilisées et de l'institution d'un tribunal international jugeant pacifiquement les contestations des gouvernements, afin de limiter leur force armée aux besoins de la répression des délits ou des crimes contre la société. Enfin les guerres qui seront des hécatombes offertes à l'orgueil et à la rapacité, tant que la terre, *alma parens*, suffira à substanter ses habitants, les guerres trouveront de sérieux obstacles dans l'opinion publique lorsque les erreurs ou les convoitises qui les allument, lorsque les calamités et les attentats qu'elles glorifient seront démasqués, mesurés et reconnus.

La *Société protectrice de la vie humaine* obtiendra certainement les encouragements des pouvoirs civils, maintenant que se manifeste un temps d'arrêt inquiétant dans l'accroissement de la population. L'appui des pouvoirs religieux ne saurait lui manquer, puisqu'elle se proposera de combattre le mal dans ses manifestations les plus redoutables : l'ignorance, la débauche et la guerre, c'est-à-dire la mort dans ses principaux moyens de détruire l'humanité.

Quant à l'exécution, je me borne à demander que des efforts pareils à ceux des sociétés protectrices des animaux et des sociétés d'acclimatation se renouvellent et se coalisent, et notre époque verra grandir et prospérer la plus belle et la plus utile institution qu'ait encore enfantée la civilisation moderne.

Dr Jean.

— Le Moniteur contient un décret concernant la durée des mesures sanitaires applicables aux arrivages en patente brute de fièvre jaune dans l'Océan et dans la Manche. En voici les principales dispositions :

« Art. 1er. A l'avenir, la durée des mesures sanitaires applicables aux arrivages en patente brute de fièvre jaune, dans l'Océan et la Manche, pourra être différente pour les passagers, les hommes d'équipage, le navire et les marchandises.

» Art. 2. Quand les arrivages auront lieu par des navires principalement installés pour le transport rapide des passagers ou par des navires de guerre reconnus sains, dont les cales auront été suffisamment aérées pendant la traversée, qu'il y aura à bord un médecin sanitaire commissionné ou en faisant fonctions, et qu'il ne sera survenu en mer aucun accident de fièvre jaune, les passagers et l'agent des postes seront admis à libre pratique immédiate.

» Art. 3. Lorsque dans les mêmes conditions de navigation il y aura eu des cas de fièvre jaune pendant la traversée, la quarantaine sera de trois à sept jours pour les passagers et l'agent des postes.

» Toutefois, une décision spéciale du ministre, rendue sur le rapport des autorités sanitaires locales, pourra, selon les circonstances, réduire la durée de cette quarantaine, et même prononcer l'admission en libre pratique des passagers et de l'agent des postes. Le navire, l'équipage et les marchandises resteront soumis à la quarantaine de sept à quinze jours.

» Art. 4. Sont maintenues les dispositions sanitaires relatives aux bâtiments autres que les navires principalement installés pour le transport rapide des passagers et les navires de guerre, et en particulier celles qui concernent l'isolement et le déchargement des bâtiments ordinaires du commerce.

» Seront également observées les dispositions sanitaires en vigueur à l'égard des passagers des navires de commerce. »

— Le concours pour l'internat s'ouvrira le 7 octobre, à midi, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique. Le registre d'inscription sera clos le 19 septembre.

Le concours pour l'externat s'ouvrira le 21 octobre, à midi. Le registre d'inscription sera clos le 5 octobre.

— Par décrets en date du 29 août 1863, M. Roux (Jules), premier chirurgien en chef de la marine, a été élevé au grade de directeur du service de santé, et M. Rochard (Jules-Eugène), second chirurgien en chef, a été promu au grade de premier chirurgien en chef de la marine.

VI

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Anthropologische Vorträge gehalten im Winter 1862-1863 in der Aula zu Bern, par *M. Perty*. Grand in-8. Leipzig, C.-F. Winter. 7 fr.

Die Pathologie und Therapie der Rachitis, par *Ritter von Rittershain*. Grand in-8. Berlin, Hirschwald. 7 fr. 50

Lehrbuch der Laryngoskopie und des local-therapeutischen Verfahrens bei Kehlkopfkrankheiten, par *A. Tobold*. Grand in-8. Berlin, Hirschwald. 3 fr. 75

Thèses.

Thèses subies du 5 au 25 août.

110. Meuvret, T.-Victor, né à Vallières (Yonne). [*Étude sur la pleurésie, particulièrement sur ses phénomènes physiques.*]

111. Roques, Auguste, né à Mazars (Aveyron). [*Essai sur la mort apparente du nouveau-né.*]

112. Jean, Eugène-M., né à Castelnaudary (Aude). [*Quelques considérations médicales à propos de l'expédition de Cochinchine en 1861.*]

113. Seurre, N.-Jules, né à Suippes (Marne). [*Étude sur la contraction utérine et la douleur dans l'accouchement.*]

114. Judes-Lacombe, Élie-J., né à Miallet (Dordogne). [*De l'opération césarienne.*]

115. Mauduy, Jacques, né à Amfreville (Manche). [*De l'opération de la cataracte par l'extraction linéaire.*]

116. Charvet, Pierre-M.-H., né à Vienne (Isère). [*Étude sur une épidémie qui a sévi parmi les ouvriers employés à la fabrication de la fuchsine.*]

117. Gauthier, Gustave, né à Remiremont (Vosges). [*Deux années de pratique médicale à Canton* (Chine).]

118. Bert, Paul, né à Auxerre (Yonne). [*De la greffe animale.*]

119. Boudard, Paulin, né à Cournay (Deux-Sèvres). [*Étude sur le spasme de la glotte.*]

120. Reynal, Joseph, né à Bézénac (Dordogne). [*De l'étiologie de la tuberculisation pulmonaire.*]

121. Thorin, Pierre-Jules, né à Hiosse (Charente). [*Du choix d'une nourrice.*]

122. Meyer, Édouard, né à Dessau (Allemagne). [*Du strabisme, et spécialement des conditions de succès de la strabotomie.*]

123. Moureton, Louis, né à Sainte-Colombe (Rhône). [*Étude sur la tuberculisation des vieillards.*]

124. Bardier, Armand, né à Auxerre (Yonne). [*Étude sur la convalescence des maladies aiguës.*]

125. Nouridjan, Joseph, né à Constantinople. [*De la mortalité des enfants.*]

126. Hallé, Charles, né à Paris. [*Des phlegmons périnéphrétiques.*]

127. Pouquet, P.-A.-Alfred, né à Paris. [*Considérations pratiques sur la trachéotomie dans le cas de croup.*]

128. Prod'homme, Henri, né à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). [*Des épanchements séreux pendant la grossesse.*]

129. Romain, J.-B.-A.-H., né à Toulon (Var). [*Essai sur l'acclimatation humaine.*]

130. Bourcart, Arthur, né à Guebwiller (Haut-Rhin). [*De la situation de l'S iliaque chez le nouveau-né dans ses rapports avec l'établissement d'un anus artificiel.*]

131. Corporandy, François, né à Puget-Théniers (Alpes-Maritimes). [*Des déchirures du périnée chez la femme, et de leur traitement.*]

132. Ballet, H., né à Thénac (Charente-Inférieure). [*Paralysie générale progressive. Synonymie : Paralysie générale des aliénés, folie paralytique.*]

133. Tafforeau, Jean-N.-C., né à Cenouillé (Vienne). [*Des accidents cérébraux saturnins.*]

134. Subert, Émile-Philibert, né à Nevers (Nièvre). [*Du catarrhe du sac lacrymal, et de son traitement.*]

135. Verrier, Joseph-J.-E., né à Provins (Seine-et-Marne). [*Du forceps-scie des Belges, précédé de quelques considérations sur l'embryotomie et l'opération césarienne.*]

136. Lapointe, Pierre-Félix, né à Mécleuves (Moselle). [*De la pneumonie chez les aliénés.*]

137. Leglubio, Henri, né à Angers (Maine-et-Loire). [*Des signes de la mort.*]

138. Lelièvre, Auguste-A., né à Bolbec (Seine-Inférieure). [*Du cancer et de l'eczéma.*]

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS.—IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 25 SEPTEMBRE 1863. N° 39.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Ligatures artérielles envisagées comme opérations préliminaires. — II. **Histoire et critique.** Fièvre jaune à la Louisiane. — Doctrines de l'épidémicité et de l'importation. — III. **Travaux originaux.** Séméiologie : Compte rendu d'une communication faite dans l'amphithéâtre de M. le docteur Liebreich (de Berlin). — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** Du traitement de la fièvre puerpérale par les purgatifs. — Du syphilome. — Du traitement de la coqueluche par le seigle ergoté. — VI. **Bibliographie.** Sur quelques publications récentes concernant l'hygiène. — VII. **Variétés.** Question des vivisections. — Médecine des pauvres. — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Réceptions au grade de docteur. — IX. **Feuilleton.** Archéologie chirurgicale : Histoire et pérégrinations d'un fémur. Étude sur le premier os de la cuisse extrait du corps de son légitime propriétaire, sans conséquence fâcheuse pour ce dernier.

I

Paris, 24 septembre 1863.

LIGATURES ARTÉRIELLES ENVISAGÉES COMME OPÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Nous avons porté devant la Société de chirurgie une question de médecine opératoire fort ancienne déjà, très-controversée, et qui n'a pas encore été jugée en dernier ressort. Comme elle est de celles qui, parfois, se posent inopinément dans la pratique à titre de mesure d'urgence, nous avons voulu la soulever de nouveau; si cette fois encore elle n'est pas résolue définitivement, comme cela est probable, au moins elle ne sera pas oubliée et s'éclairera peut-être de faits inédits, qui trouveront ainsi occasion de se produire. Nous voulons parler des *ligatures d'artères envisagées comme opérations préliminaires*, c'est-à-dire comme prologue à d'autres opérations sanglantes, et pratiquées surtout dans le but de prévenir une trop grande perte de sang pendant l'acte chirurgical essentiel.

Depuis l'origine de la chirurgie, l'hémorrhagie sous le couteau a toujours été l'épouvantail des opérateurs, et cette crainte, il faut bien le reconnaître, a été pour la médecine opératoire une source de progrès, en ce sens qu'elle a enfanté une foule de méthodes et de procédés d'exérèse non sanglants : depuis la cautérisation actuelle ou potentielle et les innombrables variétés de la ligature destructive jusqu'à la galvano-caustique et l'écrasement linéaire.

Au XVIe siècle, la ligature directe des artères ouvertes, renouvelée de l'antiquité, rendit d'abord les chirurgiens plus hardis; puis fut imaginée la compression à distance, pratiquée sur les gros vaisseaux, à travers les parties saines, entre le cœur et la région à opérer. Ce fut encore là un grand progrès. Mais la ligature des bouts vasculaires coupés suppose l'opération achevée, et pour peu qu'elle dure, le sang fuit vite si les vaisseaux sont gros; d'autre part, à la racine des membres, au cou, à la tête, la compression à distance est

---

FEUILLETON.

Archéologie chirurgicale.

HISTOIRE ET PÉRÉGRINATIONS D'UN FÉMUR. ÉTUDE SUR LE PREMIER OS DE LA CUISSE EXTRAIT DU CORPS DE SON LÉGITIME PROPRIÉTAIRE, SANS CONSÉQUENCE FACHEUSE POUR CE DERNIER.

AVANT-PROPOS.

« Trahit sua quemque voluptas. »
(VIRGILE, *Eglog.* II, v. 65.)

Continuant mes fouilles dans le musée anatomique de l'école de médecine navale de Rochefort (1), je rencontrai, fort inopinément un jour, un fémur presque complet qui n'aurait certainement pas eu les honneurs prolongés de mon inspection, ou mieux de ma curiosité, sans l'inscription suivante que j'eus assez de peine à déchiffrer sous la couche de poussière dont le corps de l'os était noblement revêtu.

« Je certifie que le nommé Géva (1), à qui le sieur Perrot, » mon chirurgien, a fait l'extraction du présent fémur, il y a » environ deux ans, est actuellement vivant et bien portant, à » mon château des Ormes en Poitou.

» Certifié aux Ormes, ce 29 septembre 1775.

» DE VOYER D'ARGENSON. »

Au-dessous de ces lignes se trouvaient aussi ces mots :

« Donné à M. le comte de Jarnac pour son cabinet d'histoire naturelle, par son ami

» DE VOYER D'ARGENSON. »

(1) Voyez mon étude sur une plaie pénétrante de poitrine, avec séjour *inoffensif* d'un fragment d'épée pendant plusieurs années dans le poumon d'un forçat. Elle est intitulée : *Un chapitre des lacunes, erreurs et imperfections de la littérature médicale.* Elle a paru dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE PARIS, en avril 1861, et chez Victor Masson et fils, même année, in-8.

(1) Ce nom a été surchargé et maladroitement corrigé; nous verrons plus loin que c'est Gois qu'il faut lire.

difficile, incertaine, souvent inefficace; aussi, lorsque les chirurgiens du siècle dernier osèrent, par exemple, désarticuler l'épaule, ils songèrent tout d'abord à assurer l'hémostase provisoire : ceux-ci, comme Ledran et Garengeot, en faisant des ligatures médiates, ceux-là, comme Sharp et d'autres, en combinant les incisions de façon à découvrir tout d'abord l'artère axillaire et à la lier avant de tailler largement les parties molles et d'ouvrir l'article.

Il y a quarante ans environ, la médecine opératoire, animée d'un souffle puissant, tenta des entreprises d'une audace extrême; on enleva dans toutes les régions du corps des tumeurs énormes; on attaqua le goître, les cancers profonds du pharynx, de la langue; on extirpa les os principaux de la face, etc. Cependant, plus on se rapprochait du tronc et plus largement on mutilait le visage, plus devenait menaçant le danger des hémorrhagies; si l'on en croit les indiscrétions commises à cette époque et depuis par les journalistes, les élèves, les médisants, les jaloux et les rétrogrades, plus d'un opéré, entre les mains de plus d'un chirurgien célèbre, paya de son sang et de sa vie ces conquêtes hardies; c'est pourquoi sans doute les revers plus ou moins dissimulés firent renaître l'effroi salutaire qu'inspirait à nos ancêtres la dépense trop prodigue du sang.

Cette cause ne fut pas la seule qui contribua à l'avénement des ligatures préliminaires. Vers la fin du siècle dernier et le commencement de celui-ci, c'est-à-dire quelques lustres seulement avant l'introduction des graves et belles opérations que j'énumérais plus haut, la chirurgie avait fait un pas encore plus grand peut-être. On n'avait pas craint de découvrir en pleine région saine, et loin du siége des anévrysmes ou des plaies artérielles, les principales artères du corps et de les étreindre. Le résultat avait dépassé les espérances; les chirurgiens alors avaient passé d'un extrême à l'autre : autant leurs pères avaient redouté l'interruption du sang dans les gros vaisseaux, autant, instruits d'ailleurs de la richesse des anastomoses par les recherches anatomiques et les cas d'oblitération spontanée, ils se rassurèrent outre mesure certainement, car ils poussèrent la confiance, je pourrais dire la témérité, jusqu'à s'attaquer au tronc brachiocéphalique et à l'aorte elle-même!

Certes, pratiquée sur des vaisseaux même plus accessibles et moins importants, la ligature comptait déjà bon nombre de revers; mais les succès avaient tellement enivré les chirurgiens, qu'on eût dit qu'ils avaient oublié les premiers pour ne penser qu'aux seconds; c'est ainsi, pour revenir à notre sujet, qu'on peut s'expliquer avec quelle facilité ils adoptèrent les ligatures préliminaires, et se décidèrent à lier la carotide primitive, par exemple, pour des résections du maxillaire qu'on pratiquerait aujourd'hui sans perdre plus de sang que dans une saignée ordinaire. En 1821, Græfe désarticule pour la première fois la moitié de la mâchoire inférieure, il lie la carotide; Dzondi, Gensoul en font autant; Valentine Mott, dans le court espace de deux années (1821-1823), répète quatre fois la même résection, quatre fois il lie le même vaisseau sans coup férir. Un peu plus tard, Lizars, Earle prennent la même précaution, et cette fois avant d'extirper l'os maxillaire supérieur pour des tumeurs développées dans l'antre d'Highmore, conduite qu'Adelmann imitait encore en 1842.

Pour l'ablation des tumeurs de la parotide, les exemples du même genre et remontant à la même époque, se multiplient également. Goodlad, en 1816, je crois, ouvre la voie dans laquelle s'engagent à sa suite Fouilloy, Stedman, Roux, et d'autres même plus récemment.

Je passe les tentatives analogues faites sur d'autres vaisseaux, tels que les sous-clavières et les iliaques.

Mais la réaction ne tarda pas à se manifester : de toute part on s'éleva contre les ligatures préliminaires et en particulier contre celle de la carotide primitive dont les dangers si évidents étaient enfin reconnus. On prouva d'ailleurs, sans peine, que cette précaution n'était rien moins qu'indispensable, et l'on cita une foule d'extirpations de tumeurs, de résections, etc., qui avaient été pratiquées sans accidents hémorrhagiques et même sans perte de sang tant soit peu notable. Cependant, il y avait toujours des cas exceptionnels qui légitimaient réellement la mesure préventive. Pour y satisfaire, on imagina des atermoiements et des diminutifs; tels : les ligatures d'attente, les ligatures temporaires, la compression digitale immédiate, sur l'artère mise à nu, la constriction temporaire du vaisseau avec une pince à pression; puis Lizars et Scott firent seulement la ligature de la carotide externe, et enfin, poussant plus loin l'économie, au lieu d'oblitérer les troncs principaux on se contenta de lier les seules artères collatérales alimentant l'organe à sacrifier; c'est ainsi qu'on agit sur la linguale, la faciale, les thyroïdiennes, avant d'exciser la langue, la glande sous-maxillaire ou la thyroïde.

Ces opérations mitigées n'eurent pas beaucoup de succès; la seule d'entre elles qui avait une valeur réelle (carotide externe) ne fut pas même estimée comme elle le méritait. Alors il arriva de ces ligatures que l'une étant trop grave et

---

Pour un curieux, il y avait là toute une série de recherches à entreprendre, une foule de renseignements à recueillir, à vérifier, à critiquer peut-être; je commençai, et ceux qui savent la peine et le travail que donnent de pareilles investigations, me pardonneront, je l'espère, d'avoir encore une fois cédé à la manie d'inquisition qui m'a fait oublier cette recommandation de Montaigne :

« O que c'est un doux et mol chevet et sain que l'ignorance » et l'incuriosité, à reposer une teste bien faite (1). »

Je dois avouer aussi (car il faut tout dire au bénévole lecteur) que la rédaction du certificat reproduit plus haut m'avait fait entrevoir la possibilité d'apporter une observation de plus à la question des régénérations osseuses, qui, bien que renouvelée. . . . . tout au moins du XVIII^e siècle, de Duhamel, de Troja et de Vigarous, préoccupe actuellement tant de grands et de bons esprits.

La date précise de l'opération, son importance, les conditions d'authenticité du fait, la précaution qu'on avait prise d'en établir les preuves, l'intérêt enfin qui semblait s'être attaché à la conservation de la pièce de conviction irrécusable; toutes ces considérations légitimaient bien un second voyage bibliographique et pathologique, au risque de rencontrer moins de péripéties imprévues que pour le premier.

Ce sont bien là, cher lecteur, toutes les raisons qui me firent entreprendre d'écrire l'histoire et les pérégrinations du fémur dont le « *pourtraict t'est ici représenté* », comme ne manquait pas de le dire en pareille circonstance notre grand et naïf Ambroise Paré.

(1) *Essais*, liv. III, chap. XIII. *De l'expérience*. Paris, édit. in-f°, 1652, p. 799.

les autres paraissant inutiles, toutes furent abandonnées. Il est juste de dire que les procédés opératoires avaient subi des modifications très-avantageuses, et qu'ils étaient devenus assez sûrs, assez parfaits pour rendre presque toujours superflue l'hémostase préalable. Pour ne citer qu'un exemple, la découverte de l'écrasement linéaire détrônera à tout jamais la ligature préliminaire des linguales, comme l'expérience a démontré l'inutilité de celle des thyroïdiennes, par cette raison qu'on est d'accord pour ne plus attaquer les goîtres avec l'instrument tranchant.

La question est de savoir si l'on n'est pas allé trop loin dans cette réaction, et si le prologue qui nous occupe doit être à tout jamais rejeté; pour ma part, je ne le pense pas, puisque tout récemment j'y ai eu recours, après mûre réflexion, sans méconnaître ses dangers et sans ignorer la proscription presque unanime dont elle est frappée de la part des chirurgiens contemporains. Je ne suis pas, du reste, le seul de mon avis, car de temps en temps, à de rares intervalles, les recueils scientifiques enregistrent encore des cas où la ligature préliminaire a été faite; chacun de ces cas est une sorte de protestation personnelle et isolée contre l'opinion générale, et cette persistance seule démontre mieux que tous les raisonnements que le procès est à réviser, puisque ce n'est point de parti pris qu'on se met en opposition avec un dogme formel.

Voici où nous en sommes et voici, suivant nous, les points à éclaircir :

1° Les ligatures préliminaires doivent-elles être définitivement bannies?

2° Les avantages qu'elles procurent sont-ils moindres que les dangers qu'elles entraînent?

3° Quels sont ces avantages, quels sont ces dangers?

4° Au lieu de l'interruption durable du cours du sang, doit-on se contenter de l'oblitération temporaire?

5° Dans le cas affirmatif, quel procédé choisir pour cette suspension momentanée du sang?

6° La ligature de la carotide primitive entraîne des dangers particuliers, c'est incontestable; peut-on la remplacer par celle de la carotide externe?

7° La ligature des artères sous-clavières, axillaires, iliaques, n'est pas passible des objections qui condamnent spécialement celle de la carotide primitive; dès lors en supposant que cette dernière mérite condamnation, s'ensuivrait-il qu'on dût renoncer à lier préventivement les autres?

8° Parmi les procédés de ligature préventive, ne convient-il pas de distinguer celui qui consiste simplement à étreindre le vaisseau dans la plaie même de l'opération, c'est-à-dire après les premières incisions, de celui bien différent dans lequel on découvre l'artère principale à une distance notable de la plaie?

Nous ne faisons ici qu'esquisser à grands traits cette question beaucoup plus vaste qu'elle ne le semble au premier abord, et dont l'importance ne saurait être constatée. Si nos collègues de la Société de chirurgie consentent à nous suivre, et si le débat va jusqu'au fond des choses, nous tiendrons nos lecteurs au courant. A. Verneuil.

La discussion sur la rage a été brillamment continuée par M. Vernois. Nous nous occuperons de cette question dans le prochain numéro. — L'Académie a entendu une très-intéressante lecture sur le traitement des épiplocèles, par M. Marcellin Duval, qui a également présenté plusieurs appareils à fractures et divers autres instruments de son invention.

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Fièvre jaune à la Louisiane. — Doctrines de l'épidémicité et de l'importation.

La Gazette des hôpitaux a publié dans son numéro du 1er septembre, sous le titre de Réflexions sur la fièvre jaune a la Nouvelle-Orléans, une intéressante lettre de M. le docteur Maurice (de Saint-Étienne), où il est question des marais qui avoisinent la Nouvelle-Orléans, considérés comme source de la fièvre jaune en Louisiane. Il y est fort bien exposé comment ces marais, produits par les inondations du fleuve, finissent par se dessécher au temps des chaleurs et par laisser à l'air des détritus animaux dont les miasmes sont balayés par les vents du golfe sur la vallée du Mississipi, où ils vont répandre la fièvre jaune.

Mais il existe une autre opinion qu'il me paraît très-important de signaler à vos lecteurs, parce qu'elle compte également un grand nombre de partisans et qu'elle paraît s'appuyer sur des faits bien observés. Cette opinion est celle de l'importation de la fièvre jaune en Louisiane : elle est assez peu connue, si je ne m'abuse, et dès lors il y a un grand intérêt à rappeler les circonstances qui l'ont fait naître.

La fièvre jaune, dont la première apparition en Amérique remonte à l'année 1690 et peut-être plus haut, ne fut observée à la Nouvelle-Orléans qu'en 1796; puis, à partir de cette

---

CHAPITRE PREMIER.

OU L'ON PARVIENT A DÉCOUVRIR QU'ON N'AVAIT PAS AFFAIRE A UN CAS DE RÉGÉNÉRATION OSSEUSE, MAIS BIEN A LA PLUS ANCIENNE OBSERVATION CONNUE D'AMPUTATION DE LA CUISSE DANS L'ARTICLE, SUIVIE DE GUÉRISON.

Quand on commence un voyage, il est d'usage de louer ou d'acheter un guide, et il est aussi reconnu qu'il est généralement utile de se procurer un catalogue quand on veut parcourir fructueusement un Musée.

Je pris donc cette dernière précaution (que l'expérience démontre, hélas! trop souvent semblable à celle du tuteur de Rosine), et cherchant au n° 10 de la classe des maladies des os, je lus ce qui suit :

« Extirpation totale d'un fémur par Perrault, en 1773; voir » l'observation, *Médecine opératoire de Sabatier*, t. III, p. 330, » 1re édition. »

Je devais être satisfait par ces indications précises, mais ma vie errante de marin d'un côté, quelque habitude d'érudition de l'autre, m'ont rendu tout aussi défiant relativement aux récits des voyageurs qu'à l'endroit des citations médicales.

Je n'hésitai donc pas à pousser plus loin mes recherches, avec quelque confiance pourtant, en raison de la note précédente qui m'apprenait que le fait, que j'avais pu d'abord croire inédit, avait été connu et sans doute apprécié par le vénérable et savant classique du commencement de ce siècle.

Je confesserai cependant que de nombreuses déceptions m'ont fait arriver à préférer de beaucoup le signalement exact de l'année d'une publication à ceux, plus complexes, du numéro de l'édition ou de la série et du tome de certaines collections médicales; j'aime même mieux le titre d'un chapitre que l'indication d'une page; mais comment douter d'une note poussant le scrupule aussi loin que celle que je venais de lire?

J'ouvris donc avec empressement le premier exemplaire de Sabatier qui tomba sous ma main, et l'examen de son titre me convainquit tout de suite que j'allais être forcément entraîné dans des vérifications bibliographiques.

époque, dans presque toutes les épidémies dont les causes présumées ont été recherchées, on voit signaler par les documents les plus authentiques l'importation :

Ainsi, dans les épidémies de 1796, de 1799;

Ainsi, dans celle de 1817.

En 1819, la quarantaine est établie.

En 1820, le gouverneur recommande l'établissement des quarantaines.

En 1822, l'épidémie est importée de Pensacola.

En 1823, quelques cas apparaissent d'abord dans le port.

En 1824, les premiers cas se manifestent à bord de bateaux à vapeur qui avaient remorqué des navires infectés.

En 1837, les premiers malades furent observés à bord de navires.

En 1839, on observe les premiers cas de fièvre jaune sur des navires venant de la Havane, et la maladie reste quelque temps confinée dans le port.

En 1841, la fièvre jaune éclate à bord d'un navire venant des Antilles, et frappe dans le port avant d'envahir la ville.

En 1842, les premiers malades furent observés dans le port sur des navires venant des Antilles et du Mexique.

En 1843 et en 1853, de même.

En 1854, le typhus nautique partit d'un navire amarré au bas de la ville et s'étendit de proche en proche dans toute cette partie, mais les autres furent épargnés.

En 1857, l'épidémie n'eut pas lieu, grâce aux mesures sanitaires prises à propos du navire *le Tonnerre*, dont les matelots et les passagers eurent la fièvre jaune en grand nombre.

On peut lire dans l'excellent livre du docteur Déléry SUR LA FIÈVRE JAUNE, ÉPIDÉMIE DE 1858, NOUVELLE-ORLÉANS, 1859, des extraits de documents authentiques donnés à l'appui de la plupart de ces faits.

Toujours est-il qu'aujourd'hui en Louisiane beaucoup de personnes croient que la fièvre jaune est d'importation. Depuis deux ans, peut-être plus, des mesures sanitaires paraissent avoir été prises, car, dans une lettre écrite dernièrement par un négociant du pays, j'ai pu lire : « Nous avions présumé » jusqu'ici que la fièvre jaune est d'importation chez nous; » mais aujourd'hui nous en sommes sûrs, car, depuis les me- » sures sanitaires, nous ne l'avons plus. » L'auteur de la lettre se hâte beaucoup trop de conclure; mais son assertion prématurée prouve au moins qu'il y a beaucoup de partisans de l'importation et qu'il y aurait vraiment beaucoup à espérer de bonnes mesures sanitaires.

Mais, dira-t-on, la fièvre jaune règne trop souvent à la Nouvelle-Orléans; elle y est trop meurtrière pour n'y être pas endémique. Tous ces faits ont probablement été recueillis par des partisans de l'importation. Ce dernier argument serait bon s'il y avait quelque chose à reprendre aux faits eux-mêmes; mais ils semblent avoir été bien observés, et d'ailleurs les premiers cas d'une des épidémies ont été recueillis par un adversaire de la doctrine.

Pour la première objection, celle du nombre des épidémies, elle est si naturelle, qu'elle a été faite à propos des fièvres jaunes d'Espagne et de Portugal. Desgenettes disait que, pour la Péninsule, on pouvait soutenir et l'endémicité et l'importation, et que plusieurs bons observateurs avaient décrit la fièvre jaune née et développée au milieu de la Péninsule, sans qu'il y eût communication préalable avec des pays infectés, et cela particulièrement aux XV^e et XVI^e siècles. Pourtant, la doctrine de l'importation en Espagne rallie tout le monde aujourd'hui. Mais pourquoi? Parce que ces faits d'importation ont été relativement rares et qu'on les a bien étudiés. Mais si les épidémies de Malaga, de Cadix, de Gibraltar et de Barcelone avaient été, pour chacun de ces ports, aussi nombreuses qu'à la Nouvelle-Orléans, n'aurait-on pas cru à l'endémicité? Notons cependant qu'il y a eu une dizaine d'épidémies à Cadix, et cela nous fera comprendre comment un port comme la Nouvelle-Orléans, recevant un grand nombre de navires qui viennent des lieux où la fièvre jaune règne tous les ans, ou qui ont navigué dans des parages où elle peut naître spontanément à leur bord, cela fera comprendre, dis-je, comment ce port peut être souvent infecté.

L'intensité des épidémies n'est pas non plus un argument contre l'importation; la fièvre jaune de Barcelone l'a bien prouvé, elle qui a fait périr 17 000 personnes pour 24 navires qui entrèrent dans son port et dont 10 étaient notoirement infectés.

Mais l'importation à la Nouvelle-Orléans étant à peu près admise, il reste toujours à savoir d'où part la fièvre jaune. Ce n'est que trop vrai; mais il ressort immédiatement de cette doctrine des mesures sanitaires comme celles employées en France, à Marseille, à Brest et tout récemment à Saint-Nazaire. Ces mesures exactement prises, la doctrine de l'importation sera, au bout de quelques années, ou définitivement acquise ou définitivement rejetée.

Si elle est vraie, outre qu'elle aura sauvé des millions d'hommes, elle rétrécira le cercle dans lequel on doit rechercher les causes productrices du typhus d'Amérique, cercle dont le point le plus important à explorer est le golfe du Mexique.

Ajoutez que, dans cette lutte soutenue contre la fièvre jaune, toute espèce d'avantages remportés par l'effort des hommes studieux les mène à pousser plus loin leurs investigations et encourage de nouveaux travailleurs à se joindre à eux.

Plusieurs notions très-importantes ont été acquises :

Nous savons que l'agent délétère qui a fait tant de victimes peut s'enfouir dans la cale d'un vaisseau et en sortir au bout de plus d'un mois avec toute sa puissance.

Il portait, en effet, pour tout indice : *Nouvelle édition*, avec la date de 1822, ce qui pouvait bien me servir de point de départ pour mes recherches, mais ne m'aidait en aucune façon dans la détermination exacte de l'époque de la première édition citée.

La page 330 et toutes celles du tome III ne me fournissant pas plus de lumières sur ce que je cherchais, force me fut de consulter quelques dictionnaires biographiques, historiques et médicaux pour connaître la date d'apparition du remarquable ouvrage du chirurgien en chef des Invalides, de celui que Morand nommait : « M. Sabatier, mon survivancier et qui » m'effacera » (1).

J'appris ainsi qu'elle devait être fixée à l'année 1796; que Sabatier, un an avant sa mort, avait publié, en 1810, une deuxième édition de sa *Médecine opératoire* (2), et qu'enfin une troisième avait paru en 1821-1824 avec notes de Bégin et Sanson, rédigées sous les yeux de Dupuytren (1); puis une quatrième en 1832 (2).

Restait donc à recourir directement à la première, et comme sur ces entrefaites j'avais été conduit à faire un voyage à Paris, je m'acheminai vers la bibliothèque de la Faculté, où j'obtins, non sans quelque délai, le livre désiré.

Mais, ainsi qu'il n'arrive que trop souvent, j'eus beau parcourir la page 330 et ses voisines les plus immédiates du tome III, je ne pus trouver aucun renseignement sur l'objet de mes incertitudes.

Je dus feuilleter presque tout le volume pour lire enfin à la page 273, dans le chapitre consacré à l'amputation de la cuisse dans l'article, l'observation que je reproduis ici *in extenso* (3).

(1) Morand, *Opuscules de chirurgie*, 1^re partie, p. 242. Paris, in-4, 17...

(2) Les deux premières éditions comprennent trois volumes in-8.

(1) *Biographie universelle* (*Encyclopédie des sciences médicales*), t. II, p. 559. Les dernières éditions se composent de quatre volumes.

(2) Je n'ai pu parvenir à savoir le nombre des tirages.

(3) J'ai trouvé récemment à l'hôpital de la Marine, à Rochefort, un exemplaire de

Nous savons qu'en Europe il a été transporté la plupart du temps par des navires sucriers.

Nous savons la marche uniforme de la maladie, dont les effets sont prévus comme ceux d'un empoisonnement par une substance minérale.

Il nous importe beaucoup d'apprendre d'une façon précise si la fièvre jaune est toujours transportée par des navires sucriers ou par des navires chargés d'alcools;

Si elle peut naître spontanément à bord de ces navires.

La doctrine de l'importation en Louisiane pourra peut-être donner une solution à ces questions.

Si, par exemple, les cas de fièvre jaune étudiés à bord des vaisseaux qu'on aura visités en vue des mesures sanitaires venaient démontrer que la fièvre jaune est toujours transportée par des sucriers ou par des navires chargés d'alcools;

Si, d'ailleurs, on avait prouvé que la fièvre jaune peut naître spontanément à bord des navires comme le dit l'histoire, le problème de la cause se rétrécirait singulièrement;

Et l'on devrait accuser l'alcool de jouer un rôle dans la conservation ou dans la production de l'agent délétère.

On aurait encore à rechercher quel fluide plus pesant que l'air peut séjourner à fond de cale?

Quel fluide échappé des flancs du navire rampe toujours presque au niveau de la mer et ne va jamais aux lieux un peu élevés?

Quel fluide peut être dégagé des parois des vaisseaux et peut être assez délétère pour empoisonner tant de monde avec une uniformité désespérante?

Dès aujourd'hui ne peut-on pas dire qu'il en existe un qui répondrait assez à toutes ces conditions? Nous avons un gaz qui peut être dégagé des sulfates marins par le bois des vaisseaux: c'est l'acide sulfhydrique. Cet acide, il est vrai, a un mode d'action bien connu:

A grande dose, il foudroie; à petite dose, il est indifférent.

Mais des vapeurs d'alcool à bord des navires sucriers peuvent peut-être le rendre autrement délétère, soit en le rendant plus absorbable, soit en le dissolvant en grande quantité.

On n'oublierait pas que l'alcool en dissout près de six fois son volume.

Supposez maintenant des gens non acclimatés, c'est-à-dire dont les organes ne fonctionnent pas parfaitement, ou des gens indisposés par la chaleur ou par un surcroît de travail, est-il invraisemblable que l'agent délétère susnommé puisse produire des effets inattendus? Et sur des gens acclimatés par un long séjour dans le pays ou dont la santé est entretenue par des précautions hygiéniques, est-il incompréhensible que cet agent soit éliminé?

On se souviendrait que, dans l'épidémie d'Andalousie en 1800, les fumigations faites, soit avec l'acide muriatique, soit avec l'acide nitrique, eurent un résultat tout à fait inespéré.

On s'expliquerait comment les pluies peuvent diminuer et faire cesser les épidémies;

Comment de simples lavages à l'eau ont paru être d'excellents moyens d'assainissement.

On se souviendrait encore que, de tous les réactifs essayés sur le sang de la fièvre jaune, un seul, le chlore, a donné un résultat positif: le dégagement d'acide sulfhydrique.

Tout cela ressort clairement des études qui ont été faites sur les fièvres jaunes importées: ce sont des inductions très-légitimes qui demandent à être examinées.

Tout ce qui est de l'agent délétère ne pourra nulle part être mieux observé que dans les flancs du navire importateur.

Faisons donc des vœux pour que les partisans de l'importation en Louisiane s'efforcent à la démontrer et par les mesures sanitaires et par les analyses de l'air contenu dans les cales de vaisseaux infectés.

Cette doctrine paraît, dans tous les cas, devoir plus faire pour l'épidémiologie que celle de l'endémicité. Il nous faut donc la suivre jusqu'à ce qu'elle ait donné tout ce qu'elle peut donner.

Si elle échoue, on se tournera encore une fois du côté de l'endémicité.

Au point de vue de cette dernière doctrine, on doit reconnaître que la lettre de M. le docteur Maurice a une grande importance, car mieux que la phosphorescence de la mer, la putréfaction de détritus animaux fournirait les éléments d'un empoisonnement par le phosphore, si tant est que l'on doive poursuivre les analogies qui semblent exister entre quelques lésions de cet empoisonnement et celles de la fièvre jaune.

Veuillez, etc. D[r] COLVIS.

III

TRAVAUX ORIGINAUX.

Sémiologie.

COMPTE RENDU D'UNE COMMUNICATION FAITE DANS L'AMPHITHÉATRE DE M. LE DOCTEUR LIEBREICH (de Berlin), par M. le professeur DONDERS (d'Utrecht), le 4 août 1863. (Recueillie par le D[r] GIRAUD-TEULON.)

SOMMAIRE: Complément aux communications précédentes du même auteur sur l'*astigmatisme* — Glaucome: Nouvelles considérations sur cette affection. Présentation d'un instrument propre à mesurer le degré de la pression intra-oculaire dans cette maladie. — Essais physiologiques sur la fève de Calabar.

Le premier sujet dont le savant professeur se propose d'entretenir l'assemblée, c'est la continuation de ses études sur l'astigmatisme. On se rappelle que, dans une communication présentée au congrès d'ophthalmologie de Paris, M. Knapp

---

« L'Académie de chirurgie a eu connaissance depuis d'un » second exemple d'amputation de la cuisse dans l'article (1). » Ce fait m'a été confirmé par le citoyen Pontier, chirurgien » de première classe de l'armée de l'Ouest, qui a eu l'occasion » de voir le sujet à son passage par Tours, au commencement » de 1793. (Vieux style.)

» Le citoyen Gois (2), natif des Ormes, eut la cuisse droite » fracassée et violemment contuse, à sa partie supérieure, par » le timon d'une charrette qui le pressa contre un mur en » 1773. Il était alors âgé de vingt et un ans.

» Il fut confié aux soins et à l'intelligence d'un chirurgien » nommé Pérault. La douleur, le gonflement et la fièvre furent » considérables, et la gangrène se déclara en trois jours. On » fit de grandes incisions et l'on employa les antiseptiques » connus. Il s'établit une suppuration abondante qui dura plu- » sieurs mois, et presque toutes les parties molles se trouvè- » rent détruites.

» Le fémur était disséqué de toutes parts, il restait peu de » chose à faire pour en opérer la séparation totale; néan- » moins Pérault ne jugea pas à propos de l'entreprendre sans » avoir pris l'avis des gens de l'art qu'il put rassembler.

» Cette opération n'eut aucune suite fâcheuse, l'ulcère se » détergea, les téguments se rapprochèrent, et la guérison fut » complète au bout de dix-huit mois.

» Le citoyen Pontier a vu la cicatrice bien consolidée; elle » ne s'est jamais rouverte.

la première édition de Sabatier où l'observation figure réellement à la page 330. J'ai tenté plusieurs démarches pour expliquer la différence de pagination qui résulte de la comparaison de cette édition avec celle de la Faculté de Paris; je n'ai pu arriver à un résultat précis. Y a-t-il eu plusieurs tirages? Je ne sais; mais je reviens à mes moutons, et décidément je préfère le titre du chapitre d'un tome au chiffre d'une page.

(1) Sabatier rapporte comme premier exemple une observation due à Lacroix, chirurgien d'Orléans; elle porte la date de 1748. L'opération avait été consécutive à une gangrène produite par l'usage de pain préparé avec du seigle ergoté. Le malade mourut.

(2) La 2e édition de Sabatier, dit ici: François Gois. Voy. p. 423, t. III, ou p. 542 de l'édition Bégin, Sanson, Dupuytren, de 1821-1824.

avait cru pouvoir annoncer que, dans la plupart des cas d'astigmatisme, l'asymétrie de l'œil, considérée dans son entier, existait dans le même sens que celle de la cornée, et celle-ci dans le même sens aussi que celle du cristallin; en d'autres termes, que les asymétries des méridiens de la cornée et du cristallin s'additionnaient plus souvent qu'elles ne se compensaient.

Cette opinion ne paraissait point justifiée à M. Donders. Pour connaître l'état exact des choses à cet égard, le professeur d'Utrecht a repris avec la plus scrupuleuse exactitude l'étude expérimentale de la question. « M. Knapp, dit M. Donders, n'avait mesuré l'état de la réfraction que dans les deux méridiens principaux. » M. Donders s'est imposé la tâche de déterminer les états de réfraction maxima et minima des méridiens de la cornée, en les mesurant tous de 5 en 5 degrés.

Il commençait par la détermination des courbures propres à la cornée au moyen de la mensuration des images catoptriques d'après la méthode connue, et qui a servi à la démonstration du rôle des surfaces réfringentes dans l'accommodation. Cela fait, il déterminait l'état de réfraction de l'œil entier dans les mêmes méridiens successifs, et en déduisait les expressions de la valeur réfractive maxima et minima de ces méridiens.

La différence de ces valeurs pour les méridiens correspondants représentait naturellement le chiffre de la réfraction dans les méridiens correspondants du cristallin.

M. Donders a mesuré ainsi avec une scrupuleuse exactitude 15 cas d'astigmatisme. Or, sur ces 15 cas, il en a trouvé 14 pour lesquels l'asymétrie du cristallin était en sens inverse de celle de la cornée, autrement dit *que l'asymétrie de la cornée était plus grande que celle de l'œil.*

Pour expliquer des divergences aussi notables en des matières qui ne sembleraient pas devoir en comporter de telles, M. Donders dit : 1° que M. Knapp s'était borné à évaluer l'état de la réfraction dans deux méridiens rectangulaires choisis, non pas arbitrairement, mais cependant dans certaines conditions d'indétermination; 2° que, pour étudier l'état de la réfraction, le professeur d'Heidelberg avait pris pour base optométrique le point rapproché de la vision distincte, le *punctum proximum*. Or, une différence dans l'état de la réfraction de deux méridiens, évaluée pour une distance qui permet l'entrée en exercice de l'accommodation, repose sur un élément incertain. L'intervention de cette force peut et doit masquer des inégalités même assez notables. Pour se mettre à l'abri de cette cause d'erreurs, M. Donders a fondé toutes ses mesures sur la considération de la limite éloignée de la vision, laquelle suppose un relâchement complet dans l'accommodation. En outre, pour mieux préciser cette condition dans le cas d'hypermétropie, M. Donders avait soin de neutraliser cette anomalie par un verre convexe disposé en avant de la lentille de Stockes.

C'est par l'emploi de cette méthode délicate que le savant professeur est arrivé à formuler la loi qui précède, à savoir, que les asymétries de la cornée et du cristallin marchent en sens contraire, proposition qui permet de se demander s'il n'y a pas dans cette marche contraire l'indice d'une tendance correctrice dans la disposition anormale du cristallin, quoique M. Donders semble n'y voir qu'une suite naturelle de deux mouvements sans relation l'un avec l'autre.

En terminant ce sujet, M. Donders a présenté à l'assemblée un petit instrument construit, sur ses indications, par M. Nachet fils. Cet instrument consiste en une lentille de Stockes portée sur un pied en parallélisme avec une lentille biconvexe ordinaire, la ligne de leurs centres étant d'ailleurs horizontale. Cette association représente un œil artificiel sur lequel, au moyen des mouvements dont est passible la lentille de Stockes, peuvent se reproduire tous les degrés de l'astigmatisme. Ajoutons que ce même instrument peut servir dans une clinique à démontrer toutes les circonstances comprises dans la belle formule qui résume le travail de M. Sturm sur la marche des rayons réfractés dans un milieu ellipsoïdal à axes inégaux. (Voy. à cet égard nos précédents comptes rendus sur cette matière.)

Glaucome. — Dans le chapitre de la pathologie oculaire, par son importance au point de vue de la lumière que son étude peut jeter sur le rôle physiologique des différents tissus de l'œil, le glaucome tient assurément un des premiers rangs. Jusqu'au jour où l'illustre chef de l'école ophthalmologique de Berlin eut reconnu l'influence et le rôle du degré de la pression intra-oculaire dans cette maladie, son tableau symptomatologique, pour complet qu'il fût, n'avait absolument rien appris ni sur le siége ni sur la nature de l'affection à laquelle succombait l'organe. Cette condition, en effet, l'accroissement de la pression dans la chambre postérieure, ou, pour parler plus exactement, dans cette portion du globe oculaire que limitent en avant, comme une barrière, le cristallin et la *zonula Zinnii*, cet accroissement de pression, disons-nous, se présente à nous comme un phénomène mécanique tenant sous sa dépendance la plus grande partie des symptômes de la maladie. Qui dit excès de pression exprime en même temps roideur et dureté du globe, affaiblissement ou même suspension du sens visuel, excavation de la papille optique, incurvation des vaisseaux, bombement et immobilité de l'iris, anesthésie de la cornée, douleur gravative du globe oculaire, en un mot la presque totalité de la phrase symptomatologique. Au point de vue thérapeutique, comme sous le rapport pathogénique, le degré de pression dans la chambre hyaloïdienne est donc un objet du plus haut intérêt.

Vous ne serez donc point surpris, ajoute M. Donders, de nous voir, ainsi que l'école de Berlin, nous attacher à la dé-

---

» Le citoyen Gois a appris, depuis, le métier de cuisinier, » qu'il exerce aujourd'hui dans une auberge de Sainte-Maure, » district de Chinon, département d'Indre-et-Loire, ci-devant » Touraine, il est marié et a un enfant bien portant. »

Certainement cette observation n'est point aussi détaillée qu'on le désirerait aujourd'hui; elle serait sans contredit plus intéressante si son auteur avait fourni des renseignements plus complets sur la marche des accidents produits par la contusion, sur les causes d'absence probable d'hémorrhagies graves, sur ce qui a trait enfin aux progrès du sphacèle, à la séparation ou à la chute des os de la jambe et surtout à l'étendue des surfaces restées saines après la chute des tissus gangrenés.

Toutes ces données feraient du fait qui nous occupe un des plus remarquables peut-être de l'histoire de la chirurgie de la fin du dernier siècle; mais on était moins sévère sans doute en 1796 que de nos jours, et d'ailleurs bien des observations modernes permettent moins encore que celle de Sabatier ou de Pontier de remonter sûrement aux sources où elles ont été puisées.

Sans les indications assez minutieuses du récit, nous n'aurions même pu convenablement diriger nos recherches pour acquérir toute certitude de son authenticité.

Les classiques ne nous ont d'abord rien offert de particulier.

Boyer ne fait que reproduire textuellement l'observation de Sabatier (1).

M. Velpeau n'en donne qu'un extrait, mais il ajoute qu'il a vu, lui-même, le fils du blessé, en 1815, à Sainte-Maure (2).

Lisfranc, Vidal et quelques autres mentionnent seulement le même fait (3).

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, 1826, t. II, p. 243.

(2) *Médecine opératoire*, 1832, t. I, p. 513. Amputation de la cuisse dans la contiguïté.

(3) *Méd. op.*, 1846, t. II, p. 381, et *Traité de pathologie externe*, 1846, t. V, p. 959, 2e édition.

termination de ce degré de pression. Dans une récente communication faite dans cette même enceinte, M. de Graefe a mis sous vos yeux un instrument destiné par lui à mesurer cette pression. Pendant qu'il s'occupait de cet objet, notre sollicitude le poursuivait également. J'ai l'honneur de mettre sous vos yeux un instrument construit par un de mes collaborateurs, M. le docteur Hammer. Cet instrument, qui nous a coûté dix mois de combinaisons (on ne réalise pas dans une petite ville ses idées expérimentales comme dans une capitale), consiste en une tige dont un bouton terminal fait saillie à l'extrémité d'un tube de cuivre d'un centimètre environ de diamètre. Quand on applique sur le globe oculaire dont on veut apprécier la dureté l'extrémité de ce tube, le contact parfait ne s'établit entre la surface du globe et la circonférence terminale du tube que par la rentrée, à l'intérieur de ce tube, de la tige qu'il contient, et dont l'extrémité faisait saillie sur le plan du cercle terminal du tube. Or, pour pouvoir rentrer dans l'intérieur du tube, la tige mobile doit d'abord faire céder à son extrémité supérieure la résistance, qu'on peut aisément graduer, d'un petit ressort dynamométrique. Ce ressort est mis, par un système de crémaillère et de roues dentées, en communication avec un cadran sur lequel se meut une aiguille.

Cette description suffit pour faire comprendre le jeu de l'instrument. La tige remonte dans le tube d'autant plus haut qu'elle éprouve plus de résistance de la part du globe. L'instrument lui-même est d'ailleurs gradué de telle sorte qu'un nombre donné de divisions correspond à un centimètre de différence de niveau dans le manomètre à mercure; on a donc là un élément de mesures parfaitement comparables d'un instrument et d'un pays à l'autre.

Quelques expériences sont faites sur des yeux de différents malades; et il paraît en résulter, en effet, que des épreuves pratiquées sur les mêmes yeux par différentes personnes ont conduit aux mêmes nombres.

Avant d'abandonner ce sujet, M. Donders entre encore dans quelques considérations sur la nature même de la maladie. Son symptôme principal, celui qui tient sous sa dépendance le plus grand nombre des manifestations secondaires, c'est bien cet excès de pression dont nous venons de parler. Ce phénomène n'est pourtant pas la maladie elle-même; il y a une cause à cet excès de pression, et toute l'attention des pathologistes spéciaux est concentrée sur sa recherche. On a longtemps cru que cette cause était l'inflammation. Quelques auteurs, et des plus considérables, le croient même encore. M. Donders ne partage aucunement cette opinion. Suivant le savant professeur, il existe assurément des glaucomes sans inflammation. On peut, à cet égard, le comparer à la myopie, et l'orateur entend ici parler de l'atrophie choroïdienne dont ce trouble fonctionnel est le symptôme. Jusqu'à quinze ou vingt ans, le staphylôme postérieur présente rarement des traces d'inflammation; plus tard, c'est tout différent. Il en est de même du glaucome.

Qu'est-ce donc, dit M. Donders, qu'un glaucome? C'est une névrose, une névrose de la cinquième paire. Une petite excursion dans le domaine de la physiologie va justifier cette manière de voir.

Que peut nous représenter, au point de vue mécanique, l'accroissement de la pression dans la chambre du corps vitré?

De toute évidence, une augmentation, et qui n'a pas besoin d'être bien grande, du liquide contenu dans son intérieur. Or, qu'est-ce qui, dans l'économie, régit et gouverne les sécrétions? Ludwig et Claude Bernard nous l'ont appris : ce sont les nerfs de la sensibilité générale. Si la sécrétion dans l'intérieur de l'hyaloïde s'accroît, où devons-nous donc aller chercher le promoteur de cet accroissement, si ce n'est dans un état de suractivité des filets ciliaires de la cinquième paire. La pathologie vient confirmer cet aperçu. M. Donders a eu occasion d'observer plusieurs cas dans lesquels, à une affection glaucomateuse, se trouvait réuni un globe oculaire mou. Dans ces cas, le professeur d'Utrecht a en même temps noté la paralysie de la cinquième paire du côté malade. Il en est de même dans la section du filet de la branche ophthalmique qui se rend au ganglion de ce nom.

Un effet contraire, on le sait, est produit par la section du sympathique. Il faut, pour l'intégrité fonctionnelle et nutritive, la conservation de l'équilibre entre les deux forces nerveuses antagonistes représentées par la cinquième paire et le système ganglionnaire. Aux yeux de l'éminent professeur, c'est dans une hyperesthésie nerveuse qu'il faut aller chercher l'origine du glaucome. Maintenant, comment rattachera-t-on à cette origine l'action bienfaisante de l'iridectomie?

Voici comment M. Donders l'explique :

Sous l'empire de la pression qu'il subit, étant poussé en avant par le diaphragme de Zinn, l'iris réagit contre la perturbation qu'il éprouve. Ses nerfs propres s'irritent, et cette irritation, produisant un effet de retour sur ses attaches ciliaires et sur les filets nerveux qui s'y ramifient, ajoute ses propres effets à l'hyperesthésie première. Il naît de là un effet d'irritation qu'on pourrait appeler récurrente, par laquelle un effet devient cause. La section de l'iris, l'ablation d'un certain segment dans l'étendue de ce muscle circulaire interrompent ce cercle vicieux, et suppriment un des éléments d'entretien de la maladie.

Celle-ci, qui s'alimentait d'elle-même, peut donc suivre désormais une marche moins fatalement déplorable; et c'est ainsi sans doute qu'il y a lieu d'interpréter les bienfaits de l'admirable découverte de de Graefe.

Nous avons donc dû recourir ailleurs, et c'est en prenant pour guide la relation de Sabatier que nous sommes parvenu, grâce à l'obligeance d'un confrère, à savoir que le souvenir de l'accident de Gois est encore vivant dans le pays que cet homme habitait.

M. le docteur Patry (de Sainte-Maure) a interrogé, sur notre demande, plusieurs parents ou personnes ayant connu le blessé et a pu retrouver dans leurs réponses la plupart des détails que nous avons donnés.

Gois a vécu de longues années en Touraine, marchant à l'aide de béquilles; il était connu sous le nom de *la jambe de bois*, et M. le marquis de Voyer d'Argenson a bien voulu nous confirmer tout récemment les mêmes renseignements.

Gois était fort colère, jetait très-volontiers sa béquille à la tête de ceux qui venaient rôder autour de ses fourneaux; il est mort dans un âge fort avancé.

Le fait ne peut donc laisser aucun doute comme opération et comme succès; nous essayerons de montrer bientôt que si l'espoir que nous avaient un moment donné les textes un peu ambigus du certificat de M. de Voyer et du catalogue ne s'est pas réalisé, l'observation en elle-même est loin d'avoir perdu tout intérêt.

Mais nous devons d'abord donner avec soin la description de la pièce pathologique et le récit de ses longues pérégrinations.

Ou nous nous trompons, ou nous trouverons dans cette relation quelques détails utiles pour bien préciser l'état de la science au sujet des grandes amputations dans la contiguïté vers la fin du dernier siècle et le commencement du nôtre.

Ernest Berchon,

Chirurgien de première classe de la marine.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Propriétés physiologiques de la fève de Calabar. — Le dernier sujet dont le savant hollandais ait entretenu l'assemblée est la nouveauté thérapeutique à l'ordre du jour, la fève de Calabar. Quoique bien récemment connue, cette substance a déjà fait l'objet d'un grand nombre de recherches, en Angleterre d'abord, puis en Allemagne, où les travaux de M. de Graefe semblent avoir mis la dernière main à l'histoire médicale de cette plante. Bien que ces communications importantes laissassent peu de chose à y déterminer encore, l'école d'Utrecht n'a point négligé cette étude, et ce sont les résultats des expériences de cette école, en ce qu'elles ont de nouveau du moins, que M. Donders se propose d'exposer.

Nous ne reviendrons pas, dit-il, sur ce qui est déjà surabondamment connu relativement aux propriétés du *Physostigma venenosum* à l'endroit de l'iris, son action antimydriatique étant déjà vulgarisée; mais il n'en est pas de même de quelques autres actions plus profondes.

Au premier rang parmi les propriétés de cette semence, il faut placer son action 1° sur l'état de la réfraction de l'œil; 2° sur l'accommodation; 3° sur la sensibilité rétinienne. Ces trois éléments de l'organe de la vue sont en effet simultanément influencés par le calabar en même temps que l'iris. Sous les deux premiers titres, *état de la réfraction* et *accommodation*, on comprend en général la même chose, l'état de la réfraction étant, en somme, le résultat de l'accommodation.

Ici cependant il est une distinction à établir. Par son action sur l'accommodation, la fève de Calabar agit sur l'état de la réfraction, changeant par exemple l'emmétropie ou l'hypermétropie en myopie, ou augmentant le degré de ce dernier état, s'il existe préalablement. Voilà ce que nous entendrons par l'effet produit sur l'état de la réfraction. Mais en même temps que cet effet est produit, la latitude de l'accommodation se trouve en somme augmentée. Le *punctum remotum* reste le même; l'accroissement de la tension accommodative n'a rien changé à la facilité qu'a l'œil à retrouver son point éloigné; on dirait même que cette facilité est augmentée.

En un mot, malgré le rapprochement du *punctum proximum*, le sujet peut accomplir avec une plus grande facilité qu'auparavant son intention accommodative, soit dans le sens de l'éloignement, soit dans le sens du rapprochement.

Cette propriété recevra sûrement son application dans des circonstances que l'on ne pouvait véritablement pas prévoir. Elle permettra aux personnes qu'un sentiment quelconque porte à repousser l'usage des lunettes, de se soustraire à cet inconvénient en se faisant instiller l'extrait de calabar entre les paupières. Et il est particulier que ce petit procédé puisse convenir en quelque mesure presque aussi bien aux myopes qu'aux presbytes. Le myope, à la vérité, voit par cet usage se rapprocher un *punctum proximum* déjà fort près; mais comme il ne perd pas du côté de l'éloignement et qu'il atteint même plus aisément ce point éloigné, il peut gagner à l'emploi de ce procédé.

Ajoutons que, comme d'autre part, la pupille se voit considérablement réduite, la portée de la vue finit par y gagner plus ou moins notablement.

Ce bénéfice pourtant a une contre-partie. On la trouve dans une certaine diminution de la clarté (estimée en dehors de la diminution de l'ouverture pupillaire), et en second lieu dans l'action de ce médicament sur la sensibilité propre de l'œil. Sous son influence, l'œil devient quelquefois un peu lourd et douloureux, et la sensibilité rétinienne est émoussée. Ce revers de la médaille arrêtera peut-être quelque peu les Françaises dans la substitution de la fève de Calabar aux lunettes, si toutefois vos compatriotes ont les mêmes préjugés de coquetterie que nos Hollandaises.

Deux mots maintenant, pour terminer, sur le mode d'action de la fève de Calabar sur ces appareils. Sur quels nerfs agit-elle? Selon toute apparence, d'après notre observation comme d'après nos expériences, la fève de Calabar déterminerait un spasme de l'oculo-moteur. Ce serait, à proprement parler, exactement un antagoniste de l'atropine. Celle-ci agit par irritation sur les fibres radiées de l'iris et du tenseur de la choroïde, au moyen du grand sympathique.

Le calabar, au contraire, agit de même sorte sur les filets moteurs qui viennent du système oculo-spinal du ganglion ophthalmique. C'est ce que l'analogie indique et ce que démontre du reste la section des filets du ganglion cervical supérieur. Après avoir coupé ce filet nerveux chez un lapin, l'action de la fève de Calabar à faible dose se produit avec beaucoup plus d'énergie; et, d'autre part, si l'on administre de très-fortes doses, l'irritation mécanique du bout supérieur du filet cervical ganglionnaire, lutte avec peine contre le spasme myotique intense déterminé par le calabar. Quant aux effets produits sur la sensibilité générale et spéciale de l'organe, il est à croire qu'ils sont sous la dépendance de la cinquième paire; c'est un sujet qui appelle encore un complément d'études. Quoi qu'il en soit, et pour nous résumer, la fève de Calabar sera donc considérée comme l'antagoniste de l'atropine, dans toutes ses propriétés.

Cette intéressante communication a été saluée par des applaudissements unanimes.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 SEPTEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

Anthropologie. — *Sur les effets de la consanguinité, de la syphilis et de l'alcoolisme combinés et observés dans une même famille*, mémoire de M. *Guipon*, présenté par M. *Rayer*. — Les faits exposés par l'auteur dans ce mémoire, et très-soigneusement observés par lui, l'ont conduit à des conclusions qu'il résume dans les termes suivants : « 1° La consanguinité exerce une influence déprimante sur la force vitale, et notamment sur un de ses principaux et plus importants attributs, la puissance de reproduction ou de continuation de l'espèce; 2° si la stérilité ne s'observe pas chez les consanguins, elle se constate du moins sur leur progéniture; 3° la consanguinité porte atteinte aux fonctions de relation et aux organes des sens eux-mêmes, comme l'ouïe, la parole, ainsi que plusieurs observateurs l'ont démontré, et la vue, ainsi que les faits que j'ai reproduits plus haut le prouvent péremptoirement après d'autres faits du même genre; 4° aidée de causes plus ou moins analogues dans leurs effets, telles que la syphilis et l'alcoolisme, elle peut produire des troubles profonds de l'innervation, de la vitalité, comme la paralysie et la gangrène spontanée; 5° l'intelligence elle-même peut participer à cette dégénérescence et l'imbécillité ou un certain degré d'idiotie en résulter; 6° une seule fonction, une seule faculté semble en être accrue, c'est le sens génital, précisément celui dont le but final, la procréation, est le plus compromis. » (*Comm.:* MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard.)

Chirurgie. — M. *Tavignot*, dans une note portant pour titre : La méthode galvanocaustique uréthrale, expose les bons résultats qu'il a obtenus dans le traitement des rétrécissements organiques de l'urèthre par la méthode galvanocaustique thermique, et donne quelques détails sur son procédé opératoire. (*Comm.:* MM. Cl. Bernard, Civiale.)

Pellagre. — M. le docteur *Billod*, médecin en chef de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire, près d'Angers, demande qu'une commission spéciale soit chargée d'étudier la question de la *pellagre* dans l'asile dont le service médical lui est confié, où il en a signalé la présence.

Cette demande est renvoyée à l'examen d'une commission nommée pour de précédentes communications de l'auteur, commission qui se compose de MM. Serres, Flourens et Rayer.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Une observation de M. le docteur *Jobert* (de Guyonvelle), relative à un cas de *tænia solium* rendu vivant par le canal de l'urèthre. (*Comm.* : MM. Ch. Robin et Ségalas.) — *b*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans le département de l'Oise. — *c*. Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Million* (de Saint-Étienne), *Manouvrier* (de Valenciennes), *Muel* (de Sarreguemines) et *Pressat* (de Nice). (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Faye* (de Christiania) à l'occasion du procédé d'embryotomie dernièrement décrit par M. Pajot. (*Comm.*: MM. Dubois, Danyau, Depaul.) — *b*. Un recueil d'observations de petite vérole, par M. le docteur *Renault* (d'Alençon). (*Commission de vaccine*.)

M. *Blache*, au nom du prince *Zaacken*, docteur en médecine polonais, offre une brochure SUR LES MALADIES DES YEUX, et demande l'inscription du prince parmi les candidats au titre de correspondant.

M. *Larrey*, au nom de M. le professeur *Marcellin Duval*, directeur de l'École navale de Brest, dépose sur le bureau : 1° un MÉMOIRE SUR L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA ASIATIQUE OBSERVÉE A BREST EN 1849 ; 2° un TRAITÉ D'HÉMOSTASIE ET DES LIGATURES D'ARTÈRES ; 3° un travail SUR LA TRANSLUCIDITÉ COMPLÈTE DE CERTAINES HYDROCÈLES ; 4° un ATLAS D'ANATOMIE DESCRIPTIVE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE TOPOGRAPHIQUE.

M. *Larrey* demande aussi l'inscription du nom de M. le professeur *Duval* sur la liste des candidats au titre de membre associé national.

M. *le Président* annonce que M. le professeur *Haime* (de Tours), membre correspondant, assiste à la séance.

Lecture.

CHIRURGIE. — M. le docteur *Marcellin Duval* lit le résumé d'un MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES ÉPIPLOCÈLES, comprenant : 1° le traitement de l'épiplocèle abdominale traumatique ; 2° celui de l'épiplocèle abdominale non traumatique ou spontanée après l'opération du débridement de la hernie étranglée ; 3° celui de l'épiplocèle thoracique par cause traumatique.

Il s'agit, dans la première catégorie, de la hernie de l'épiploon à travers une plaie de l'abdomen.

Dans la deuxième, l'auteur se demande ce qu'il faut faire en présence d'une portion d'épiploon contenue depuis plus ou moins longtemps dans une hernie étranglée dont le débridement vient d'être opéré.

Dans la troisième catégorie, l'épiploon a non-seulement abandonné la cavité abdominale, mais il s'est introduit dans la cavité thoracique ; il l'a traversée et vient apparaître à l'extérieur, dans un des espaces intercostaux.

1° *Traitement de l'épiplocèle abdominale traumatique :*

Les principales méthodes thérapeutiques employées sont : la réduction, l'ablation et l'expectation.

M. Duval tient pour cette dernière méthode. Laisser l'épiploon à l'extérieur et attendre, telle est, dit-il, la règle générale que j'adopte.

Cependant il aurait recours à la réduction si la plaie était récente, l'épiploon sain et libre ; s'il avait de la tendance à rentrer facilement, sans se déchirer, sans provoquer une inflammation ultérieure.

La réduction de l'épiploon déchiré, contus ou meurtri, bien qu'elle ait été opérée souvent avec succès, expose à de graves dangers. L'expectation, au contraire, permet de suivre de près la marche des événements et de prévenir ou de conjurer un accident qu'on a sous les yeux. Elle a, en outre, l'avantage de ne pas exiger d'opération et de ne pas provoquer d'hémorrhagies.

La portion d'épiploon laissée au dehors, tantôt se flétrit, se gangrène partiellement ou en totalité ; tantôt elle se tuméfie, semble se boursoufler, suppure, disparaît et laisse à sa place une plaie qui se cicatrise après un temps variable. Trop souvent le pédicule qui traverse la plaie et qui sert de bouchon obturateur, subit le même sort, et alors la hernie épiploïque se reproduit. On prévient cet accident par l'application d'un bandage herniaire.

L'objection la plus sérieuse qu'on ait adressée à l'expectation, c'est qu'elle exigeait beaucoup de temps pour la guérison. Mais on peut abréger la durée du traitement par l'emploi des cathérétiques, des astringents, d'une compression modérée, et même, dans des cas exceptionnels, par l'excision, la ligature, ou mieux encore la cautérisation de la tumeur épiploïque.

Si l'épiploon est étranglé, M. Duval n'hésite pas à débrider, dans une petite étendue, mais sans réduire.

S'il est gangrené partiellement, on laissera la nature se charger de l'élimination. Si la gangrène a envahi une plus grande étendue, on excisera à peu de distance au-dessous de la partie vivante.

2° *Traitement de l'épiplocèle non traumatique ou spontanée :*

Mêmes considérations que celles exposées ci-dessus.

3° *Traitement de l'épiplocèle thoracique par cause traumatique :*

Ne jamais réduire et attendre. En effet, la réduction ne réussira probablement jamais à faire rentrer l'épiploon dans l'abdomen à travers la plaie du diaphragme. (*Comm.* : MM. Jobert, Michon et Larrey.)

Discussion sur la rage.

M. *Vernois*. Je viens présenter quelques observations sur le rapport de M. Bouley et à propos de ce rapport.

Le travail de notre honorable confrère se compose de deux parties, l'une statistique, l'autre dogmatique. Quelques mots d'abord sur la première partie.

M. Tardieu a fait remonter à M. Dumas l'heureuse initiative de l'enquête générale et permanente sur la rage ; mais ce que M. Tardieu n'a pas pu dire, c'est que c'est lui-même qui a fécondé cette enquête, réuni ses éléments, séparé l'ivraie du bon grain, de manière à obtenir ces résultats statistiques qui ont été exposés dans la dernière séance et qui ont déjà élucidé tant de questions.

Par malheur, les statistiques de M. Bouley ne ressemblent guère à celles de M. Tardieu. Aussi, les conséquences qu'il en a tirées ont-elles laissé dans mon esprit bien des doutes, bien des hésitations. La confusion qui plane sur toute la première partie de son rapport tient, je crois, à ce que notre savant collègue n'a pas suffisamment distingué la rage spontanée de la rage communiquée.

M. Bouley admet avec raison la rage spontanée. M. Boudin l'a révoquée en doute. Il a eu tort assurément ; mais j'invoque en sa faveur une circonstance atténuante, c'est qu'il n'existe aucun document imprimé qui démontre péremptoirement ce fait. L'histoire de la rage spontanée est à peine ébauchée, et, si les documents sur cette question sont rares en France, qu'y a-t-il de surprenant qu'ils manquent en Orient? Mais voyez ce qui est arrivé depuis que la France a envoyé des médecins sanitaires dans le Levant : nous avons reçu des témoignages authentiques qui prouvent incontestablement que la rage existe dans ces contrées et qu'elle y règne de très-vieille date.

Il faut donc absolument tenir compte de la spontanéité de la rage dans les instructions destinées au public ; il faut que tout le monde sache que la rage peut éclater spontanément chez le chien, et que, par conséquent, la séquestration préventive est une mesure insuffisante et quelquefois illusoire. Reste à savoir si la manifestation de la rage spontanée ne serait pas subordonnée à certaines conditions de saisons, de climats, de localités, etc. C'est à la statistique, à la bonne statistique qu'il appartient de résoudre cette question.

Il faudra demander aussi à la statistique quelle est l'in-

fluence de la race sur le développement de la rage spontanée chez le chien. Cette question, quoi qu'en ait dit M. Bouley, me paraît d'une haute importance, surtout au point de vue de la préservation.

Je passe à la rage communiquée : c'est la plus fréquente. On en distingue deux espèces : l'une traumatique non virulente; l'autre, traumatique virulente. La première variété, celle qui résulte de la morsure d'un chien bien portant à un autre chien également sain, est sujette à contestation; cependant de bons observateurs en ont cité des cas qui paraissent très-dignes de créance. Quant à la rage traumatique virulente, elle est universellement admise.

Si nous ne savons rien de la loi de la rage spontanée, nous connaissons à merveille celle de la rage communiquée. Cette rage est le produit d'une inoculation, et le nombre des victimes qu'elle frappe est l'effet de la fortuité toute pure. Il est donc impossible d'établir, comme a voulu le faire M. Bouley, le nombre de chiens qui peuvent contracter annuellement la rage par contagion. Les chiffres qu'il a empruntés aux écoles vétérinaires ne peuvent même pas fournir à cet égard de données approximatives, car ils sont pris dans une circonscription trop restreinte. D'ailleurs, parviendrait-on à déterminer exactement ce nombre, qu'on ne devrait encore en rien conclure relativement à la rage humaine. Ne sait-on pas, en effet, qu'un chien enragé peut ne mordre personne, mordre un seul individu ou faire un grand nombre de victimes?

M. Bouley s'est demandé s'il y avait quelque rapport entre le sexe et la proportion des chiens enragés. Autant vaudrait se demander si le sexe constitue une aptitude aux plaies d'armes à feu, parce qu'un coup de canon chargé à mitraille aurait atteint dans une foule plus d'hommes que de femmes. C'est là une affaire de hasard. Le sexe ne peut être pour rien dans le développement de la rage communiquée.

M. Bouley a cherché encore à résoudre cette question : Sur tant de personnes mordues, combien y en a-t-il qui contractent la rage? Je déclare que ce problème est insoluble avec les éléments statistiques actuels. Au reste, la question est mal posée, d'abord parce que le chien ne communique pas la rage seulement en mordant, mais qu'il la donne encore en léchant; puis parce que toutes les morsures d'un animal enragé ne sont pas fatalement virulentes. D'où il suit que, si quelques personnes mordues échappent à la rage, on ne pourra pas conclure qu'elles y étaient réfractaires. L'existence de cette immunité est possible ; mais rien encore n'est venu la démontrer. Je crois donc que, jusqu'à nouvel ordre, il faut bien se garder de confondre la morsure efficace ou inoculation avec la morsure simple sans inoculation.

C'est encore à tort, selon moi, qu'on a considéré la rage du loup comme plus terrible et plus grave que celle du chien. Cette erreur vient sans doute de ce qu'on a cru longtemps que le loup était le père du chien, mais elle n'est plus permise aujourd'hui que nous savons que le chien descend du chacal.

Je termine avec la première partie du rapport de M. Bouley, et je dis : Il est indispensable, pour la solution des questions relatives à la rage, de distinguer nettement ce qui appartient à la rage spontanée d'avec ce qui appartient à la rage communiquée. Or, cette distinction ne sera possible que quand on aura une histoire bien précise de la rage spontanée. Il faut donc faire l'histoire de cette rage, qui est véritablement la rage *principe*, et sans la connaissance de laquelle toute étude est nécessairement incomplète et toute instruction insuffisante.

La partie dogmatique du rapport de M. Bouley est traitée de main de maître, et je ne puis qu'y applaudir. Cependant on y trouve encore çà et là quelques assertions trop absolues, qu'il est nécessaire de rectifier dans un document de cette importance.

Mais d'abord je signalerai une lacune. M. Bouley a omis le diagnostic différentiel de la rage. C'est un point sur lequel il fallait insister; car il ne suffit pas de savoir ce que c'est que la rage, il faut savoir encore ce que ce n'est pas; il faut la distinguer expressément de ces étranges névroses qui offrent avec elle de si trompeuses ressemblances.

M. Bouley a donné une grande valeur à l'*épreuve du chien*, qui consiste à déceler la rage chez un chien, à provoquer un accès de fureur en lui présentant un autre chien. De l'avis de beaucoup de vétérinaires, c'est là une épreuve douteuse, et le chien est un réactif infidèle.

Suivant M. Bouley, le chien enragé mord rarement son maître. Je ne puis partager une opinion aussi optimiste. Les documents que j'ai dépouillés, et qui remontent à 1822, établissent, contrairement à cette assertion, que huit fois sur dix la rage a été communiquée par des chiens à leurs maîtres ou à leurs commensaux.

La question de la prophylaxie de la rage a été seulement ébauchée par M. Bouley. J'ai publié sur ce sujet un long mémoire dans les Annales d'hygiène, à l'aide des documents recueillis par la commission spéciale et permanente au sein du conseil de salubrité du département de la Seine.

J'ai pu me convaincre ainsi que l'impôt sur les chiens était une mesure insuffisante, comme l'a déjà démontré M. Tardieu. Cette loi est évidemment le résultat d'un préjugé. On a cru que la taxe sur les chiens diminuerait le nombre de ces animaux en France, et partant les chances de contagion de la rage. L'expérience a prouvé que ces prévisions n'étaient point fondées. Le nombre des chiens n'a pas sensiblement diminué, et les cas de rage ont été aussi fréquents. A quoi cela tient-il? Tout simplement à ce qu'il n'y a aucune relation exacte, aucun rapport nécessaire, comme l'a cru à tort le législateur, entre la population canine d'un pays et le nombre des cas de rage humaine. Cela est si vrai, que, dans le département de la Corrèze, où l'on compte un chien pour trois habitants, la rage est extrêmement rare, tandis qu'elle est assez fréquente à Lyon et à Paris, où l'on ne compte qu'un chien pour onze habitants. Je pense donc, avec M. Bouley, qu'il ne faut pas accorder trop de valeur aux mesures administratives.

Notre honorable collègue a pris, faiblement il est vrai, la défense de la muselière. Quant à moi, je ne crois guère à l'efficacité du musèlement comme prophylaxie de la rage. D'abord il n'empêchera pas le développement spontané de la rage. Puis, pour la rage communiquée, il est assurément inutile dans la période d'incubation, et il est d'une impuissance notoire dans la période d'invasion. Quand la rage éclate, en effet, les forces du chien sont centuplées, rien ne résiste à sa fureur; il n'est pas de si forte muselière qu'il ne brise et qui soit capable de l'empêcher de mordre.

Mais, je le reconnais, hormis les cas de rage, le musèlement peut être une mesure utile dans quelques circonstances, en empêchant, par exemple, les chiens de se battre entre eux, de mordre les chevaux, ou même de blesser les personnes étrangères, dans les voitures, dans les chemins de fer, etc. A ce compte, il est bon de maintenir l'usage de la muselière. Mais, encore une fois, qu'on se garde bien d'exagérer l'efficacité de cette mesure contre la rage.

On a reproché à l'administration de réserver l'application des mesures préventives pour les saisons chaudes. Comme ce blâme retombe indirectement sur le conseil d'hygiène, je crois devoir le repousser comme entièrement immérité. Voici des documents officiels, des ordonnances de police relatives à la rage, qui portent la date du mois de novembre, et dans lesquels on met en garde la population contre la dangereuse croyance que la rage ne sévit qu'en été.

Je n'ai plus maintenant qu'à présenter quelques courtes réflexions à propos du rapport de M. Bouley. Il s'agit de la rage chez l'homme.

La rage humaine, comme la rage canine, peut être spontanée ou communiquée. La rage humaine spontanée ressemble par ses symptômes et par sa terminaison constamment funeste à la rage de cause canine; elle n'en diffère que par l'origine, et probablement par la nature. Cette forme est rare; mais son existence a été mise hors de doute par les beaux tra-

vaux de Villermé, de Bellanger (de Senlis) et de Gintrac père. Dernièrement encore, M. Barthez a eu l'occasion d'en observer un cas sur un enfant de sept à huit ans.

La rage humaine communiquée provient ou d'animaux enragés (rage virulente) ou d'animaux simplement irrités (rage non virulente), comme dans le fait rapporté par M. Tardieu, et observé à Lariboisière. Depuis longtemps les chirurgiens avaient signalé le danger, la mauvaise nature, la virulence de certaines morsures. C'est une opinion qui mérite d'être prise au sérieux, et dont il faut se garder de rire.

Certains auteurs (je le dis bien bas afin de ne refroidir le zèle et le dévouement de personne) citent des cas de rage communiquée d'homme à homme. Cependant ici il faut bien prendre garde de confondre les terribles effets d'une véritable inoculation avec ceux non moins terribles de la frayeur. Un de mes plus illustres maîtres fut mordu, un jour, en ma présence, par un homme hydrophobe. L'idée de la contagion s'empara aussitôt de l'esprit du chirurgien, ne lui laissa plus de repos ni jour ni nuit, et le jeta dans le plus affreux désespoir. Ce ne fut qu'au bout de trois années passées hors de France et consacrées au travail le plus rude et le plus opiniâtre, que notre éminent confrère revint à Paris, où il devait être une des gloires de la chirurgie contemporaine.

Que savons-nous du traitement curatif de la rage communiquée? Que faisons-nous contre cette cruelle maladie? Rien de rationnel. La rage est une affection pernicieuse, à deux temps, à deux périodes : l'une, d'inoculation ; l'autre, d'invasion. On traite le début, l'accident primitif par la cautérisation ; ou bien la fin, l'accès, l'accident ultime, par des moyens très-variés, mais complétement impuissants. Je n'ai jamais vu traiter la maladie elle-même : on n'y songe même pas. C'est pourtant là, ce me semble, qu'il faut chercher l'unique voie de salut. Pourquoi n'essayerait-on pas, dès le début, immédiatement après la morsure, l'emploi suffisamment prolongé des altérants; il en est dont les effets énergiques et prompts pourraient peut-être imprimer au sang et aux autres humeurs de l'économie des modifications profondes et salutaires.

Pourquoi aussi ne tenterait-on pas de combattre le virus par le virus? L'analogie ne nous offre-t-elle pas des faits de nature à nous encourager? Voyez, par exemple, combien la vaccine pratiquée au début d'une variole ou pendant le cours d'une épidémie, exerce une influence favorable sur la marche de la maladie, et une modification avantageuse sur le développement de l'éruption. Je serais donc d'avis qu'on essayât dans la rage de diverses inoculations.

Je ne puis, en terminant, que répéter ce qu'a dit M. Tardieu : La rage doit disparaître, la rage disparaîtra. Ce sera là un des plus grands bienfaits de l'hygiène, un des plus grands services qu'elle aura rendus à l'humanité.

Il convient que l'Académie prenne la plus grande part à cet immense et glorieux résultat. J'estime donc, avec M. Tardieu, qu'une commission spéciale doit être nommée dans son sein, afin de recueillir tous les documents relatifs à la rage et de rédiger une instruction détaillée, contenant une description très-exacte de la maladie, à toutes ses périodes, mais surtout un exposé très-complet des phénomènes prodromiques, avec le diagnostic différentiel de la rage et des autres maladies avec lesquelles on peut la confondre, enfin l'indication des moyens les plus sûrs et des mesures les plus efficaces pour s'en préserver, ainsi que des procédés les plus énergiques pour en arrêter le développement et en prévenir la manifestation.

— M. *Velpeau*. Je ne suis guère disposé à croire à la spontanéité de la rage chez l'homme ; et, pour ne parler que du fait observé par M. Barthez, il me paraît bien difficile de démontrer que le malade n'a pas été ou mordu légèrement ou léché par un chien enragé.

M. *Vernois*. Je laisse à M. Barthez la responsabilité de son affirmation ; il déclare s'être assuré, par tous les moyens possibles, que son malade n'avait pas été touché par un chien enragé.

M. *Larrey*. La remarque de M. Velpeau me fournit l'occasion de rappeler que c'est à M. Boudin qu'appartient l'idée très-formelle de la non-existence de la rage spontanée.

M. *Bouley*. Il y a dans le discours de M. Vernois un reproche par prétérition, mais que je crois avoir bien saisi. Aux yeux de notre honorable collègue, j'ai eu tort, sans doute, de ne pas avoir mis à profit son beau mémoire sur la rage. Comment l'aurais-je fait? Mon rapport est fait depuis un an et demi, c'est-à-dire avant que le travail de M. Vernois n'eût été publié.

M. *Vernois*. C'est bien gratuitement que M. Bouley me prête l'intention de le blâmer. J'ai voulu simplement discuter dans son rapport des opinions qui n'étaient pas les miennes, et que les faits ne me paraissaient point justifier.

M. *Tardieu*. Le cas de rage que j'ai observé à Lariboisière et dont j'ai parlé dans la dernière séance, ne rentre nullement dans les faits de rage spontanée. C'est un de ces accès de rage survenus à la suite de la morsure d'un chien non enragé, mais seulement en colère, et sur lesquels j'appelle des éclaircissements de la part de nos collègues vétérinaires. Y aurait-il, par exemple, chez le chien une forme de rage subite, instantanée, passagère, analogue au délire transitoire qu'on observe quelquefois chez l'homme?

Présentation.

MÉDECINE. — M. le docteur *Hérard* soumet à l'examen de l'Académie un enfant de vingt-cinq mois, atteint d'une syphilis constitutionnelle, d'origine vaccinale. Cet enfant était d'une excellente santé, et rien chez ses parents ne révèle les traces d'antécédents syphilitiques. Il fut vacciné le 27 juin, le même jour et dans la même mairie que l'enfant présenté dernièrement à la Société de chirurgie, et chez lequel tous les membres présents ont reconnu l'existence d'une syphilis vaccinale. Trois semaines après la vaccination, de nouveaux boutons se montrent au niveau des piqûres de vaccine ; puis des croûtes, puis des ulcérations. Quelques semaines plus tard, roséole syphilitique; puis l'enfant maigrit et devient pâle; les ganglions de l'aisselle et les ganglions cervicaux s'engorgent; la roséole s'efface et fait place à une syphilide papuleuse.

C'est dans cet état que M. Hérard présente le jeune enfant à l'Académie.

CHIRURGIE. — M. le docteur *Marcellin Duval* présente plusieurs instruments qu'il a imaginés, *compresseurs d'artères* et *appareils de fractures*.

La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 29 JUILLET ET DU 5 AOUT 1863.

ANKYLOSE CICATRICIELLE DE LA MÂCHOIRE INFÉRIEURE. — TRANSFUSION DU SANG.

Quelques doutes ayant été émis sur la permanence des guérisons qui avaient été obtenues par la section du maxillaire, M. *Verneuil* a communiqué à la Société des renseignements nouveaux sur les opérés de M. Rizzoli. Il a extrait ces renseignements d'une brochure publiée à Bologne, et qui lui a été adressée sous forme de lettre chirurgicale. Les deux premières observations de M. Rizzoli, faites en 1857, ont entre elles la plus grande analogie, et nous montrent des guérisons qui ne se sont pas démenties depuis six ans. Les deux opérés étaient, en 1857, des enfants de dix à douze ans. Dans les deux cas, même section intra-buccale du maxillaire avec l'ostéotome, en avant des adhérences et sans incision extérieure; inflam-

mation consécutive très-minime qui permit de tenir les fragments écartés pendant le temps nécessaire à la formation de la pseudarthrose. Aujourd'hui tous deux mangent aisément toute espèce d'aliments.

Le sujet de la troisième observation est une femme qui a été opérée par le même procédé à l'âge de vingt-huit ans, en 1858. Actuellement la pseudarthrose persiste; seulement la malade n'ouvre pas très-largement la bouche, et parle avec une certaine difficulté.

Dans la quatrième observation, la guérison date déjà de trois ans. Chez cette petite malade, comme chez les opérés précédents, la lésion était simple, bornée aux parties profondes, et ne se compliquait pas de ces larges pertes de substance générale qui accompagnent, au contraire, le resserrement des mâchoires chez la plupart des opérés de France. M. Verneuil croit que la simplicité de la lésion n'a pas été indifférente aux succès obtenus par la section simple, et que celle-ci aurait été insuffisante entre les mains de M. Rizzoli lui-même pour des cas plus compliqués. C'est pour ces cas plus graves, dans lesquels la joue est plus ou moins largement détruite et le tissu cicatriciel abondant, qu'il faudrait réserver, sans doute, l'ablation d'un fragment triangulaire du corps de la mâchoire, comme l'ont fait avec succès MM. Esmarck et Wagner.

Toutefois, dans l'un de ces cas, la section simple, suivie immédiatement de la génoplastie, a réussi entre les mains de M. Esterle, chirurgien de Novare. M. Verneuil ne voudrait pas qu'on se laissât encourager par ce succès. Il croit qu'il y a des inconvénients à exécuter, dans une même séance, les deux opérations destinées à rétablir la mobilité de la mâchoire et la forme des parties molles extérieures. L'association des deux temps de ce procédé a eu une issue très-malheureuse chez l'un des opérés de M. Rizzoli. Le lambeau chéiloplastique se gangrena, et le malade mourut d'infection purulente.

Deux cas de mort après l'opération d'Esmarck ont été aussi rapportés en Angleterre par MM. Heath et Mitchel Henry sans qu'on puisse en accuser la combinaison de l'autoplastie avec cette opération.

Il faut tenir compte de ces revers, dit M. Verneuil, non pour proscrire l'opération, mais pour l'appliquer avec réserve.

L'idée qu'a eue M. Huguier d'enlever un fragment triangulaire du corps de la mâchoire était venue aussi aux chirurgiens étrangers. M. V. Bruns l'a appliquée le premier en 1855; elle a été mise en pratique une seconde fois par le professeur A. Wagner (de Kœnigsberg), en 1858, et une troisième fois par M. Heath. Dans les trois cas le résultat a été favorable.

En terminant, M. Verneuil a signalé deux observations intéressantes qui se trouvent dans le mémoire de M. Heath sur le resserrement des mâchoires. Ces deux faits sont deux exemples de guérison, par l'ancienne méthode, d'ankyloses cicatricielles non compliquées de perte de substance de la joue. On fit suivre, dans ces cas, la section du tissu inodulaire de l'application dans le sillon géno-gingival de gouttières de gutta-percha qui furent modifiées plusieurs fois jusqu'à cicatrisation complète. Toutefois, le traitement a été semé d'accidents assez sérieux, il a été plus laborieux, et a exigé infiniment plus de temps et de précautions que la création de la pseudarthrose.

M. *Bauchet* ne comprend pas que M. Rizzoli ait pu faire tenir un corps étranger entre les extrémités de l'os coupé, et surtout coupé par la méthode sous-cutanée. Il est certain cependant, a dit M. *Verneuil*, que par le procédé de section simple qu'emploie M. Rizzoli il y a peu d'inflammation, et qu'au bout de trois ou quatre jours on peut interposer entre les fragments un corps étranger qui s'y maintient.

— M. *Broca* a lu dans la séance du 5 août un rapport sur un travail de M. Oré (de Bordeaux), intitulé : RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES SUR LA TRANSFUSION DU SANG.

La partie physiologique de ce mémoire est purement historique et critique. L'auteur y a reproduit *in extenso* un grand nombre de détails piquants, de documents scientifiques et judiciaires relatifs au célèbre procès des transfuseurs du XVIIIe siècle. Dès 1668, un arrêt du Châtelet ayant défendu de pratiquer la transfusion chez l'homme sans l'approbation d'un docteur régent de la Faculté de Paris, cette mesure fit oublier la transfusion pendant deux cent cinquante ans. Ce n'est qu'en 1818 que les travaux de Blondell inaugurèrent la période scientifique de la transfusion. Il ne fut plus question alors de guérir par cette méthode toutes les maladies, et même de rajeunir les vieillards. Blondell songea à utiliser la transfusion dans les cas où la vie est menacée par suite d'une perte de sang trop considérable. Depuis, c'est toujours vers le même but que tous les expérimentateurs ont dirigé leurs recherches. MM. Prévost et Dumas, Dieffenbach, Bischoff, Polli, Brown-Séquard, M. Nicolas (thèse de 1860) ont contribué, chacun pour sa part, à répandre de la lumière sur ce sujet.

Il résulte de leurs expériences que le sang défibriné d'un animal peut être, sans inconvénient, injecté à petite dose dans les veines d'un animal de même espèce; que les animaux épuisés par une saignée préalable, et sur le point de périr, peuvent par la transfusion être rappelés à la vie, et qu'il suffit de leur injecter une quantité de sang bien inférieure à celle qu'ils ont perdue.

Pour démontrer l'utilité pratique de la transfusion, M. Oré ne s'est pas contenté de ses études expérimentales, auxquelles il a consacré plusieurs années, il a reproduit intégralement dans son mémoire toutes les observations de transfusion publiées depuis 1818 en France ou à l'étranger. Ces faits sont au nombre de 79. Si de ce nombre on retranche, comme le veut M. Broca, 9 faits qui compromettraient à tort l'opération, puisqu'elle fut pratiquée dans ces cas par des médecins aventureux, sur des phthisiques, des cancéreux, des fous ou même des dysentériques; si l'on glisse aussi sur 14 cas d'anémie spontanée ou de chlorose qui ne semblent pas de nature à servir de modèle, il reste 56 cas de transfusion pour hémorrhagie. Cette opération a été pratiquée 10 fois pour des hémorrhagies traumatiques et a sauvé 5 malades. Elle a été pratiquée 46 fois chez des femmes en couche rendues exsangues par d'excessives pertes de sang; 38 malades, c'est-à-dire 82 pour 100, se sont rétablies.

On pourrait même augmenter la proportion des succès en considérant comme révivifiées par la transfusion les 3 opérées de M. Nélaton qui ont succombé à des accidents puerpéraux tardifs, ce qui porterait à 41 sur 46 le nombre des femmes chez lesquelles la transfusion a produit le résultat qu'on en attendait. Il faut encore ajouter que les 5 malades atteints d'hémorrhagies traumatiques qui n'ont pas été guéris ont succombé à des accidents auxquels la transfusion était tout à fait étrangère. M. Broca veut bien néanmoins laisser ces faits au nombre des insuccès. Les résultats de la transfusion restent encore très-beaux, puisqu'elle a guéri 50 pour 100 des individus épuisés par des hémorrhagies traumatiques, et 82 pour 100 des femmes qui auraient succombé à des hémorrhagies puerpérales.

Cette opération, trop peu usitée, mérite donc plus d'attention qu'on ne lui en accorde généralement, et M. Oré aura rendu à la chirurgie un service réel, en contribuant par ses recherches persévérantes à la répandre dans la pratique.

Pour répondre à une question que lui pose M. *Chassaignac* sur l'utilité de la défibrination du sang qu'on veut transfuser, M. *Broca* dit que c'est là un des points qui sont encore à l'étude. Cependant, dans la majorité des cas, le sang a été défibriné. On a reconnu dans les expériences sur les animaux que la défibrination était utile, à la condition qu'elle fût complète; mais cette défibrination complète est difficile à obtenir, et des fragments de fibrine peuvent produire des lésions qu'on retrouve à l'autopsie. Ce sont Bischoff et Dieffenbach qui ont fait ressortir les premiers les avantages de la défibrination. Toutefois, chez les animaux où la transfusion peut se faire de vaisseau à vaisseau, l'opération réussit mieux. Ces conditions ne peuvent être réalisées chez l'homme, dans les vaisseaux du-

quel on ne peut faire passer un sang qui n'ait rien perdu de ses qualités physiques et physiologiques. La condition artificielle la meilleure paraît être la défibrination ; ce sont les globules qui jouent le rôle principal. Il n'est pas question de rendre au malade tout le sang qu'il a perdu, mais bien de lui donner la force et le temps d'en refaire.

Du reste, la défibrination, de même que la question de la dose de l'injection et de la température du sang injecté, réclame encore de nouvelles recherches expérimentales. Cependant l'injection paraît pouvoir être faite à une dose assez faible, ce qui diminue beaucoup la nécessité de maintenir le sang chaud. La réfrigération est, d'ailleurs, un moyen de retarder la coagulation. Un autre moyen que les transfuseurs connaissaient bien consiste dans l'emploi des alcalins, tels que le sel ammoniac ou le carbonate de soude.

Il serait utile, comme l'ont dit MM. *Verneuil* et *Morel-Lavallée*, de consulter les faits au point de vue des symptômes qui ont fourni les indications de pratiquer la transfusion. Cependant, sans que cette recherche précise ait été faite, M. Broca croit qu'un médecin instruit saura toujours voir si la mort par hémorrhagie est imminente et s'il est urgent d'intervenir.

M. *Depaul* n'a trouvé concluante aucune des observations concernant les femmes en couche. Les malades qui ont été guéries l'auraient été sans cela. D'ailleurs, ou l'hémorrhagie puerpérale est aiguë et en quelque sorte foudroyante, et l'on n'a pas le temps d'agir, ou elle est lente, chronique, et il est très-rare alors qu'elle entraîne la mort.

M. *Broca* fait observer qu'entre la forme foudroyante et la forme en quelque sorte chronique il y en a une autre dans laquelle les malades, après une abondante hémorrhagie, meurent au bout de quelques heures sans que le sang ait continué à couler. C'est dans ces cas surtout qu'il serait bon d'essayer de la transfusion.

Dr P. Chatillon.

REVUE DES JOURNAUX.

Du traitement de la fièvre puerpérale par les purgatifs, par le professeur Breslau, directeur de la Clinique obstétricale de Zurich.

Le traitement de la fièvre puerpérale par les purgatifs énergiques et répétés, fort préconisé au commencement de ce siècle par un certain nombre d'accoucheurs anglais, à peu près complétement abandonné depuis, a été remis en honneur récemment par M. Seyfert (de Prague). C'est après avoir étudié la pratique de ce médecin que M. Breslau s'est décidé à son tour à essayer cette méthode. Les résultats désolants des moyens ordinairement employés justifiaient, d'ailleurs, un pareil essai, qui a laissé dans l'esprit de M. Breslau une impression assez favorable.

Les faits dont il rend compte dans son travail sont au nombre de 28, chiffre qui n'est pas assez considérable pour en faire la base de conclusions définitives, sans doute, mais suffisant pour autoriser de nouvelles tentatives. L'auteur n'entend, d'ailleurs, pas affirmer que, dans ces 28 cas, il se soit toujours agi de véritables fièvres puerpérales, le traitement ayant été mis en exécution dans des cas douteux, dont une issue heureuse n'a pas permis de fixer la nature d'une manière tout à fait démonstrative. Toutefois, les observations de ce genre ne sont guère qu'au nombre de 6; il en reste toujours 22 qu'on ne saurait récuser, et la plupart d'entre elles sont relatives aux formes les plus périlleuses de la fièvre puerpérale.

Voici quel a été, au total, le résultat du traitement :

Sur les 28 malades, 3 seulement succombèrent. En acceptant le chiffre restreint de 22, la mortalité n'est encore que de 13,6 pour 100, tandis que les proportions les plus habituelles varient de 25 à 40 pour 100. Parmi les 25 cas suivis de guérison, on compte 19 fièvres puerpérales graves. Deux fois seulement des affections consécutives sont survenues (un abcès pelvien et une mastite métastatique). L'influence avantageuse des purgatifs a toujours paru évidente : à part le soulagement éprouvé par les malades, leur emploi était suivi d'une diminution de la fièvre, d'un abaissement de la température, d'un ralentissement du pouls, de la disparition du météorisme et de la rétraction de l'utérus.

Les règles auxquelles M. Breslau s'est conformé, et qu'il recommande de suivre, sont les suivantes :

1° Il faut administrer un purgatif le plus tôt possible, et, dans tous les cas, avant que vingt-quatre heures ne se soient écoulées depuis le début de la fièvre. Dans tous les cas où la fièvre atteint rapidement une grande intensité, on ne devra pas hésiter, alors même qu'il est douteux si l'on a affaire à une fièvre puerpérale ou seulement à une fièvre d'irritation, à la fièvre de lait. Un purgatif donné dans ces conditions sera toujours exempt d'inconvénients, et il peut y avoir des dangers sérieux à en différer l'administration.

2° Il convient d'employer d'emblée un purgatif énergique et de le répéter dans un terme plus ou moins prochain, et à diverses reprises, lorsque les circonstances l'exigent. M. Breslau emploie de préférence un purgatif composé de 2 à 3 onces d'infusion de séné et 4 à 16 grammes de sel de Seignette ou de sulfate de magnésie : on obtient ainsi de deux à vingt selles. Mais ce n'est pas au nombre des évacuations qu'il faut attacher le plus d'importance, c'est de leur abondance surtout qu'il faut tenir compte, et ce sont surtout les selles franchement diarrhéiques qui exercent une influence décisive, critique, sur la marche de la maladie.

On répète le purgatif lorsqu'une première dose n'a pas produit un effet décisif et durable. Il est rare qu'une seule purgation suffise, et il convient de la répéter dès que la maladie paraît s'aggraver. L'auteur a alors recours le plus souvent à l'huile de ricin, au calomel, au jalap, etc. La persistance de la diarrhée après la première administration d'un purgatif est ordinairement l'indice d'une modification avantageuse et dispense le médecin de répéter le médicament.

3° Les purgatifs ne sont pas contre-indiqués par l'existence actuelle d'une péritonite générale ou partielle, d'une ovarite, d'une salpingite ; donnés dans ces conditions, ils exercent une action antiphlogistique éminemment utile.

4° On peut, du reste, associer aux purgatifs d'autres moyens thérapeutiques (sangsues, frictions mercurielles, cataplasmes froids ou tièdes), lorsque les symptômes d'une péritonite commençante dominent. (*Archiv der Heilkunde*, 1863, 2e livraison.)

Du syphilome, par M. le docteur E. Wagner.

Existe-t-il un néoplasme propre à la syphilis constitutionnelle? A cette question débattue et non résolue, M. Wagner répond par l'affirmative : le syphilome est pour lui un tissu de nouvelle production doué de caractères nettement définis, constants, et se reproduisant uniformément dans tous les organes où il se développe. Son travail contient un long exposé des recherches auxquelles il s'est livré, des observations nombreuses et détaillées. Nous en résumons succinctement les résultats, tout en signalant les documents réunis par l'auteur aux personnes qui se livrent à une étude spéciale de la syphilis viscérale.

Le syphilome se développe probablement dans tous les tissus et organes doués de vaisseaux sanguins. M. Wagner l'a rencontré dans la peau, le périoste, les os, les méninges, les muqueuses (de la bouche, de l'arrière-gorge, de l'estomac, de l'intestin, du larynx, de la trachée, des bronches), dans les diverses membranes séreuses, le foie, la rate, le pancréas, les poumons, le cerveau, le corps thyroïde, les reins, les testicules, l'épididyme. Chez l'adulte, il est surtout fréquent dans le périoste, les os, la peau, le foie et la rate ; chez les enfants, il se montre de préférence dans les poumons et dans la peau.

Le syphilome récent est formé par un tissu gris rosé, mou, peu succulent ou contenant un suc trouble peu abondant, parsemé quelquefois de points rouges. Il se présente tantôt sous la forme d'une infiltration diffuse, tantôt sous celle de tumeurs irrégulières nettement limitées; d'autres fois enfin ces deux formes se trouvent réunies. Dans son évolution ultérieure, il peut subir une atrophie, une sorte de dessiccation, ou bien passer à l'ulcération, aboutissant à la formation de cavernes. Ces deux modes de terminaison ne s'excluent d'ailleurs pas entre eux, et peuvent se combiner entre eux de diverses manières.

Ce tissu est composé essentiellement de cellules et de noyaux. Les cellules dominent dans les syphilomes anciens, avancés, tandis que les noyaux sont surtout abondants dans les productions récentes, et à la périphérie de celles qui ont une date reculée.

Les noyaux ont généralement 1/300e de ligne de diamètre; ils sont arrondis, allongés ou irréguliers, et renferment un nucléole très-apparent dans lequel on remarque rarement la multiplication par division. Les cellules ressemblent aux globules blancs du sang. Elles mesurent de 1/150e à 1/300e de ligne de diamètre, et présentent une forme arrondie ou polyédrique. La membrane d'enveloppe des cellules est très-apparente; leur contenu est légèrement granuleux. Le noyau est situé tantôt excentriquement, tantôt au centre de la cellule, et présente généralement un volume considérable relativement à celui de la cellule. Il est ordinairement unique; quelquefois cependant on trouve des cellules qui renferment deux noyaux.

A côté de ces éléments, on trouve parfois des corpuscules qui n'ont pas d'une manière évidente la constitution des cellules, et, en outre, des cellules fusiformes analogues à celles qui existent dans les sarcomes.

Les rapports que ces éléments affectent avec le tissu ambiant sont surtout caractéristiques : les cellules et les noyaux sont contenus dans des vacuoles formées par du tissu connectif. Les trabécules de ce tissu sont parfois très-délicates et ne circonscrivent qu'une cellule seulement ou un petit nombre de cellules. Ailleurs, on trouve des traînées assez larges de tissu connectif entre lesquelles sont groupés des amas considérables de cellules; mais là encore on voit des prolongements très-fins des trabécules s'interposer aux éléments cellulaires. Les amas de cellules et de noyaux ne sont, d'ailleurs, pas nettement limités, et ils se présentent avec des formes fort irrégulières.

La métamorphose que ce tissu subit le plus souvent consiste en une atrophie simple des cellules et des noyaux. La transformation graisseuse est beaucoup plus rare, et elle reste toujours partielle. La modification commence toujours par les parties centrales, les plus anciennes, du syphilome : c'est ainsi que se forment, comme dans le tubercule ou le cancer, soit des ulcérations qui occupent une étendue plus ou moins considérable de la peau ou des muqueuses, soit des cavernes creusées dans l'épaisseur des noyaux développés dans l'épaisseur des organes. Il est rare de trouver dans le tissu du syphilome des apoplexies capillaires ou des dépôts de pigment.

Le développement du syphilome se fait, soit dans le tissu connectif interstitiel des organes, soit dans la paroi des capillaires, là où le tissu connectif existe en petite quantité. Les noyaux et les cellules représentent ordinairement seuls les éléments de nouvelle formation; dans certains syphilomes toutefois, le tissu connectif est également formé à neuf.

Les caractères qui viennent d'être exposés différencient le syphilome des autres productions accidentelles; c'est surtout la disposition réciproque des cellules ou noyaux et du tissu connectif qui a à cet égard une valeur décisive.

M. Wagner rattache au syphilome de la peau toutes les éruptions cutanées de la vérole. La sécheresse du tégument externe, la chute des cheveux chez les syphilitiques, ne tiennent pas, suivant lui, à un simple trouble nutritif; elles sont dues à une infiltration de cellules dans le *rete* de Malpighi et dans les bulbes pilifères. La radezyge est une lésion de même nature, de même que beaucoup de formes de lupus.

Parmi les observations publiées par M. Wagner, on trouvera plusieurs exemples intéressants de syphilome du système nerveux que nous ne pouvons résumer ici. (*Archiv der Heilkunde*, livraisons 1, 2, 3; 1863.)

Du traitement de la coqueluche par le seigle ergoté, par M. le docteur O. Griepenkerl.

Un jeune garçon âgé de six ans, observé par M. Griepenkerl en 1856, avait la coqueluche depuis quinze jours, lorsqu'il fut atteint des accidents convulsifs de l'ergotisme, qui régnait alors épidémiquement dans la commune de Lutter. Dès la première apparition de ces symptômes, les quintes cessèrent de se produire et furent remplacées par de simples inspirations sifflantes, analogues à la *reprise* de la coqueluche. Puis, lorsqu'au bout de quelques jours l'enfant fut guéri de son ergotisme, il se trouva débarrassé en même temps de la coqueluche, qui avait, par conséquent, eu une durée bien inférieure à la moyenne ordinaire.

Partant de ce fait, dont la relation se trouve consignée dans le tome XIII du Journal trimestriel de Casper, M. Griepenkerl administra le seigle ergoté à cinq enfants coquelucheux, dont quatre âgés d'un an, malades depuis trois ou quatre semaines, et le cinquième âgé de trois ans et atteint depuis un an. Chez tous, la guérison fut à peu près complète au bout de huit jours de traitement. Plus tard, en 1861, une épidémie de coqueluche offrit à l'auteur un vaste champ d'observation, et son expérience embrasse actuellement plus de deux cents faits.

Les résultats de cette enquête paraissent assurer au seigle ergoté une place importante parmi les méthodes curatives de la coqueluche. Les insuccès ont été peu nombreux entre les mains de M. Griepenkerl, et ils doivent être attribués pour la plupart à l'emploi d'ergot de mauvaise qualité.

La formule suivante a été adoptée définitivement par l'auteur, comme la plus propre à donner un composé stable et dépourvu des propriétés irritantes que possède la poudre d'ergot :

Pr. Poudre grossière de seigle ergoté. 1gr,50 à 2 grammes.
Faites bouillir pendant une demi-heure avec :
Eau commune .... q. s.
Colature. .... 32 grammes.
Ajoutez :
Sucre blanc en poudre .... 48 —
M. d. s. Une cuillerée à café toutes les deux heures pour un enfant de cinq à sept ans.

Pour les enfants plus jeunes, on réduit la quantité de l'ergot à 1 gramme ou 75 centigrammes pour le même poids de sirop. Il importe, pour toute la durée du traitement, d'éviter avec le plus grand soin tous les aliments qui contiennent du tannin.

M. Griepenkerl recommande de n'instituer cette médication qu'au commencement de la troisième semaine de la maladie et après avoir fait cesser préalablement les complications, lorsqu'il y en a. Il a remarqué que les quintes s'aggravent souvent pendant les premiers jours de l'emploi de l'ergot; puis, au bout de cinq à dix jours, elles diminuent de fréquence et disparaissent d'autant plus rapidement qu'il y a moins de catarrhe pulmonaire concomitant. Celui-ci n'est nullement modifié par la médication.

Le sirop d'ergot n'a jamais été employé pendant plus de quinze jours sans interruption par M. Griepenkerl, qui en suspend l'administration au bout de ce laps de temps, sauf à la reprendre au bout de deux semaines, lorsque la coqueluche n'est pas suffisamment modifiée. Il n'a jamais vu ce traitement donner lieu à des accidents d'ergotisme. (*Deutsche Klinik*, n° 14, 1863.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Sur quelques publications concernant l'hygiène.

DICTIONNAIRE D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ, par M. le professeur *Tardieu*. 2e édition. 4 vol. in-8. Paris, 1862, chez J. B. Baillière et fils. — TRAITÉ PRATIQUE D'HYGIÈNE INDUSTRIELLE ET ADMINISTRATIVE, par M. *Maxime Vernois*. 2 vol. in-8. Paris, 1860, chez J. B. Baillière et fils.

S'il est une branche des sciences médicales qui soit importante, utile, grande et noble entre toutes, c'est, sans contredit, l'hygiène publique. Il n'est rien ici-bas qui n'en soit tributaire : arts libéraux, voyages, industrie, commerce, agriculture, professions grandes et petites, subsistances, constructions privées, édifices publics, établissements hospitaliers, institutions de bienfaisance, organisation municipale, police, mœurs, ordre public, règlements civils, mesures sanitaires, assainissement des cités, bien-être de tous et de chacun, santé individuelle et générale, relations internationales, armée, marine, paix et guerre, législation politique, économie sociale, religion même, tout relève de l'hygiène publique; tout est subordonné à ses conseils, tout est soumis à ses lois. Elle tient en main les intérêts les plus chers et les plus sacrés des personnes, des familles, des nations. Son domaine ne connaît d'autres bornes que celles du monde habité; elle règne en souveraine sur l'humanité tout entière.

On peut mesurer par là l'étendue prodigieuse et l'infinie variété des questions qu'elle embrasse, des problèmes qu'elle aborde, et des services qu'elle rend. On peut juger aussi de tout ce qu'elle exige de profond savoir, de labeur assidu, d'études consciencieuses, d'expérience consommée, de zèle éclairé, et de dévouement au bien public, de la part des hommes qui en fécondent les principes, qui en vulgarisent les prescriptions, qui en appliquent les préceptes, et qui consacrent leur vie à ses progrès.

Je ne connais pas de pays où l'hygiène publique soit plus en honneur qu'en France. Je n'en connais pas où elle soit cultivée avec plus de ferveur, développée avec plus de talent, représentée par des maîtres plus éminents, et propagée par des interprètes plus habiles. Je n'en connais pas enfin où elle soit mieux secondée par les pouvoirs administratifs, où elle reçoive une impulsion plus généreuse, et où elle jouisse d'une organisation plus forte et mieux entendue. L'Académie de médecine, véritable sénat conservateur de la santé publique, un comité consultatif institué près le ministère de l'agriculture et du commerce, des conseils de salubrité établis dans tous les arrondissements de l'empire, tels sont les grands foyers où s'agitent, où s'élaborent, où se discutent, et d'où émanent ces utiles réformes, ces importantes mesures, qui ont pour but de protéger la vie des citoyens, d'améliorer les conditions matérielles et morales des masses, de mettre une barrière aux ravages des fléaux épidémiques, et de disputer à la mort des milliers de victimes enlevées avant l'âge.

Mais les travaux du comité consultatif et ceux des conseils d'hygiène ne reçoivent qu'une publicité restreinte, et demeurent, le plus souvent, inconnus à la majorité du corps médical et du monde savant. Deux des hygiénistes les plus considérables et les plus actifs de ces temps-ci ont eu l'heureuse pensée et ont accompli la tâche difficile et laborieuse de recueillir ces précieux documents, de les grouper méthodiquement, de les analyser, d'en prendre la quintescence, de les produire au grand jour, et de leur donner un grand et légitime retentissement : — M. *Tardieu*, dans son DICTIONNAIRE D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ; — M. *Vernois*, dans son TRAITÉ PRATIQUE D'HYGIÈNE INDUSTRIELLE ET ADMINISTRATIVE. Une autre source féconde où ces deux maîtres distingués ont largement puisé, ce sont les ANNALES D'HYGIÈNE, immense recueil renfermant les mémoires les plus importants qui se sont publiés sur la matière depuis plus de quarante ans.

Exposer toutes les questions relatives à la salubrité, et l'ensemble des documents et actes officiels qui se rattachent à l'hygiène publique et à l'administration sanitaire, vulgariser ces importantes notions parmi les médecins, et y familiariser les administrateurs et les industriels que ces études intéressent, tel est le but que M. Tardieu s'est proposé. La faveur qui a accueilli son ouvrage, le succès rapide qu'il a obtenu, et qui en si peu de temps a épuisé la première édition, témoignent suffisamment de l'utilité d'une pareille entreprise, et du remarquable talent qui a présidé à sa réalisation.

La forme didactique ne convenait nullement à un livre destiné à devenir le répertoire de toutes les questions d'hygiène et de salubrité publique, ainsi que des lois, décrets, arrêtés, ordonnances et instructions qui s'y rattachent.

La distribution alphabétique des matières était bien préférable dans l'espèce. M Tardieu l'a adoptée comme la plus simple et la plus commode des méthodes d'exposition, et aussi comme celle qui se prêtait le mieux à tous les remaniements dont une édition nouvelle devait être l'occasion.

Et l'événement a bien justifié les espérances de M. Tardieu. La deuxième édition prédite ne s'est pas fait attendre; et l'auteur, conformément à ses prévisions, a été obligé d'y introduire de si profondes modifications, des additions si nombreuses, des développements si multipliés, des perfectionnements si réels, qu'il en a fait, à vrai dire, et selon ses propres expressions, un livre nouveau, un livre en quatre volumes, au lieu de trois qu'il avait primitivement. C'est que dans l'espace de dix années la science a marché, et l'hygiène publique a fait, en France, des pas de géant. M. Tardieu a beaucoup contribué personnellement à ce progrès; il a été un des principaux acteurs du grand mouvement hygiénique qui s'est opéré dans notre pays, et il peut dire, avec le héros de l'Énéide : *Quorum pars magna fui.*

Le DICTIONNAIRE D'HYGIÈNE PUBLIQUE est une sorte d'encyclopédie. Par sa nature, il échappe à l'analyse; et par l'étendue et la variété des sujets qu'il traite, il brave la compétence et confond la vanité du critique. Ethnologie, anthropologie, médecine, jurisprudence, économie sociale, chimie, physique, zoologie, botanique, géologie, géographie, climatologie, météorologie, hydraulique, agriculture, commerce, arts et métiers, presque toutes les branches des sciences humaines et de l'industrie ont une part dans ce vaste compendium.

Quand on parcourt les quatre volumes dont il se compose, on ne sait trop ce qu'on doit le plus admirer, ou de la grande érudition de l'auteur, ou de l'art avec lequel il expose des sujets si nombreux et si divers. M. Tardieu a trouvé le secret d'être complet sans être prolixe, concis sans sécheresse, bref sans obscurité. Tout le monde peut lire cet ouvrage avec la certitude de s'y intéresser et de s'instruire. Il est écrit de telle sorte que les moins initiés peuvent le comprendre, même dans les détails les plus spéciaux et dans les descriptions les plus techniques, genre de mérite bien rare dans un livre comme celui-ci.

Je n'entreprendrai pas de signaler les articles qui m'ont paru les plus capables de captiver l'attention ou d'éveiller la curiosité ; il faudrait les citer presque tous. Cependant je crois devoir une mention spéciale aux paragraphes consacrés aux *subsistances*, au *blé*, au *pain*, au *lait*, à la *boucherie*, à l'*eau*, au *vin*, au *chauffage*, à la *ventilation*, aux *combustibles*, aux *allumettes*, aux *habitations*, aux *fosses d'aisances*, au *gaz de l'éclairage*, aux *distilleries*, aux *vidanges*, à la *désinfection*, aux *inhumations*, aux *cimetières*, aux *voiries*, au *plomb*, aux *mineurs*, aux *lycées*, au *système pénitentiaire*, aux *climats* et à l'*acclimatement*, au *choléra*, à la *rage*, au *régime sanitaire*, etc.

Toutes ces questions sont traitées à fond et avec tous les développements que leur importance réclame. On y trouvera des notions nouvelles, des renseignements pleins d'actualité, des documents qu'on chercherait vainement ailleurs, et que l'auteur a puisés aux meilleures sources.

M. Tardieu ne se borne pas au rôle modeste de narrateur et d'historien; il ne se contente pas de raconter et de décrire. Avec la grande autorité que lui donnent son savoir, ses con-

naissances spéciales et sa haute position, il discute, il critique, il conseille; il fait voir le bon et le mauvais côté des choses, les inconvénients ou les avantages de certaines mesures ou de certains usages. Il signale, quand il le faut, les abus à détruire, les préjugés à dissiper, les erreurs à combattre et les réformes à opérer.

Au résumé, l'ouvrage de M. Tardieu est l'expression la plus exacte des progrès accomplis, et le miroir le plus fidèle de l'état actuel de la science. C'est le guide le plus sûr et le plus complet que puissent consulter tous ceux, médecins ou administrateurs, qu'intéresse l'étude de l'hygiène publique.

A. LINAS.

(La suite à un prochain numéro.)

VII

VARIÉTÉS.

QUESTION DES VIVISECTIONS. — La lettre suivante a été adressée à M. le rédacteur en chef de la FRANCE MÉDICALE :

Très-cher confrère,

Vous me demandez s'il est vrai que la section de vivisection a rencontré quelque sympathie parmi cette magnifique gerbe de savants connue sous le nom d'Association britannique pour l'avancement des sciences, et dont la trente-troisième réunion annuelle a eu lieu cette année à Newcastle on Tyne, du 25 août au 2 septembre. La chose est très-exacte. Le président de la section de physiologie, le docteur Rolleston, professeur de physiologie à l'Université d'Oxford, a introduit dans son discours d'ouverture un long paragraphe sur les expériences sur les animaux vivants. Il a montré combien les déclamations de certains journaux de Londres étaient peu fondées, et il a habilement mis à néant les sensibleries de certains protectionistes. Il a montré que la pratique des expériences sur les animaux était utile et nécessaire, non-seulement pour assurer sur une base certaine les données physiologiques, mais surtout pour pénétrer et dévoiler le secret de certaines maladies ; il a cité comme exemple l'épilepsie et les diabètes, en faisant ressortir toutes les données que les expériences sur les animaux avaient fournies à l'étude clinique de ces maladies.

Recevez, etc. GIRALDÈS.

MÉDECINE DES PAUVRES. — Le conseil général du Gers avait émis l'an dernier le vœu que les soins médicaux donnés aux indigents fussent absolument gratuits. Dans le but de rendre l'institution accessible à tous les indigents, le nombre des circonscriptions médicales s'est successivement accru; par suite, le chiffre des émoluments attribués à chaque praticien a dû diminuer dans une proportion qui ne permet plus de le considérer comme une rémunération suffisante. D'ailleurs, les indigents eux-mêmes revendiquent la faculté de recourir au médecin de leur choix. M. le préfet du Gers a annoncé au Conseil l'intention de réorganiser ce service. Tous les membres du corps médical seront appelés à participer au fonctionnement de la médecine gratuite. « Ainsi, a dit M. le préfet, se trouvera accompli le vœu émis par vous au sujet de la gratuité absolue des soins médicaux donnés aux indigents. »

— Les promotions et mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le corps des officiers de santé de la marine : M. Lefèvre, directeur du service de santé au port de Brest, a été admis à la retraite par application de la limite d'âge. M. Marcellin Duval, directeur à Toulon, passe dans les mêmes fonctions à Brest. M. Jules Roux, premier chirurgien en chef de la marine, est nommé directeur du service de santé au port de Toulon. M. Jules Ruchard, second chirurgien en chef, est nommé premier chirurgien en chef au port de Lorient. M. Drouhet, second chirurgien en chef à Lorient, est appelé à servir dans le même grade à Rochefort.

— Les professeurs, chirurgiens de la marine et étudiants, auxquels s'étaient joints spontanément la plupart des médecins en retraite du port de Toulon, se trouvaient réunis, le vendredi 11 septembre, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine navale.

Chacun s'était rendu avec empressement à la convocation de M. Marcellin Duval, directeur du service de santé, qui, appelé, sur sa demande, à continuer ses services au port de Brest, avait voulu faire ses adieux à l'École et en remettre, avec un certain éclat, la direction entre les mains de M. Jules Roux, que son ancienneté de service, ses travaux scientifiques et les sympathies de tous avaient désigné pour lui succéder.

Les regrets qu'inspire le départ de M. Duval, la satisfaction qui a accueilli la nomination du nouveau directeur et l'estime commune que professe pour tous les deux le corps de la marine donnaient à cette réunion le caractère d'une solennité.

Les discours prononcés à cette occasion par MM. Duval et Jules Roux sont empreints du sentiment le plus élevé de leur mission. En récompense des services qu'il a rendus à l'École pendant sa direction, M. Duval a obtenu l'honneur exceptionnel du droit de cité dans cette École, quo lui a décerné à sa sortie le conseil de santé de la marine. *(Le Toulonnais et Gazette des hôpitaux.)*

— Les médecins belges viennent de constituer une association générale *fédérative*. « Un discours de M. Monfils, dit l'UNION MÉDICALE, démontrant la facilité et les avantages d'une fédération de toutes les Sociétés médicales, en a fait admettre le principe, et sous la présidence de ce zélé promoteur de l'œuvre, l'assemblée a passé immédiatement à la discussion du règlement. Toutes les dispositions principales, calquées sur les statuts de l'Association générale, ne s'en écartent que dans les détails pour être en rapport avec les institutions nationales. Le bureau est ainsi rééligible chaque année par le conseil central siégeant à Bruxelles, qui est formé d'un représentant élu par chaque Société affiliée. Une réunion prochaine de tous ces représentants constituera définitivement la *Fédération médicale belge*, qui forme ainsi dès aujourd'hui, avec l'*Associazione medica italiana*, deux émules de l'Association française. »

— Nous rappelons à nos lecteurs que les médecins qui voudront se rendre au congrès médico-chirurgical de Rouen, qui s'ouvrira le mercredi 30 de ce mois, sont autorisés à voyager à moitié prix du tarif (aller et retour) sur tous les chemins de fer de l'Ouest. Demander une carte personnelle à M. le docteur J. Bouteiller, à Rouen. — Les travaux qu'on annonce devoir être présentés à ce congrès dépassent déjà le nombre de vingt.

— Le congrès de statistique réuni à Berlin a solennellement clos ses séances le 12 de ce mois.

La proposition de former des sociétés internationales et permanentes de secours pour les blessés en temps de guerre, dont le congrès avait été saisi par M. Henri Dunant (de Genève), a été favorablement accueillie.

M. le docteur Basting, chirurgien-major dans l'armée des Pays-Bas, a fait un rapport très-sympathique à cette proposition. Ses conclusions ont été adoptées à l'unanimité, et les membres du congrès ont été invités à se rendre, le 26 octobre, à la conférence de Genève, qui s'occupera de nouveau de cette question.

VIII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Thèses.

Thèses subies du 5 au 25 août.

139. PHILIPPOTEAUX, Edmond, né à Clavy-Warby (Ardennes). [*De l'amputation des amygdales dans quelques cas d'angine couenneuse.*]

140. LAMBERT, Simon, né à Montenay (Mayenne). [*De l'alimentation des enfants depuis la naissance jusqu'au sevrage.*]

141. SOULAGES, Pierre-J., né à Viviez (Aveyron). [*De la procidence ombilicale.*]

142. BOURGOIN, Edme-Alfred, né à Saint-Cyr (Yonne). [*De la pulvérisation des liquides médicamenteux.*]

143. CONSTANTINIDÈS, Zénon, né à Constantinople. [*De l'emploi des alcooliques dans le traitement des fièvres intermittentes.*]

144. JAMIN, Ernest, né à Angers (Maine-et-Loire). [*Relation d'une épidémie de rougeole chez les adultes, observée en 1862 à l'hôpital militaire d'Angers.*]

145. VÉTELAY, J.-T., né à Bellac (Haute-Vienne). [*Quelques considérations sur l'origine et le traitement de la tumeur lacrymale.*]

146. LAROCHE, Ed.-Émile, né à Angers (Maine-et-Loire). [*De la pendaison. De la tentative de pendaison.*]

147. MATEUS, Federico, né à Guayaquil (république de l'Équateur). [*De l'ataxie locomotrice progressive considérée surtout au point de vue de son traitement.*]

MM. les docteurs des départements dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE expire le 30 septembre 1863 sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 30 courant, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat de vingt-quatre francs payable le 31 octobre 1863.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 2 OCTOBRE 1863. N° 40.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Nouvelles remarques sur l'électricité du sang : MM. Scoutetten et J. Béclard. — II. **Revue clinique**. Pathologie interne : Pyélonéphrite chronique du rein droit et abcès périnéphrétique. — Éponchement du pus dans la plèvre droite par perforation du diaphragme. — Thoracentèse. — Autopsie. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — IV. **Revue des journaux**. Note sur le rôle de la rotule. — Sur l'allongement opératoire des polypes fibreux de l'utérus. — Opération de la taille ; statistique. — Fistule vésico-vaginale ; perte de l'urèthre et du col de la vessie ; large fistule recto-vaginale. — Opérations successives ; guérison. — Kyste multiloculaire de l'ovoire. — Ovariotomie, ulcération et ouverture de la vessie ; mort. — Sur un cas de grossesse dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne. — Sur l'aspermatisme. — V. **Variétés**. Société protectrice de l'homme. — VI. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — Réceptions au grade de docteur.

I

Paris, 1er octobre 1863.

NOUVELLES REMARQUES SUR L'ÉLECTRICITÉ DU SANG : MM. SCOUTETTEN ET J. BÉCLARD.

A M. LE DOCTEUR J. BÉCLARD.

Monsieur et très-honoré confrère,

C'est au retour d'un voyage en Suisse et en Savoie, où je poursuivais mes recherches sur les eaux minérales, que je lis votre lettre, insérée dans le n° 33 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Je suis très-heureux d'apprendre que le rédacteur en chef de ce journal, M. Dechambre, a eu la bonne pensée de vous consulter au sujet de la communication que j'ai faite à l'Académie des sciences (Institut) le 27 juillet, et à l'Académie de médecine de Paris le 4 août dernier, communication ayant pour objet *l'électricité du sang chez les animaux vivants*. Votre réponse m'intéresse vivement; je l'ai méditée avec toute l'attention que commande l'autorité acquise à votre nom par vos importants travaux.

Déjà M. le docteur Dechambre lui-même avait soulevé, dans le numéro du 7 août de son journal, des objections auxquelles j'ai répondu, pendant mon voyage, par une longue lettre datée d'Aix en Savoie. J'y réfute plusieurs assertions inexactes (1), et je démontre que les expériences de Bellingeri étaient mal conçues, que le courant électrique qu'il obtenait était le résultat d'une action chimique provoquée par le contact de deux métaux hétérogènes humectés par des liquides contenant des sels divers.

Vos recherches historiques confirment celles que j'ai faites, c'est un premier point acquis; mais j'ajoute que les expériences de Bellingeri n'ont aucune analogie avec les miennes, que jamais cet auteur n'a songé à constater la *réaction électrique produite par le contact du sang rouge avec le sang noir*, que c'est là la véritable question scientifique, pouvant offrir de l'intérêt par elle-même et par les conséquences qui en découlent.

Les recherches de Bellingeri, dirigées par des idées erronées, n'ont abouti qu'à un travail sans valeur; il est tombé promptement dans l'oubli, aucun auteur ne le cite, vous-même ne l'avez pas indiqué dans votre savant et consciencieux ouvrage (*Traité élémentaire de physiologie humaine*, 1862), ni dans votre article sur le sang, inséré dans l'ANATOMIE GÉNÉRALE, ouvrage de votre illustre père.

Tout change immédiatement après la publication de mes expériences, Bellingeri reparaît, je ne suis plus qu'un imitateur (1). Je dois à la vérité de déclarer qu'en commençant mes recherches je ne connaissais nullement le travail de Bellingeri, ce n'est que plus tard, au moment où j'ai eu l'intention de faire ma communication aux corps savants, que je me suis enquis de ce qui avait pu être fait dans la direction que je suivais. Lorsque je l'ai su, je me suis cru autorisé à dire « *qu'il n'existe pas de travaux entrepris dans le but de prouver l'existence et de déterminer le caractère de la réaction électrique du sang rouge sur le sang noir.* » (Note adressée à l'Institut.)

Cette question vous préoccupe peu; « *il ne s'agit point ici d'une question de priorité,* » dites-vous; permettez-moi de ne pas partager votre avis, ne serait-ce que sous le rapport historique; il importe souvent de connaître le point de départ d'une idée, d'en suivre les développements, de constater les travaux qu'elle a provoqués et les conséquences scientifiques qu'elle a déterminées.

(1) Voyez la réponse de M. Dechambre à M. Scoutetten dans le n° 38 de la *Gazette hebdomadaire*; réponse que vient appuyer, sur tous les points essentiels, la lettre ci-après (p. 651) de M. J. Béclard. A. D.

(1) Notre honoré confrère de Metz nous permettra de lui faire remarquer qu'on peut rappeler à l'auteur d'un travail un antécédent historique sans l'accuser précisément de n'être qu'un *imitateur*, surtout quand on se borne, comme nous l'avons fait, à lui signaler une indication bibliographique en déclarant qu'on n'en garantit pas l'exactitude. Personne plus que nous ne reconnaît l'originalité d'esprit qui distingue en général les recherches de M. Scoutetten. A. D.

Venons aux faits importants. Vous dites (p. 531 du journal) : « Vous savez que c'est à l'oxygène très-faiblement uni aux globules que le sang artériel doit sa couleur vermeille. Dans le sang artériel, il y a un mélange gazeux qui n'est pas le même que celui du sang veineux; le rapport proportionnel de l'oxygène avec l'acide carbonique est différent. Or, les gaz dissous dans les liquides peuvent, sous l'influence du platine, donner naissance à des courants. »

Vous ajoutez : « De ce fait capital en électro-dynamique, signalé pour la première fois par M. Schœnbein, M. Grove a tiré une des plus heureuses applications de la théorie dans la construction de sa pile à gaz. Il est parfaitement établi aujourd'hui, je le répète, que l'action des fluides élastiques, dans leur contact avec un fluide électrolytique, peut, sous l'*influence du platine*, développer des courants électriques. Cet effet, produit par les lames de platine, est dû au pouvoir que possède ce métal de condenser les gaz à la surface, et de prendre ainsi des états électriques différents, ou, en d'autres termes, de se *polariser*. »

Vous terminez par la conclusion suivante : « En résumé, et jusqu'à démonstration contraire, nous inclinons à penser que, dans les expériences de M. Scoutetten, de même que dans celles de Bellingeri, le métal employé à la démonstration des courants n'en est pas seulement le révélateur, mais le producteur. »

Je regrette d'être radicalement en désaccord avec un homme de votre mérite; mais, de même que dans l'intérêt de la science vous avez cherché à prouver mon erreur, vous me permettrez d'essayer de démontrer la vôtre.

Je vais être forcé, pour appuyer mes arguments, de faire un peu de science; vous me le pardonnez, car je n'ai nulle intention de faire montre d'une érudition que les livres rendent facile.

Vous savez parfaitement qu'il existe, ou plutôt qu'il a existé, deux théories pour expliquer la cause du développement de la force électromotrice : la *théorie de contact* et la *théorie chimique*. La première est celle de Volta; elle a été adoptée par des physiciens distingués, notamment par Ohm, qui, en 1827, l'a prise comme point de départ pour établir ses lois fondamentales. La seconde a pour défenseurs les hommes les plus éminents dans la science, Wollaston, Œrsted, MM. Becquerel, Matteucci, et surtout MM. Faraday et de la Rive, qui, par des expériences multipliées et par des arguments rigoureux, paraissent avoir fixé définitivement la question.

Je ne puis supposer que vous êtes un partisan du passé; vous admettez certainement la théorie nouvelle, et cependant vous paraissez l'oublier lorsque vous dites : « Il est parfaitement établi aujourd'hui que l'action des fluides élastiques, dans *leur contact* avec un liquide électrolytique, peut, sous l'*influence du platine*, développer des courants électriques. »

Les choses ne se passent pas ainsi dans la pile de Grove, que vous prenez pour exemple. Le courant électrique, constaté par le galvanomètre, est produit par des *réactions chimiques*, phénomènes qui se passent aux points de contact des gaz, du liquide et de la lame de platine. Les lames de platine ne servent qu'à fixer les gaz; l'oxygène, à l'état naissant, rencontre à la surface de l'une des lames de métal l'hydrogène, également à l'état naissant, lequel, d'un autre côté, se combine avec l'oxygène adhérent à la surface de l'autre lame de platine.

Votre exemple n'est donc pas heureusement choisi, puisque, de l'avis de tous les savants, les phénomènes électriques qui se produisent ne sont pas dus à un *effet de contact*, mais bien à une *action chimique*.

Ce n'est pas là toute l'erreur; vous dites : « Les gaz dissous dans les liquides peuvent, sous l'influence du platine, donner naissance à des courants. » C'est vrai, dans les limites que j'ai indiquées, lorsque les gaz peuvent se combiner pour former un corps nouveau; il n'en est plus ainsi lorsque la combinaison chimique n'est pas possible. Pour décider de quel côté, entre vous et moi, est la vérité, cherchons quels gaz sont contenus dans le sang, et voyons si les combinaisons chimiques sont possibles.

Les gaz contenus dans le sang sont au nombre de trois : l'*oxygène*, l'*azote* et l'*acide carbonique;* ils sont dans le sang à l'état de dissolution, à peu près comme l'air atmosphérique l'est dans l'eau ordinaire; ce sont vos paroles que je cite. (*Traité élémentaire de physiologie humaine*, p. 362.)

Si votre théorie est juste, ces gaz doivent se combiner, sous l'influence du platine, pour donner naissance à de l'électricité : précisément cela n'a pas lieu, le phénomène est même impossible.

Des expériences multipliées ont démontré à M. Grove et à beaucoup d'autres physiciens que l'oxygène, en présence de l'azote ou du protoxyde d'azote, ne détermine, dans les conditions indiquées, aucune action chimique, et que, par suite, on n'observe pas la *moindre trace de courant électrique*. (Grove, *Arch. de l'élect.*, t. III, p. 489. — De la Rive, *Traité d'élect.*, t. II, p. 670. — Gavarret, *Traité d'élect.*, t. Ier, p. 574.)

Mais s'il en est ainsi avec l'azote, n'en est-il pas autrement avec l'acide carbonique? Nullement; l'oxygène et l'acide carbonique en présence restent inactifs, conséquemment ils ne peuvent déterminer un courant électrique.

Vous terminez votre lettre en disant : « En résumé, et jusqu'à démonstration contraire, nous inclinons à penser que, dans les expériences de M. Scoutetten, de même que dans celles de Bellingeri, le métal employé à la démonstration des courants n'en est pas seulement le *révélateur*, mais le *producteur*. »

J'aime à penser que la démonstration que je viens de donner en m'appuyant sur les autorités les plus compétentes modifiera votre opinion; que vous reconnaîtrez qu'il n'y a nulle analogie entre les expériences de Bellingeri et les miennes, et qu'en procédant comme je l'ai fait, le métal n'a été que le *révélateur* et nullement le *producteur*.

D'ailleurs, pour dissiper le dernier doute et rendre toute objection impossible, voici un nouveau mode d'expérimentation.

Afin d'éviter tout contact métallique et même celui du verre, de la faïence et de la porcelaine, qu'on peut accuser, comme on l'a fait, de décompositions susceptibles de production d'électricité, on se sert d'un vase de cire blanche de la capacité d'un litre; on prend pour vase poreux l'appendice cæcal d'un veau ou d'un mouton; les bords de l'ouverture de ce sac membraneux sont enroulés sur un anneau de bois auquel sont fixés des fils de soie destinés à le tenir suspendu; les électrodes de platine sont mises dans de petits sachets remplis de charbon de sucre destinés à absorber les gaz et à empêcher la polarisation des laines; on pourrait peut-être même, comme l'a fait M. Becquerel, remplacer le platine par des électrodes au charbon de cornue. Tout étant ainsi disposé;

le sang noir est versé dans le vase de cire; le sac membraneux contenant le sang rouge plonge dans le sang veineux, les électrodes sont mises dans l'un et l'autre liquide, enfin le circuit étant fermé par des fils métalliques aboutissant à un bon galvanomètre, le courant se produit aussitôt, ce qui prouve que l'électricité n'est pas due à l'influence du métal sur les gaz.

Puisque l'électricité produite par le contact du sang artériel avec le sang veineux ne peut pas avoir l'origine que vous *inclinez* à lui attribuer, à quelle cause faut-il la rapporter?

Évidemment à l'action chimique déterminée par les deux liquides sanguins.

« M. Becquerel, dit M. de la Rive (t. II, p. 634), est le premier physicien qui ait montré qu'en faisant réagir l'une sur l'autre deux dissolutions conductrices de l'électricité, et capables d'exercer mutuellement l'une sur l'autre une action chimique, quelque faible qu'elle soit, on obtient une manifestation électrique sous forme de courant. »

Or, qu'est-ce que le sang? C'est une dissolution saline composée, sur 1000 grammes, de 790 grammes d'eau, de 10 grammes de matières extractives et de sels divers, principalement de chlorures, de carbonates et phosphates alcalins à base de soude et de potasse, de fer, et d'une foule de substances accidentelles introduites par l'absorption digestive.

La composition du sang est donc essentiellement variable; en outre, le sang artériel contient constamment un excès d'oxygène transporté par les globules rouges, mais dont il se sépare facilement : c'est ce gaz qui agissant sans cesse sur les corps avec lesquels il est en contact détermine principalement des actions chimiques productrices d'électricité; et comme le sang artériel contient plus d'oxygène que le sang veineux, le courant électrique prend le signe positif, conformément à la loi formulée en ces termes : « *Deux corps qui se combinent prennent des états électriques contraires, et les conservent tant que dure la réaction chimique : celui qui joue le rôle de l'oxygène ou de l'acide prend la tension positive; celui qui joue le rôle du métal ou de la base prend la tension négative.* » (Gavarret, t. I^{er}, p. 401.)

Cette question pourrait être le sujet de plus amples développements; mais cette lettre est déjà bien longue; lui donner plus d'étendue serait vous fatiguer de détails que vous connaissez parfaitement; les explications présentées suffiront, je l'espère, pour vous démontrer que mes expériences concordent avec les lois actuelles de la science, et que le métal employé à la manifestation du courant n'en est pas le *producteur*, mais bien le *révélateur*.

Agréez, etc. SCOUTETTEN.

P. S. La discussion vient de faire un pas important; notre illustre savant, M. le professeur Dumas, après avoir analysé quelques travaux récents sur l'électricité adressés à l'Académie des sciences (Institut), s'est exprimé ainsi :

« Toutefois, de ce que l'on ne constate aucune trace d'électricité à la surface du corps humain, il ne faut pas en conclure qu'il n'en existe pas dans nos organes : ceci serait contraire aux théories les plus modernes. L'électricité n'est que, sous une de ses formes, la manifestation du mouvement : là où il y a mouvement il y a production d'électricité. MM. Sanna Solaro et Ch. Musset pensent avoir démontré les propriétés électriques des rayons solaires; il n'y a rien là d'inadmissible. Un rayon calorifique ou lumineux n'est, pour notre corps ou notre œil, que la traduction du mouvement moléculaire; pourquoi ce mouvement ne produirait-il pas non plus de l'électricité? Or, tout est mouvement dans nos organes; il est donc permis de croire à l'existence d'un flux électrique dans le corps des animaux. M. le docteur Scoutetten vient, du reste, de mettre hors de doute l'électricité du sang. » (Séance du 31 août 1863. Extrait textuel du *Cosmos*, 4 septembre 1863, p. 272.)

RÉPONSE A M. LE PROFESSEUR SCOUTETTEN.

Monsieur et très-honoré maître,

Vous savez dans quelles conditions j'ai pris part à ce débat. Vos récentes expériences sur l'électricité du sang avaient fait naître des doutes dans mon esprit; mais ces doutes, je ne songeais nullement à les exprimer : l'Académie des sciences était saisie de la question; j'attendais son jugement, ou tout au moins des recherches nouvelles. Si j'ai pris une première fois la plume, c'est que je n'ai pas cru devoir me refuser à l'invitation de notre savant confrère M. Dechambre. J'ai cédé, je l'avoue, avec d'autant moins de répugnance à l'appel qui m'était fait, qu'en matière de discussion scientifique je partage en tous points les principes de liberté, et j'oserai dire de sincérité, qui distinguent les appréciations critiques de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Ai-je besoin d'ajouter que, si je persévère aujourd'hui dans les idées que j'ai exposées dans la lettre à laquelle vous me faites l'honneur de répondre, cette dissidence dans l'interprétation d'un fait physico-physiologique ne peut en rien altérer ni diminuer la profonde estime que m'ont inspirée depuis longtemps les travaux de l'un des maîtres de la chirurgie contemporaine.

Dans ma précédente lettre, et dans mon désir d'être bref, je n'ai fait que signaler d'une manière générale les causes de ce que je crois être votre erreur, pour me servir de l'expression que vous employez vous-même. Il s'agissait d'une question spéciale; il fallait entrer dans des détails techniques; j'ai craint d'abuser de l'attention des lecteurs de ce journal; je me suis, dès lors, borné à rappeler brièvement tout un ordre de phénomènes bien connus des physiciens. J'ai trop oublié que l'auditoire devant lequel je parlais n'était peut-être pas complétement familiarisé avec ce genre d'études. Votre réponse me prouve que je n'ai pas été suffisamment compris; de nouveaux développements sont devenus nécessaires.

En ce qui concerne les expériences de Bellingeri, c'est un point sur lequel je me suis longuement étendu, et je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai déjà dit. Ces expériences sont d'un autre temps, et, comme je crois l'avoir démontré, elles ont aujourd'hui perdu toute valeur. J'ai si peu cherché à faire de vous un *imitateur*, comme vous semblez me le reprocher, que, répondant à un passage du premier article de l'honorable rédacteur en chef de ce journal, je me suis efforcé de montrer en quoi vos expériences diffèrent de celles de Bellingeri, non-seulement sous le rapport des résultats annoncés, mais encore en ce qui touche le procédé expérimental. Laissons donc de côté les expériences de Bellingeri, et occupons-nous des vôtres.

Pour éviter des répétitions inutiles, vous me permettrez de me départir de l'ordre que vous avez cru devoir adopter dans

votre lettre; mais je répondrai à toutes les objections que vous m'opposez.

Vous semblez croire que je suis un partisan de la *théorie du contact*, et vous citez à l'appui de cette supposition la phrase suivante, extraite de mon article : « Il est parfaitement établi aujourd'hui que l'action des fluides élastiques, dans leur contact avec un liquide électrolytique, peut, sous l'influence du platine, développer des courants électriques. »

Je vous ferai remarquer d'abord que le passage dont vous parlez est *textuellement* extrait de l'ouvrage de M. de la Rive (1). Or, s'il est un physicien qui ait surtout contribué à aire prédominer la doctrine acceptée aujourd'hui par presque tous les physiciens, je veux dire la *théorie chimique* de la pile, certes c'est le savant physicien de Genève.

Maintenant permettez-moi de développer cette formule. Je suppose que, dans un vase contenant de l'eau distillée, acidulée avec de l'acide sulfurique, on renverse deux éprouvettes remplies du même liquide. Je suppose que, dans l'une de ces éprouvettes, on fasse parvenir une certaine proportion de gaz hydrogène et dans l'autre une certaine proportion de gaz oxygène; je suppose, en outre, que les quantités de gaz sont assez petites pour se dissoudre entièrement dans le liquide. Si vous laissez les choses dans cet état, au bout d'un temps plus ou moins long, et par l'intermédiaire du liquide contenu dans le vase commun, les gaz dissous dans le liquide des éprouvettes tendront au mélange; ils se mélangeront, mais ils resteront à l'état de liberté : il n'y aura ni effet chimique ni courant. Au contraire, faites pénétrer dans chacune des éprouvettes une lame de platine, réunissez ces lames par un fil métallique, immédiatement vous avez tout à la fois un effet chimique et un courant. Introduisez un galvanomètre dans le circuit, ce courant détermine une déviation de l'aiguille, et cette déviation indique que le courant est dirigé dans le fil conducteur, de la lame plongée dans le liquide à oxygène à la lame plongée dans le liquide à hydrogène.

L'expérience peut être autrement disposée. Dans un vase séparé en deux parties par une cloison poreuse, placez un liquide conducteur et dissolvez dans ce liquide de l'oxygène dans l'un des compartiments et de l'hydrogène dans l'autre ; plongez dans chacun de ces compartiments une lame de platine, réunissez ces deux lames de platine à l'aide d'un conducteur métallique, un courant de même sens prendra naissance.

Dans les expériences dont nous parlons, qu'est-ce qui détermine l'action chimique, qu'est-ce qui détermine le courant? Le platine. Cela veut-il dire qu'il y a des courants sans action chimique? Nullement; cela veut dire que la présence du platine, que le contact du platine (c'est ce mot *contact*, sans doute, qui vous paraît malsonnant) est nécessaire dans le cas présent pour que l'action chimique et pour que le courant se produisent. Évidemment ces deux faits simultanés et intimement liés, effet chimique et courant, ont leur origine dans une certaine action du platine qu'on appelle action de contact ou action catalytique.

Si, sous le nom de théorie du contact, on concevait, comme autrefois, une force qui produit ou peut produire un courant indépendamment de l'action chimique, une force en quelque sorte sans consommation ou sans métamorphose de matière, cette idée serait, en effet, en désaccord avec tous les faits connus de l'électricité dynamique. Mais dans l'expérience fondamentale dont je parle, l'action du platine, que vous appellerez comme vous voudrez, action de catalyse, de contact ou de condensation, cette action est synchrone avec l'effet chimique et avec le courant qu'elle détermine.

Voilà ce que signifie la formule abrégée que vous critiquez.

J'ajoute que l'explication que vous donnez des phénomènes qui se passent au sein d'une pile à gaz de Grove (1) ne sont pas précisément conformes à la doctrine généralement reçue. Voici vos paroles : « Les lames de platine ne servent qu'à fixer les gaz; l'oxygène à l'état naissant rencontre à la surface de l'une des lames de métal l'hydrogène à l'état naissant, lequel, d'un autre côté, se combine avec l'oxygène adhérent à l'autre lame de platine. »

Si les lames de platine ne servaient qu'à fixer les gaz, l'oxygène et l'hydrogène ne disparaîtraient pas dans la pile pour former de l'eau. Ces lames font quelque chose de plus, elles condensent les gaz et elles se *polarisent*, c'est-à-dire que la lame placée dans le gaz hydrogène acquiert la propriété de décomposer l'eau en attirant l'oxygène de cette eau, tandis que la lame placée dans le gaz oxygène agit dans un sens analogue et contraire en attirant l'hydrogène de cette eau qui se décompose. C'est cette eau qui se décompose sous l'influence des lames polarisées, et dont les éléments reconstituent de l'eau avec les gaz contenus dans la pile à gaz, qui est la source du courant.

Vous dites plus loin : « Des expériences multipliées ont démontré à M. Grove et à beaucoup d'autres physiciens que l'oxygène en présence de l'azote ou du protoxyde d'azote ne détermine dans les conditions indiquées (c'est-à-dire lorsqu'on les place dans une pile à gaz) aucune action chimique, et que, par suite, on n'observe pas la moindre trace de courant électrique. » Vous citez à l'appui le tome II des ARCHIVES DE L'ÉLECTRICITÉ, où se trouve le principal travail de Grove, ainsi que le tome II du TRAITÉ D'ÉLECTRICITÉ de M. de la Rive et le tome I[er] du TRAITÉ D'ÉLECTRICITÉ de M. Gavarret, ouvrages dans lesquels il est question des recherches de M. Grove.

Tout me porte à croire, mon très-honoré maître, que vous vous êtes contenté de prendre connaissance des expériences de M. Grove dans les derniers ouvrages dont vous parlez, car si vous étiez remonté au travail même de M. Grove, voici ce que vous auriez pu y lire sous la rubrique 21[e] expérience : « La combinaison oxygène et azote a produit une légère action pendant les premières minutes; il y a même eu quelque effet sur l'iodure de potassium. » (*Archives de l'électricité*, t. III, 1843, p. 510.)

Pour comprendre le dernier membre de phrase de cette citation, il faut savoir que M. Grove interrogeait les courants non pas seulement avec le galvanomètre, mais aussi à l'aide des décompositions chimiques que le courant était capable de produire. Il faisait particulièrement agir ces courants sur l'iodure de potassium, qui est relativement d'une réduction facile. Or, un courant dont les électrodes plongées dans un liquide

(1) « Il est donc maintenant bien établi par les recherches de M. Grove que l'action des fluides élastiques, dans leur contact avec un liquide électrolytique, peut, sous l'influence du platine, développer un courant électrique. » (De la Rive, *Traité d'électricité*, t. II, p. 671, dernier paragraphe.)

(1) Les deux éprouvettes dont nous venons de parler constituent une pile à gaz de Grove. Généralement dans cette pile, les gaz introduits dans les éprouvettes sont en quantité suffisante pour remplir la moitié des éprouvettes, indépendamment de la proportion de gaz dissoute dans le liquide. Les phénomènes sont les mêmes que ceux qui se passent dans l'expérience dont nous venons de parler : le courant y est de même sens, il ne diffère que par l'intensité. Nous avons choisi pour exemple la pile où les gaz sont complétement dissous dans le liquide, parce que les phénomènes qui se passent ici ont plus d'analogie avec vos propres expériences sur le sang.

peuvent produire une décomposition chimique est toujours un courant capable d'affecter fortement un galvanomètre sensible. M. Grove ajoute : « Dans cette expérience (21e expérience) *et dans toutes celles que j'ai faites*, j'ai toujours observé une très-légère action pendant les premières minutes. » (*Loc. cit.*, p. 510.)

Vous dites plus loin : « L'oxygène et l'acide carbonique en présence restent inactifs. » Ici je ne puis citer pour vous répondre aucune expérience directe de M. Grove. Dans les trente expériences qu'il rapporte dans le mémoire consigné dans le tome III des ARCHIVES DE L'ÉLECTRICITÉ, cette combinaison n'est pas indiquée, non plus que dans son premier mémoire sur la pile à gaz publié dans le tome II du même recueil.

Si je rétablis les textes de M. Grove, mon très-honoré maître, ce n'est pas que je veuille chercher à expliquer par l'action de l'oxygène opposé à l'azote les phénomènes que vous avez signalés : telle n'est pas ma pensée; je tiens seulement à rectifier les passages de votre lettre où vous vous occupez de ce que vous appelez *mes* erreurs.

L'oxygène, l'azote et l'acide carbonique, dissous dans le sang, existent dans le sang veineux aussi bien que dans le sang artériel. Ces gaz peuvent-ils, en vertu de leurs proportions variées et en dehors de toute autre cause, déterminer quelques effets galvanométriques lorsque des lames de platine à grandes dimensions sont placées, l'une dans le sang artériel, l'autre dans le sang veineux, et réunies par un conducteur? Cela n'est pas impossible; cependant, pour vous dire toute ma pensée, c'est bien moins à cette cause qu'à celle dont il me reste à parler que les courants que vous avez observés me paraissent devoir être rattachés.

Je parlais il y a un instant des courants qui prennent naissance lorsqu'on réunit deux lames de platine plongées dans des liquides communiquant ensemble et contenant, l'un de l'oxygène dissous et l'autre de l'hydrogène dissous. Mais la présence de ces deux gaz n'est pas nécessaire : il suffit de l'un des deux pour que le phénomène se produise, avec une intensité moindre, il est vrai. Placez une lame de platine dans une atmosphère d'hydrogène, puis, après l'avoir retirée, unissez-la au fil d'un galvanomètre; unissez à l'autre bout du fil du galvanomètre une lame de platine parfaitement dépolarisée, plongez ces deux lames dans un vase contenant de l'eau distillée, immédiatement un courant se produit. Ce qui est vrai avec l'hydrogène est vrai aussi avec l'oxygène, c'est-à-dire que, si vous réunissez à l'aide d'un fil métallique une lame de platine qui a séjourné dans l'oxygène avec une autre lame qui n'a été mise au contact d'aucun gaz, et que vous plongiez ces deux lames dans un liquide conducteur, vous obtenez également un courant (1). Dans ce dernier cas, le courant est très-faible.

Pour avoir un courant plus fort, à l'aide d'une lame recouverte d'oxygène, il suffit que cette lame ait servi d'électrode positive dans l'eau, c'est-à-dire qu'elle se soit chargée au moment de la décomposition de l'eau d'un oxygène auquel on donne le nom d'oxygène allotropique (oxygène ozoné, ozone). Revêtue d'une couche d'oxygène naissant provenant de la décomposition de l'eau, la lame de platine offre donc à elle seule, et à un assez haut degré, la propriété de déterminer un courant lorsqu'on la plonge dans l'eau et qu'on la réunit par un fil métallique avec une autre lame de platine bien dépolarisée, et qu'on plonge dans le même liquide. L'expérience peut être variée : ainsi, dans un vase à deux compartiments séparés par une cloison poreuse et rempli d'eau pure, M. Schönbein fait dissoudre d'un côté de l'oxygène ozoné, et il plonge dans les deux compartiments des lames de platine qu'il réunit à l'aide d'un conducteur métallique : immédiatement un courant se produit. Dans les expériences que nous rappelons et qui ont été répétées par la plupart des physiciens, le courant se dirige, dans le liquide, de la lame qui est plongée dans l'eau pure à la lame en contact avec l'oxygène ozoné, et, par conséquent, dans le circuit métallique interposé de la lame à oxygène à la lame intacte. La direction de ce courant indique clairement que le phénomène qui l'engendre est exactement du même ordre que dans la pile à gaz de Grove, c'est-à-dire que la lame de platine polarisée par l'oxygène et plongée dans l'eau tend à décomposer l'eau pour en attirer l'hydrogène.

Je vous rappellerai un autre ordre de faits qui se rattachent aux précédents par les liens les plus étroits. Si l'on plonge dans l'eau pure deux lames de platine bien dépolarisées et qu'on les réunisse hors du liquide par un fil métallique, il ne se produira aucun courant; mais si, sur l'une de ces lames, on a préalablement appliqué une couche de peroxyde de plomb (ou de peroxyde de manganèse), un courant se développera. Ce courant sera de même sens que précédemment, c'est-à-dire qu'il se dirigera, dans le liquide, de la lame intacte vers la lame recouverte de peroxyde, et, dans le circuit métallique, de la lame recouverte de peroxyde vers la lame intacte, ce qui veut dire que le peroxyde est capable, *en présence du platine* (le platine est ici encore nécessaire), de décomposer l'eau. L'hydrogène de l'eau se porte sur le peroxyde, et, s'unissant à une portion de l'oxygène de ce peroxyde pour reconstituer de l'eau, il le ramène à un état d'oxydation moins avancé. La combinaison voltaïque dont nous parlons produit des courants relativement énergiques lorsqu'on les compare à ceux qui naissent sous l'influence des gaz.

Nous avons dit il y a un instant que l'oxygène ordinaire n'exerçait sur l'eau, en présence du platine, qu'une action peu marquée ; mais, en vertu d'une action que nous ne pouvons que constater sans l'expliquer, lorsqu'au lieu d'être libre l'oxygène fait partie de certaines combinaisons, ce gaz possède donc, en présence du platine, une affinité pour certains corps (pour l'hydrogène composant de l'eau, dans l'espèce) plus grande que celle qu'il manifeste pour ces mêmes corps lorsqu'il est à l'état de liberté.

Les faits dont je parle sont connus depuis longtemps. Plus récemment, M. Schönbein (*Ueber einige neue Reihen chemischer Berührungswirkungen* [*Sur une nouvelle série d'effets catalytiques*, dans *Abhandlungen der K. baierischen Academie*, t. VIII, 1re partie, 1856]) et M. W. His (*Ueber die Beziehungen des Blutes zum erregten Sauerstoff* [*Sur les rapports du sang avec l'oxygène allotropique*, dans *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie*, t. X, 1856, p. 483]) ont fait connaître des faits nouveaux. On savait que l'oxygène s'ozonise aisément au contact de plusieurs matières organiques, lorsque ces matières organiques s'oxydent lentement au contact de l'air humide et à la température ordinaire ; exemple : éther, essence de citron, essence de térébenthine. MM. Schönbein et His ont appelé l'attention

(1) Voy. Matteucci, *Des polarités secondaires* (*Bibliothèque universelle de Genève*, t. XVII, 1838, p. 378; t. XXVIII, 1840, p. 410). — Voy. aussi Beetz, *Pouvoir électromoteur des gaz* (*Archives des sciences physiques et naturelles*, t. XII, 1849, p. 294).

sur les globules du sang dans leurs rapports avec l'ozone. D'après les expériences de M. His, que je ne pourrais analyser ici qu'à la condition de dépasser de beaucoup les limites d'une correspondance, il paraît très-vraisemblable que les globules du sang ont la propriété de donner à l'oxygène qu'ils enlèvent à l'air dans le poumon la propriété allotropique, et qu'ils utilisent l'oxygène ozoné au fur et à mesure qu'ils le produisent, ce qui est en harmonie avec l'énorme pouvoir d'absorption ou avec l'affinité des globules pour l'ozone. L'oxygène ozoné dans les globules déterminerait ainsi le changement de coloration du sang; le sang veineux serait le résultat de l'action de l'oxygène ozoné, dont le rôle et l'existence, en tant qu'oxygène allotropique, seraient terminés dans le sang veineux.

Les globules du sang artériel au contact du platine, dans vos expériences, me paraissent produire des effets assez analogues à ceux que produit le peroxyde de plomb dans les expériences dont je parlais il y a un instant. A supposer même que cette assimilation ne fût pas parfaitement conforme à la réalité, il serait encore permis de penser que l'oxygène ozonisé par son action chimique sur les globules entraîne, du côté du sang artériel, sur les lames de platine une polarisation qui détermine ce courant. Cela est d'autant plus vraisemblable que, dans vos expériences, le courant a précisément la direction que lui donnerait la nature de la polarisation.

Il est vrai, mon très-honoré maître, et je m'empresse de l'ajouter, M. His dit n'avoir pas trouvé de différence marquée entre le sang artériel et le sang veineux en ce qui concerne l'action que ces deux liquides exercent sur la teinture de gaïac, qui est, comme vous le savez, l'un des réactifs de l'ozone. Mais il faut dire que, dans ses expériences, pour amener la teinture de gaïac au bleu, il mélangeait au sang, et dans certaines proportions, un autre corps ozonisé, à savoir, le produit de la combustion lente de l'éther, et que, d'un autre côté, dans les expériences qu'il cite, il qualifie de sang artériel un sang qu'il a chargé d'oxygène et qui venait sans doute de la veine tout comme l'autre.

Je pense, mon très-honoré maître, que vos expériences auront au moins cet avantage d'appeler l'attention des physiologistes et des physiciens sur l'état des gaz contenus dans le sang, et de susciter de nouvelles expériences sur ce point. Je pense, en outre, qu'elles donnent aux idées que j'expose ici une plus grande probabilité, car elles me paraissent ouvrir une nouvelle voie à la démonstration de ce que M. His a plutôt soupçonné que réellement prouvé, à savoir que l'oxygène condensé dans les globules du sang artériel s'y trouve à l'état allotropique.

Vous pensez que les lames de platine à grandes dimensions que vous mettez en usage (10 centimètres carrés de surface) sont étrangères à la production du courant; que celui-ci est déterminé par les réactions chimiques qui se passent dans la masse du sang artériel et dans la masse du sang veineux. Je ne conteste pas qu'il ne s'accomplisse des modifications chimiques dans le sang, ces métamorphoses sont évidentes; mais ces transformations chimiques s'accomplissent dans l'intimité de la masse, et si, dans les mouvements moléculaires qui les accompagnent, il y a de l'électricité développée, les deux électricités de nom contraire, mises en liberté, se reconstituent sur place à mesure qu'elles prennent naissance. Il n'est pas un phénomène chimique qui ne donne lieu à ce double échange. Cette électricité intestine, si je puis ainsi parler, est tout à fait hors de notre portée, et nous ne pourrions la connaître, nous ne pourrions la saisir que s'il nous était en même temps donné de saisir les molécules mêmes des corps.

Pour que le courant que vous signalez entre le sang artériel et le sang veineux ne fût pas provoqué par les lames de platine que vous mettez en usage, il faudrait que la masse du sang artériel fût en quelque sorte une source continue d'électricité positive et la masse du sang veineux une source continue d'électricité négative. Mais où est donc, dans le corps, l'écran isolant qui permettrait à ces deux électricités de nom contraire de s'accumuler alors qu'elles se produiraient dans un milieu dont toutes les parties sont également conductrices de l'électricité? Si telle est la véritable source du courant que vous mettez en évidence, rien n'est plus facile à démontrer : il suffit d'un condensateur un peu sensible et d'un électroscope. Produisez cette expérience, mon très-honoré maître, et j'applaudirai tout le premier à votre découverte.

De même que notre savant confrère M. Dechambre, j'avoue ne pas saisir très-bien le sens de votre expression : « réaction du sang rouge sur le sang noir. » Où cette réaction présumée peut-elle s'exercer? Je vois dans l'économie un sang rouge vermeil qui s'éloigne du cœur et qui devient insensiblement rouge brun dans le réseau des vaisseaux capillaires (et encore dans des proportions variables, car cela dépend de la vitesse variable du courant sanguin et du jeu variable des sécrétions et de l'action musculaire) pour revenir à l'état de sang veineux par un autre ordre de vaisseaux. Je ne vois nulle part le point où la réaction dont vous parlez peut s'exercer.

Quant au courant qui se produit dans votre expérience, où le sang veineux est séparé du sang artériel par une cloison poreuse, j'ai longuement insisté dans cette lettre sur les motifs qui me font penser qu'il est le résultat du procédé que vous mettez en usage, et qu'il tient à la polarisation des lames de platine. Je n'ignore pas que l'action chimique des dissolutions les unes sur les autres peut, dans quelques cas, lorsque cette action est énergique, engendrer des courants; mais, pour se mettre en garde contre les effets de la polarisation des fils de platine, à l'aide desquels on recueille ces faibles courants, il est nécessaire de prendre de grandes précautions; il est nécessaire, par exemple, de placer les fils ou les lames de platine, non pas dans les liquides dont on veut connaître l'action réciproque, mais dans un autre liquide, le même pour chaque lame de platine, et qu'on fait communiquer convenablement avec les liquides que l'on explore. Si, en prenant ces précautions, vous mettiez un courant en évidence, vous feriez connaître à coup sûr un fait curieux; mais l'existence d'un courant cheminant du sang veineux au sang artériel chez l'animal vivant resterait encore à démontrer.

Je crois donc pouvoir terminer cette lettre comme la première : j'incline à penser, jusqu'à démonstration contraire, que le platine que vous employez à la constatation des courants n'en est pas seulement le révélateur, mais encore le producteur.

Un dernier mot sur le post-scriptum dont vous faites suivre votre lettre. Je vous avouerai sans détours, mon très-honoré maître, que, si vous n'aviez à produire que des arguments de cette nature, je ne croirais pas nécessaire de prendre la plume pour vous répondre. Le passage du journal LE COSMOS, que vous transcrivez à la suite de votre lettre, est extrait d'un

compte rendu de la séance de l'Académie des sciences du 31 août, qui porte la signature de M. Léon Dclair. J'ignore si les paroles que vous attribuez à M. Dumas ont été prononcées par lui, j'ignore si elles l'ont été sous cette forme : tout me porte d'ailleurs à penser que M. Dclair n'a nullement l'intention de les lui attribuer. Ce compte rendu est, dans toutes ses parties, mélangé d'appréciations personnelles au rédacteur, ainsi que cela a lieu dans tous les journaux. Je ne connais de procès-verbal officiel des séances de l'Académie des sciences que le compte rendu hebdomadaire publié par elle. Or, j'ouvre le compte rendu de la séance du 31 août, et non-seulement je ne trouve pas les paroles que vous mettez dans la bouche de M. Dumas, mais encore il n'est pas même fait mention du mémoire au sujet duquel ces paroles auraient été prononcées.

Pardonnez-moi, mon très-honoré maître, la longueur démesurée de cette réponse, et daignez agréer l'expression de ma respectueuse considération. JULES BÉCLARD.

II

REVUE CLINIQUE.

Pathologie interne.

PYÉLO-NÉPHRITE CHRONIQUE DU REIN DROIT ET ABCÈS PÉRINÉPHRÉTIQUE. — ÉPANCHEMENT DU PUS DANS LA PLÈVRE DROITE PAR PERFORATION DU DIAPHRAGME. — THORACENTÈSE. — AUTOPSIE, par le docteur COLIN, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

OBS. — Le 15 septembre dernier, était évacué, dans le service de M. Colin, salle 26, n° 4, le nommé Véron, chasseur à pied au 5e bataillon, âgé de vingt-huit ans, en traitement à l'hôpital du Val-de-Grâce depuis trois mois déjà.

Le motif de son entrée avait été une cystite dont les symptômes s'étaient peu à peu amendés, en même temps que se manifestaient tous les signes d'une pleurésie droite.

L'invasion de cette dernière affection s'était produite avec un appareil fébrile assez prononcé, et avait motivé l'application successive d'une saignée, de ventouses, puis de vésicatoires, dont on constate les traces à l'hypochondre droit.

Première visite. — A l'époque actuelle, 16 septembre, le sujet présente une teinte profondément anémique, avec bouffissure de la face, bruit de souffle aux vaisseaux du col. L'amaigrissement n'est pas trop prononcé cependant, et le malade peut se lever chaque jour plusieurs heures. Il existe un œdème limité au membre inférieur gauche, dont l'exploration fait reconnaître un coagulum dans la veine crurale transformée, à sa partie supérieure, en un cordon dur, roulant sous le doigt.

Les urines, examinées avec soin, offrent un léger trouble dû à une certaine quantité de mucus, sans aucune trace d'albumine ; à ce propos, le malade rappelle qu'au début de son affection (époque où il souffrait, dit-il, d'une cystite), son urine déposait rapidement et spontanément un sédiment blanchâtre.

Les symptômes aujourd'hui dominants, sont ceux de l'épanchement pleurétique, dyspnée, bronchite sans expectoration, douleur vague dans tout le côté droit, et, à l'examen physique, matité jusqu'au niveau de la deuxième côte en avant, avec diminution du bruit respiratoire.

Ajoutons que parfois la douleur, mentionnée dans le côté droit, descend très-bas en se dirigeant vers le pubis, assez analogue, par cette direction plutôt que par son intensité, avec les douleurs d'irradiation néphrétique.

En raison de l'état général, de la nécessité de relever une constitution appauvrie, le malade fut mis à un régime tonique : viande rôtie, vin, extrait de quinquina. La bouffissure de la face disparut ; mais les symptômes de dyspnée augmentèrent chaque jour, en raison de l'ascension du niveau de l'épanchement ; la matité était en effet montée peu à peu jusqu'au-dessus de la clavicule droite, en même temps que le cœur refoulé venait battre à 10 centimètres en dehors du mamelon gauche. La douleur intermittente que le malade accusait, du flanc droit au pubis, prit peu à peu un caractère continu, et fut attribuée au refoulement imprimé à divers organes abdominaux par l'abaissement du foie dont le bord inférieur venait affleurer la crête iliaque.

Au milieu de l'aggravation de ces symptômes locaux, vint se produire un phénomène d'un nouvel ordre : le 1er octobre, le malade accusait une douleur vive, lancinante, limitée à la face externe de la cinquième côte droite, à l'union de son tiers antérieur avec le tiers moyen ; à ce niveau, on reconnaissait une tuméfaction évidente, dure, de cet os, avec rougeur et chaleur des téguments, ce qui fit penser à une périostite.

Les jours suivants, cette tuméfaction s'étendait aux deux côtes avoisinantes, puis un centre de fluctuation y devenait manifeste le 6 octobre. Le 8 octobre, c'était une tumeur déjà grosse comme le poing, complétement fluctuante, réductible par la compression aidée d'un mouvement d'inspiration du malade, devenant au contraire saillante et tendue par un effort d'expiration, surtout pendant la toux. Les téguments qui la recouvrent sont d'un rouge violacé, comme menacés de gangrène.

Ce même jour, 8 octobre, l'état général était devenu fort grave : respiration haute, décubitus horizontal impossible, pouls petit, intermittent, une syncope quelques instants avant la visite.

Tout pouvait faire craindre une terminaison rapidement mortelle ; il n'y avait plus à penser à des moyens trop lents dans leur action. La seule ressource était en la thoracentèse, et l'opération semblait ici d'autant mieux indiquée que l'état présumé des poumons faisait espérer l'ampliation consécutive de celui que comprimait si complétement l'épanchement. Rien, en effet, dans l'histoire du malade, n'établissait chez lui l'existence de manifestations tuberculeuses ; jamais il n'avait eu d'hémoptysies, très-rarement des rhumes légers ; l'auscultation fréquemment pratiquée du côté gauche, et au sommet droit lorsque celui-ci n'était pas encore immergé dans le liquide, avait toujours révélé l'intégrité probable du parenchyme.

M. Colin pratiqua la thoracentèse au lieu d'élection (8 octobre), il s'écoula deux litres et demi de pus verdâtre, très-fétide, et la plaie fut fermée avec un morceau de diachylon.

Comme d'habitude, soulagement notable immédiat ; le pouls redevient plus large et régulier, le cœur retourne vers sa place normale, et l'on constate de la sonorité avec respiration puérile au sommet droit.

Cette amélioration se maintint pendant plusieurs jours.

Quant à la tumeur qui existait en avant des quatrième, cinquième et sixième côtes, elle s'était notablement affaissée après la ponction thoracique ; elle demeura également très-molle et aplatie pendant les jours suivants.

Trois semaines plus tard, le 27 octobre, le malade éprouve un frisson intense, suivi de vives douleurs dans tout le côté droit. A la visite du lendemain on constatait une reproduction presque complète de l'épanchement ; le cœur était de nouveau fortement dévié, la respiration anxieuse. La tumeur, beaucoup plus large à sa base, dont le diamètre était d'environ 15 centimètres, était fortement tendue, et, à son sommet, la peau noirâtre semblait considérablement amincie ; un travail de perforation de cette membrane était évidemment commencé.

Pour la première fois aussi depuis son entrée dans le service de M. Colin, le malade avait remarqué de nouveau dans ses urines la même altération qu'à l'époque de son admission au Val-de-Grâce ; elles furent examinées le 29 octobre : un sédiment jaune blanchâtre occupait le fond du vase, sédiment composé presque uniquement de globules purulents, ainsi que le prouva l'examen microscopique. D'autre part, il était évident que la perforation de la paroi thoracique allait d'elle-même se produire au sommet de la tumeur, correspondant au lieu de nécessité de l'empyème ; un bistouri fut plongé en ce point, afin de ne pas laisser s'augmenter le décollement des téguments, et de soulager plus vite le malade.

Il s'écoula une quantité de pus à peu près égale à celle qu'on avait obtenue de la première thoracentèse, d'une coloration, d'une odeur identiques. Il fut en outre facile de s'assurer de la communication de cette poche extérieure avec la cavité pleurale par la quantité de pus (2100 grammes environ), et par celle dont on obtint encore l'issue en pressant sur l'hypochondre droit et engageant le malade à quelques efforts de toux.

La nature purulente du liquide, la nécessité où l'on allait se trouver de renouveler chaque jour le pansement, en raison de la tendance des téguments à se sphacéler, engagèrent à laisser une sonde à demeure dans la plaie.

Amélioration consécutive dans l'état du malade ; sentiment de bien-être pendant plusieurs jours ; légère augmentation des forces et de l'appétit.

Chaque matin, le pansement de la plaie donnait lieu à un écoulement considérable de pus ; l'air entrait dans la cavité pleurale et en sortait librement, et l'auscultation faisait percevoir le bruit de flot dans le côté droit, en raison de ce mélange de gaz et de liquide. L'exploration au moyen d'un stylet permettait de reconnaître la dénudation des quatrième, cinquième et sixième côtes, dans la longueur de 5 ou 6 centimètres chacune ; le grand foyer, situé en dehors de la paroi costale, ne communiquait avec la cavité pleurale que par un orifice irrégulier, étroit, compris entre la cinquième et la quatrième côte.

La position du malade restait évidemment fort grave, en raison de l'étendue de cette cavité purulente communiquant si facilement, mais

par un point si restreint, avec l'air extérieur ; peu à peu le pus devint plus rare, plus fétide encore, séreux, enfin de mauvaise nature.

Des symptômes généraux inquiétants s'allumèrent : accès fébriles chaque soir, diarrhée, sécheresse de la peau, et peu à peu l'adynamie ne permit plus au malade de quitter la position horizontale.

Des injections iodées avaient été de bonne heure pratiquées dans le foyer, mais avec une certaine mesure en raison de l'extrême douleur qui résultait du contact de ce liquide irritant avec les bords enflammés de l'orifice fistuleux.

Enfin, le malade, arrivé au dernier degré de marasme, s'éteignit le 5 novembre 1862.

Autopsie trente-six heures après la mort. — *Thorax.* Le poumon droit, gros comme le poing, offrant d'une manière frappante, au premier abord, la structure de la rate exsangue, est ramené contre la colonne vertébrale, sans aucune adhérence à la plèvre pariétale ; la cavité pleurale est transformée, de ce côté, en une poche remplie de pus sanieux ; les quatrième, cinquième et sixième côtes, à leur extrémité antérieure, sont dénudées dans toute leur circonférence ; elles sont noirâtres, rugueuses ; entre la poche purulente intra-pleurale et le foyer sous-cutané, il n'existe d'autre communication qu'un orifice irrégulier de 1 centimètre environ de diamètre dans sa plus grande dimension, et situé, comme on l'avait reconnu pendant la vie, entre la quatrième et la cinquième côte.

Le poumon gauche est parfaitement sain, sans adhérence, et, comme le droit, sans la moindre granulation tuberculeuse.

Abdomen. Dans tout le flanc droit, les anses intestinales sont accolées entre elles par des adhérences fibro-celluleuses, anciennes déjà, sans exsudations liquides dans la cavité péritonéale. Il y a également adhérence intime du bord supérieur du côlon transverse à la face inférieure du foie.

Ce dernier organe est comme ratatiné, plissé à sa surface, et ne peut être enlevé par suite de son adhérence intime à la paroi postérieure de l'abdomen. Il est, sur place, coupé couche par couche, sans que l'on y découvre aucune altération de tissu, et finalement, l'incision verticale de son bord postérieur aboutit au centre d'un foyer purulent dont ce bord forme en avant la paroi. On découvre ainsi une vaste cavité remplie de pus et de lambeaux de tissu cellulo-graisseux mortifié, dans laquelle se trouve comme flottant le rein droit, remarquable par son aspect blanchâtre et des bosselures irrégulières.

Une coupe dirigée du hile à la grande circonférence permet de constater dans ce rein les altérations suivantes :

La glande ne représente plus qu'une vaste coque à parois blanchâtres, tapissées de pus concret, coque subdivisée en une masse de locules dont les plus grands sont au voisinage du bassinet, et représentent évidemment les calices ; ces calices ont pris une forme irrégulièrement arrondie par le refoulement des mamelons qui n'existent plus ; les autres locules, situés plus près de la périphérie de l'organe, sont plus petits, de la grosseur d'une noisette, et, à l'exception de deux, communiquent tous les uns avec les autres.

Toutes ces cavités secondaires sont séparées par des parois épaisses de 4 à 5 millimètres, composées de deux membranes pyogéniques adossées, que sépare à peine en certains points une fine couche rosée, dernier vestige des deux substances rénales. Cette coupe est une image frappante de la description, donnée par M. Rayer, des altérations anatomiques de la pyélite. La muqueuse de l'uretère droit ne présente rien de notable, ni ulcération, ni gonflement. En vain recherche-t-on un point de communication entre les foyers purulents du rein et la grande cavité qui entoure celui-ci ; ce n'est point ainsi que semble s'être opéré le processus morbide, dont l'extension est simplement résultée de la propagation du travail pathologique par continuité de tissu.

On procède alors, par une dissection attentive, à l'étude des désordres qui existent, en dehors du rein, dans tout le flanc droit. Nous avons vu que le bord postérieur du foie formait la limite d'une cavité remplie de pus ; cette cavité, limitée en arrière par le muscle carré des lombes, était bornée en haut par le pilier droit du diaphragme, où l'on découvre trois ouvertures fistuleuses, à bords noirâtres et irréguliers, établissant une triple communication entre ce foyer et la plèvre droite ; par des pressions alternatives dans un sens et dans l'autre, on fait facilement refluer le pus du thorax dans l'abdomen, et réciproquement.

D'autre part, étudiée à sa partie la plus déclive, dans la fosse iliaque, cette même cavité purulente, qui s'ouvre en haut dans la plèvre, offre d'autres communications également remarquables : l'aponévrose iliaque a été perforée en deux points ; ces perforations consistent en fentes longitudinales, à travers lesquelles on aperçoit les muscles psoas et iliaque noirâtres, ramollis, baignant dans un liquide séro-purulent.

Le rein droit est parfaitement sain, ainsi que le bassinet et l'uretère correspondants.

Enfin, l'examen de la vessie crurale y fait reconnaître un long caillot cylindrique qui en obture tout le calibre, et envoie des ramifications dans les veines profondes ; ce caillot est adhérent, presque complétement décoloré et très-résistant.

RÉFLEXIONS. — L'intérêt de cette observation, recueillie dans mon service par M. Dumayne, médecin stagiaire, résulte de la rareté des perforations du diaphragme à la suite des abcès soit rénaux, soit périnéphrétiques, surtout du côté droit. Ainsi M. Rayer n'a trouvé dans la science que quatre cas de *fistules rénales pulmonaires*, et de ces quatre cas un seul où la communication s'était établie entre le rein droit et la cavité thoracique ; on comprend en effet combien la présence du foie doit, de ce côté, rendre difficile la migration du pus vers la poitrine.

Mais une autre circonstance plus particulière à notre malade, c'est l'absence de toute adhérence préalable entre le poumon et le diaphragme, de façon que le pus, provenant de l'abdomen, s'est librement épanché dans la plèvre, constituant une forme de lésion jusqu'ici non mentionnée par les auteurs, un empyème suite de lésion rénale. En effet, M. Rayer intitule ces fistules, *fistules rénales pulmonaires*, à cause des adhérences qui ont toujours uni préalablement la plèvre au poumon, d'où vomique immédiate au moment où le pus pénètre dans la poitrine, et non pas épanchement purulent intra-pleural comme chez notre sujet ; on comprend que ce second processus est bien plus obscur pour le diagnostic, et que la rétention du pus dans la cavité séreuse doit aussi en aggraver le pronostic.

On voit, du reste, par les autres détails de l'observation, quelle singulière tendance avait ici le pus aux migrations les plus lointaines, sans être entravé par aucun obstacle, puisque, après avoir d'une part traversé l'aponévrose iliaque, cette barrière d'habitude si résistante, après avoir d'autre part soulevé le foie, puis perforé le diaphragme, il allait enfin se frayer encore une voie à travers la paroi thoracique au point où se font jour habituellement les épanchements purulents, quand ils doivent se porter spontanément au dehors (de la quatrième à la sixième côte en avant).

Comme autres faits remarquables, l'autopsie a révélé . .

1° L'état parfaitement sain du rein gauche, ce qui peut rationnellement faire supposer que son congénère était primitivement malade, et que les symptômes attribués à une cystite, lors de l'entrée à l'hôpital, se rapportaient déjà à une néphrite droite ; si, en effet, la vessie elle-même eût été le point de départ de l'affection, les deux reins eussent été sans doute également atteints, et l'on eût trouvé, tant dans cette vessie que dans les uretères, des traces de phlegmasie.

2° Le psoas était profondément altéré, et il n'y avait cependant pas eu de symptômes de psoïtis, en raison sans doute de la période ultime de la maladie à laquelle avait eu lieu la perforation de l'aponévrose iliaque.

3° Enfin, il est remarquable que le membre inférieur gauche ait été atteint d'hydropisie par obturation veineuse, et non le membre droit dont la circulation eût semblé devoir être si facilement entravée par cette collection purulente de la fosse iliaque correspondante, nouvelle preuve à l'appui de la tendance toute particulière de la veine fémorale gauche aux obstructions par caillots sanguins.

Quant au diagnostic, j'avoue que, malgré la constatation durant les derniers jours d'urines purulentes, je n'avais nullement supposé cette communication de l'empyème avec un abcès périnéphrétique ; on comprend, vu la rareté du fait, la difficulté d'un semblable diagnostic, surtout quand la pénétration du pus dans la cavité thoracique ne s'annonce pas par une vomique. A ces causes d'obscurité s'ajoutait, chez notre malade, le fait de son évacuation d'un autre service, de façon que, débarrassé de sa prétendue cystite au moment de son entrée dans mes salles, il ne devait plus guère attirer mon attention que sur la seconde phase de sa maladie, l'épanchement pleurétique.

Bien que la thoracentèse n'ait donné lieu qu'à une amélioration passagère, cette opération a été justifiée à l'autopsie par

l'état des poumons dont le parenchyme était complétement sain, et qui n'étant bridés par aucune exsudation, semblaient devoir recouvrer leur ampliation normale.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE.

Pellagre des aliénés et pellagre sporadique. Défi scientifique, par M. *Billod.*

Par l'initiative qu'elle a prise en fondant un prix sur la pellagre, l'Académie des sciences a trop témoigné de l'importance qu'elle attachait à l'étude de cette question, pour que je n'hésite pas à lui soumettre la communication ci-après.

L'existence de la pellagre ou d'une variété spéciale dans les asiles d'aliénés, et l'influence qui en ressort du système nerveux sur le développement de cette affection dans les cas si nombreux où elle est postérieure à la folie, constituent deux faits qu'il est permis de considérer comme acquis à la science, malgré l'opposition qu'ils ont d'abord soulevée, et je ne crois pas qu'il existe aujourd'hui un seul dissident parmi les personnes au moins qui, répondant chaque année à mon appel, ont jugé les faits *de visu.* Mais si, par impossible, il en existait un seul, je n'hésite pas à lui proposer le moyen ci-après, de résoudre les questions en litige entre nous.

Ce moyen consiste à soumettre ces questions à une expertise ou consultation spéciale, c'est-à-dire à en confier l'examen à une commission de six médecins vivant dans des pays à endémie pellagreuse, et d'une compétence non contestable. Parmi ces médecins *consultants,* deux seraient pris en Lombardie, deux en Espagne (Asturies et Aragon) et deux dans le département des Landes. Sur les deux médecins de chacune de ces trois provenances, un serait désigné par mon adversaire et l'autre par moi.

Cette commission se transporterait l'année prochaine à l'asile de Sainte-Gemmes, à l'époque ordinaire d'évolution des accidents propres à toute pellagre, et y séjournerait le temps nécessaire pour étudier les caractères de l'affection litigieuse, tant dans les cas anciens que dans les cas nouveaux, et pour rédiger sa consultation.

Déclarant d'avance me soumettre au jugement de cette commission quel qu'il soit, je m'oblige, publiquement, à prendre à ma charge les frais de voyage et de séjour de ses six membres, et, de plus, à fonder un prix de 5000 francs à décerner par la Société médicale des hôpitaux sur la pellagre, si ce jugement me donne tort sur une seule des questions en litige et composant le programme ci-après.

Dans le cas contraire, les frais de voyage et de séjour des six médecins consultants, seraient à la charge de mon adversaire, qui s'engagerait en outre à fonder un prix de 5000 francs à décerner par la Société médico-psychologique sur la même question.

Les deux parties s'engageraient d'avance à faire, dans les huit jours qui suivraient l'acceptation du présent défi, le dépôt préalable de ladite somme de 5000 francs, dans des conditions qui en assurent légalement la destination pour le cas prévu, et de manière à rendre tout dédit impossible.

Chacune d'elles s'obligerait, en outre, à faire l'avance préalable de la moitié de la somme présumée nécessaire pour les frais de voyage et de séjour des six médecins consultants, sauf restitution par celle qui aura été vaincue dans la lutte.

Suit le programme des questions à soumettre à l'examen de ladite commission :

1° Existe-t-il à l'asile de Sainte-Gemmes une affection qui ait tous les caractères de la pellagre ?

2° Dans le cas de l'affirmative, cette affection sévit-elle exclusivement chez les aliénés, et les employés sains d'esprit en sont-ils jamais atteints ?

3° Les habitants, soit de la commune où l'asile est situé, et dont la population est de 1700 individus, soit du canton tout entier qui compte plus de 22 000 habitants, ne jouissent-ils pas, par rapport à cette affection, d'une parfaite immunité ?

La commission pourra s'en assurer par elle-même pour les habitants de la commune de Sainte-Gemmes, et consulter, pour ce qui concerne les habitants du canton tout entier, les médecins dont l'attention est depuis neuf ans éveillée sur ce point.

4° Existe-t-il entre les conditions hygiéniques des habitants de la commune et du canton tout entier et celles des aliénés de l'asile, d'autres différences que la différence tirée de l'état mental ou nerveux de ces derniers ?

5° Existe-t-il, à plus forte raison, entre les conditions hygiéniques des aliénés et celles des employés de l'établissement qui respirent les uns et les autres le même air, mangent le même pain, couchent sous le même toit, d'autre différence qui puisse expliquer l'immunité des derniers que cette même différence tirée de l'état mental des premiers ?

6° Ne résulte-t-il pas de l'immunité dont jouissent les employés de l'asile et les habitants de la commune et du canton, que, la cause qui engendre la pellagre chez les aliénés ne produisant pas les mêmes effets chez d'autres personnes, la seule condition qui les différencie, à savoir l'aliénation mentale, doit exercer une influence du moins prédisposante ?

7° Parmi les aliénés qui ont présenté ou qui présentent des symptômes de l'affection dont il s'agit, n'y en a-t-il pas quelques-uns dont la folie, étant consécutive à l'épilepsie n'a pu, par cela seul, découler de la pellagre, ainsi que l'a fait remarquer avec une si grande force de logique M. le docteur Pain, dans une publication récente à propos de quelques-uns de ses malades de Clermont (Oise)?

8° L'antériorité possible d'une pellagre méconnue sur la folie qui en découlerait, est-elle plus admissible pour les aliénés devenus pellagreux que pour les autres? Or, si on l'admet pour les uns, n'est-on pas aussi fondé à l'admettre pour les autres, et n'est-on pas, par suite, aussi bien autorisé à conclure que tous les aliénés sont devenus aliénés par suite de pellagre ?

9° Des constatations relatives aux questions qui précèdent, aussi bien que de l'information la plus rigoureuse, tant auprès des parents des aliénés que des médecins qui les ont soignés, information suivie avec le plus grand soin depuis neuf ans, et dont les résultats sont consignés au dossier des malades, ne résulte-t il pas la preuve rigoureuse de l'antériorité de l'aliénation mentale, sur l'affection dont il s'agit, pour le plus grand nombre des aliénés qui en sont atteints, pour ne pas dire pour tous?

La commission appréciera si, pour soutenir l'opinion contraire, il est permis de se prévaloir, soit de l'incompétence des parents à constater un érythème, soit de l'inhabilité des médecins à diagnostiquer la maladie, et si cette dernière hypothèse est admissible, par exemple, à l'égard de médecins qui, plus qu'aucuns autres, ont eu l'attention éveillée sur une affection dont les principaux types s'observent depuis plusieurs années dans un asile situé à leurs portes.

Par une visite des hôpitaux d'Angers et par une enquête à laquelle la plupart des médecins du département seront heureux de se prêter, la commission pourra se convaincre de l'immunité à peu près, pour ne pas dire absolument, complète du pays tout entier, en dehors de l'asile, comme dans l'asile même, en dehors du personnel des aliénés.

10° L'existence simultanée de l'érythème propre à l'affection dont il s'agit, et de quelques autres affections cutanées, parasitaires ou autres, dans le même établissement, en permettant de les comparer et de les distinguer entre elles, n'exclue-t-elle pas, par cela seul, la possibilité de les confondre ?

11° En rapportant les faits soumis à son appréciation il y a plusieurs années, « à ces érythèmes des extrémités » que personne n'avait encore signalés dans de telles conditions ; « à ces diarrhées cachectiques qui se montrent dans la période ultime des formes dépressives de la folie, démence, paralysie générale, stupidité lypémaniaque », M. le professeur Tardieu n'a-t-il pas exprimé une opinion d'autant plus juste, que ces mêmes érythèmes des extrémités et ces diarrhées cachectiques se confondent avec ceux qui sont propres à la véritable pellagre ?

La même commission pourrait étendre l'objet de son expertise à la pellagre sporadique et entreprendre la vérification d'un point de science qui se trouve lié à la question de la pellagre des asiles, je veux parler de la fréquence de cette maladie.

SÉANCE DU 21 SEPTEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

M. *Ehrmann* fait hommage à l'Académie d'un volume formé de la réunion de plusieurs mémoires qu'il a successivement publiés sous les titres suivants : HISTOIRE DES POLYPES DU LARYNX ; — DESCRIPTION DE DEUX FŒTUS MONSTRES, L'UN ACÉPHALE ET L'AUTRE MONOPODE ; — OBSERVATIONS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, ACCOMPAGNÉES DE L'HISTOIRE DES MALADIES QUI S'Y RAPPORTENT, et dont les pièces sont conservées au musée de la Faculté de médecine de Strasbourg.

CHIRURGIE. — *Mémoire sur l'extirpation des tumeurs éburnées de l'orbite,* par M. le docteur *Maisonneuve.* — L'auteur rapporte le fait suivant :

OBS. — Le sujet est un jeune homme de dix-neuf ans, malade seule-

ment depuis dix-huit mois. La tumeur marchait avec une rapidité extrême. L'œil était complétement sorti de son orbite et ne percevait presque plus la lumière. Déjà des accidents cérébraux commençaient à se manifester. Le malade était menacé d'une mort prochaine; il était urgent de prendre un parti.

L'opération eut lieu le 5 août. Ayant attaqué franchement la tumeur à son point probable d'insertion (au côté interne de l'orbite), je la détachai en quelques secondes en brisant, au moyen du ciseau et du maillet, l'os dont elle tirait son origine; puis, par des efforts lents et successifs, je parvins en quelques minutes à l'extraire en un seul bloc.

Son poids était de 90 grammes; son diamètre antéro-postérieur, de 62 millimètres; son diamètre vertical, de 52; son diamètre transversal, de 40. Sa face interne portait vers son milieu les traces de son adhérence à l'os ethmoïde dans un espace de 4 centimètres carrés. Son tissu compacte est d'un blanc de lait; il est notablement plus dur que l'ivoire.

Aussitôt après l'opération, l'œil fut replacé avec soin dans l'orbite; la plaie fut rapprochée par sept points de suture, sauf en bas, où je ménageai un pertuis pour l'écoulement du pus et pour des injections détersives avec l'acide phénique dilué.

Aucun accident n'a traversé la cure, et aujourd'hui, six semaines après l'opération, le jeune homme a repris toute sa santé, sa gaieté, et, qui plus est, son œil, parfaitement rentré dans son orbite, a recouvré toutes ses fonctions, la vue aussi bien que les mouvements.

De ce fait et d'un autre semblable observé en 1853, l'auteur croit pouvoir conclure que, dans le traitement des exostoses éburnées de l'orbite, la méthode d'extirpation en masse doit remplacer avec avantage l'ancienne méthode de morcellement. (*Comm.*: MM. Velpeau, Jobert, Cl. Bernard.)

Tératologie. — *Mémoire sur le mode de production de certaines formes de la monstruosité simple*, par M. *C. Dareste*. — Ce mémoire est la suite d'un travail que l'auteur a présenté à l'Académie au mois de novembre 1862, et dans lequel il signalait la présence constante d'arrêts de développement de l'amnios avec les ectromélies, les célosomies, les exencéphalies, et les diverses anomalies secondaires qui accompagnent si fréquemment ces trois types monstrueux. Il cherche aujourd'hui à établir les relations qui existent entre ces anomalies de l'embryon et les arrêts de développement de l'amnios.

Or, M. Dareste a constaté, dans un grand nombre de cas de monstruosité artificielle, que les arrêts de développement de l'amnios sont tantôt l'effet et tantôt la cause de l'anomalie de l'embryon. (*Comm.*: MM. Serres, Milne Edwards, Coste.)

Hygiène. — *Influence des climats du midi de la France sur les affections chroniques de la poitrine; station d'Ajaccio* (Corse), par M. *de Pietra Santa*. — L'auteur résume ce mémoire en ces termes :

« Le séjour des climats du Midi, pendant la froide saison, est utile dans les affections chroniques de la poitrine, à la condition de s'y rendre de bonne heure, pour combattre les prédispositions de la maladie et enrayer ses premières manifestations, à la condition aussi de s'astreindre à des règles d'hygiène bien entendues, dont la principale réside dans l'observation de la journée dite médicale (période comprise entre dix heures du matin et trois heures de l'après-midi, qui présente une certaine régularité et une constance bien marquée de température).

» Dans le choix d'un climat, préoccupons-nous surtout de la connaissance exacte de ses deux principales zones (la zone du littoral, attenante immédiatement à la mer, où l'air est sec, vif, tonique, stimulant; et la zone des collines, s'étendant à quelques kilomètres au delà du rivage, où l'air est sédatif, tempéré, imprégné d'une certaine humidité). Approprions chaque type de climat à chaque catégorie de maladie (la forme *torpide*, greffée sur une constitution lymphatique ou scrofuleuse, représente l'alanguissement, la dénutrition; la forme *éréthique*, animée par l'élément subinflammatoire, avec les réactions de l'élément nerveux, réveille les sympathies étendues et violentes de l'excitation), et, après une étude attentive et analytique de chacun de ces deux éléments, élevons-nous, par un travail synthétique de l'esprit, à leur coordination logique et véritablement scientifique. »

M. de Pietra Santa préconise le climat d'Ajaccio, qui possède, selon lui, les conditions les plus favorables : 1° grande pureté de l'atmosphère (l'état de sérénité est le phénomène le plus constant; les jours nuageux sont l'exception : sur 365 jours de l'année, 136 fois beau fixe, 51 fois couvert); 2° vicissitudes atmosphériques peu marquées (la différence entre les plus grands maxima et les plus grands minima n'est que de 26,30 degrés centigrades); 3° variations graduelles dans les saisons; 4° moyennes annuelles de la température très-satisfaisantes (17°,55); 5° moyenne de la saison d'hiver, 14°,34; 6° oscillations limitées de la colonne barométrique dans ses mouvements mensuels et diurnes.

« Le sol de la contrée est généralement calcaire, recouvert d'une couche d'humus fécondant; la campagne est aussi agréable que pittoresque. Les eaux, salubres et abondantes, remplissent la triple condition d'être agréables à boire, propres à la préparation des aliments et au savonnage. Le climat tempéré d'Ajaccio, intermédiaire entre celui de la Provence et celui d'Alger, rentre naturellement dans la catégorie des climats marins, jouissant, comme eux, de la plus grande uniformité et de la plus grande égalité de température. Par sa position topographique au fond d'un golfe magnifique, la ville offre aux valétudinaires la zone maritime, où l'air est sec, tonique, stimulant. Sa salubrité se déduit de ces trois circonstances : 1° accroissement constant et progressif de la population; 2° augmentation de la durée de la vie moyenne; 3° quantité plus considérable de personnes arrivant à un âge avancé.

» En tenant compte de la pathologie spéciale de la localité, et des observations cliniques de praticiens distingués, on arrive à constater que le climat d'Ajaccio exerce une influence salutaire sur les lésions des organes de la respiration, alors que prédomine la forme torpide et lymphatique. Cette influence est surtout appréciable quand il s'agit de conjurer les prédispositions de la phthisie, et de combattre les symptômes qui en constituent le premier degré. Elle est moins immédiate à l'apparition des symptômes généraux (fièvre, sueurs) qui font pressentir l'imminence du ramollissement et de la désagrégation. Dès que ces phénomènes se généralisent, l'influence du climat cesse d'être utile pour devenir dangereuse ou funeste.

» Quant aux contre-indications, elles peuvent se résumer dans une seule formule : la présence de la congestion active et de l'éréthisme. » (*Comm.*: MM. Andral, Rayer.)

Physiologie générale. — *Expériences sur l'hétérogénie, exécutées dans l'intérieur des glaciers de la Maladetta* (Pyrénées d'Espagne), par MM. *F. A. Pouchet*, *N. Joly* et *Ch. Musset*. — Voulant contrôler les expériences de M. Pasteur et se convaincre, *ipso facto*, si l'air des hautes montagnes, non altéré et mis en contact immédiat avec une infusion de matière organique, est réellement improductif, MM. Joly, Musset et Pouchet ont franchi les Pyrénées françaises, emportant avec eux, d'abord à la Rencluse, située à 2083 mètres d'altitude, puis jusqu'aux glaciers de la Maladetta, un certain nombre de ballons, à peu près d'un quart de litre de capacité, remplis au tiers d'une infusion de foin filtrée et bouillie pendant plus d'une heure. Ces ballons étaient complétement vides d'air, puisqu'ils avaient été fermés à la lampe au moment même de l'ébullition. Avant d'ouvrir les matras, les expérimentateurs ont pris toutes les précautions indiquées par M. Pasteur. Ils ont même eu soin de faire éloigner d'eux les guides qui les accompagnaient, ainsi que quelques chasseurs d'isards que la curiosité avait attirés auprès de leur laboratoire en plein air. Enfin, dans le but d'éviter la poussière de leurs propres vêtements, et à l'exemple de M. Pasteur, ils ont porté le scrupule jusqu'à élever leurs ballons au-dessus de leurs têtes, avant d'en briser la pointe effilée et chauffée, à l'aide d'une lime préalablement passée dans la flamme d'une lampe éolipyle.

L'examen microscopique des vases ouverts, et ensuite fermés à la Rencluse, et dans l'intérieur du glacier de la Maladetta, fut fait le 29 et le 30 août, à Luchon par M. Pouchet, à Tou-

louse par MM. Joly et Musset. Les résultats furent identiques : dans tous les ballons, on trouva des bactéries, des monades, des vibrions, des myccliums et des mucédinées.

MM. Joly, Pouchet et Musset tirent de leurs expériences les conclusions suivantes :

« L'air de la Maladetta, et en général l'air des hautes montagnes, n'est pas, ainsi que l'enseigne M. Pasteur, « impropre à » provoquer une altération quelconque dans une liqueur émi» nemment putrescible. »

» La panspermie limitée n'existe pas, et l'hétérogénie, ou production d'un nouvel être dénué de parents, mais formé aux dépens de la matière organique ambiante, est pour nous une réalité. » (*Comm.:* MM. Milne Edwards, Decaisne, Cl. Bernard.)

Physiologie. — *Sur la question de l'absorption de médicaments par la peau saine*, remarques de M. *Deschamps* (d'Avallon) à l'occasion d'une communication récente de M. *Delore*. — L'auteur rappelle divers travaux qu'il a publiés ou présentés à l'Académie de médecine depuis 1858 sur la meilleure forme à donner à quelques préparations pharmaceutiques destinées à l'usage externe, et où il a étudié les conditions les plus favorables à l'absorption.

Voici notamment les conclusions d'un travail récent relatif à l'action des substances médicamenteuses dissoutes dans les bains :

« La peau n'absorbe aucune substance médicamenteuse dans un bain. La quantité d'un agent médicamenteux qui pénètre dans l'économie après une série de bains est indépendante de l'action des bains. Cette absorption n'a lieu que secondairement, et ne s'effectue qu'à l'aide des sels qui restent à la surface de la peau. Les bains médicamenteux ne peuvent produire aucune modification interne. Ils sont considérablement inférieurs à l'emploi des saponés et des pommades.

» La quantité d'iode qui pénètre dans l'économie, après quatre frictions faites sur l'épigastre avec 4 grammes de pommade renfermant 10 centigrammes d'iodure de potassium, est extraordinairement plus grande que celle qui a traversé le corps après huit bains qui ont été faits avec 200 grammes d'iodure; 4 grammes de pommade d'iodure de plomb, substitués aux 4 grammes de pommade d'iodure de potassium, abandonnent plus d'iode que les 200 grammes d'iodure des huit bains... » (*Comm.:* MM. Rayer, Cl. Bernard, Longet.)

— M. *le Secrétaire perpétuel* présente un mémoire de M. *P. E. de Lamotte* Sur le service médico-chirurgical de la construction du chemin de fer de Lisieux a Honfleur.

Physiologie. — *Mémoire sur l'action du bulbe rachidien, de la moelle épinière et du nerf grand sympathique sur les mouvements de la vessie*, par M. *Jules Budge*. — L'auteur nie que le grand sympathique soit, comme on l'a cru jusqu'à présent, le nerf moteur de la vessie.

Il résulte de ses expériences que : 1° les seuls nerfs moteurs de la vessie qui sont connus jusqu'à présent se trouvent dans le troisième et le quatrième nerf sacré; 2° les nerfs sensibles de la vessie communiquent par les nerfs sympathiques lombaires, et de là, par les *rami communicantes*, à la moelle épinière, et produisent les mouvements réflexes de la vessie; 3° en irritant sur un chien le bulbe rachidien et les pédoncules, de même que toute la moelle épinière, on provoque des mouvements de la vessie.

Zoologie. — *Sur le développement du bothriocéphale de l'homme*, note de M. *Bertolus*, présentée par M. Milne Edwards. — L'auteur décrit tous les détails de l'évolution de l'œuf du bothriocéphale, lequel exige pour son développement complet un séjour de six à huit mois dans de l'eau courante ou fréquemment renouvelée.

Puis il ajoute :

« L'analogie que présente l'embryon du bothriocéphale de l'homme, d'un côté avec les embryons des trématodes digénèses, de l'autre avec ceux des cysto-téniens, me fait regarder comme hors de doute que le sort de ce jeune parasite est d'aller s'enkyster dans le parenchyme de quelque animal aquatique pour y poursuivre son développement.

» Je crois devoir attirer l'attention des helminthologues sur un ver dont les vrais rapports zoologiques ont été méconnus jusqu'ici, et qui pourrait n'être autre chose que le scolex du bothriocéphale de l'homme.

» Je veux parler de la *Ligula nodosa* de Rudolphi, qui vit enkystée dans le tissu conjonctif de différentes espèces du genre *Salmo;* je me suis assuré que cet animal n'est autre chose qu'un scolex, dont la partie dite céphalique, profondément invaginée dans une portion caudale très-étroite et très-longue, présente avec l'appareil de fixation de notre bothriocéphale une analogie complète de forme et de dimensions. »

Académie de médecine.

Séance du 29 septembre 1863. — Présidence de M. Larrey.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique demande l'avis de l'Académie sur l'opportunité d'une proposition de M. le docteur *Pirard*, tendant à obtenir une mission scientifique pour le Mexique, en vue d'étudier dans ce pays les questions d'hygiène et de climatologie. (*Comm.:* MM. Rayer, Louis et Mélier.)

2° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Un mémoire sur la vaccine, par M. le docteur *Chonnaux-Dubisson* (de Villers-Bocage). (*Commission de vaccine.*) — *b.* Un rapport de M. le docteur *Piglowski* sur le service médical des eaux minérales du Vernet (Pyrénées-Orientales) en 1861. — *c.* Deux rapports de MM. les docteurs *Chély* et *Jardan* sur les bains de mer de Calais et de Boulogne pour l'année 1862. (*Commission des eaux minérales.*)

3° L'Académie reçoit : *a.* Une note sur l'étiologie de la rage, par M. le docteur *Putégnat* (de Lunéville), membre correspondant. — *b.* Une lettre de M. le docteur *Buisson* sur la guérison de la rage par les bains de vapeur. — *c.* Une lettre de M. *Boudin*, qui maintient « que les annales de la science ne renferment pas un seul exemple *sérieux* de rage spontanée. » — *d.* Un mémoire supplémentaire de M. le docteur *Bernard* sur un nouveau mode d'administration de l'iode. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *e.* Un rapport de M. le docteur *Cabrol* sur le service médical de l'hôpital thermal militaire de Bourbonne pour l'année 1862. (*Commission des eaux minérales.*)

— M. *Vernois* dépose sur le bureau, au nom de M. Trousseau, un mémoire de M. le docteur *Michelin* (de Nemours), sur une épidémie d'angine couenneuse et de fièvre intermittente. (*Commission des épidémies.*)

— M. *Robinet* offre en hommage, au nom de M. le docteur *Magin*, une brochure sur l'état sanitaire de la ville d'Agen, de 1628 à 1631.

— M. *le Président* présente la 1re partie du XXVIe volume des Mémoires de l'Académie, et annonce que M. le docteur *Goyrand* (d'Aix), membre correspondant, assiste à la séance.

Lecture.

Fièvre jaune. — M. le docteur *Bertulus* (de Marseille) lit un *Mémoire sur la fièvre jaune*.

M. Bertulus se propose surtout d'établir l'existence de la période prodromique, ou incubation, de la fièvre jaune, période contestée par M. Mélier, et admise par M. J. Guérin.

L'auteur signale comme symptômes prodromiques de la fièvre jaune :

1° Une *odeur* particulière, sulfureuse, de l'haleine, dont la base de la langue, toujours plus ou moins jaunâtre ou limoneuse, semble être surtout le siége et le foyer. Cette odeur indique l'origine de ce mouvement de fermentation putride, qui, plus tard, se traduit par une odeur générale infecte, cadavéreuse, par la décomposition du sang et par la putréfaction rapide du cadavre. Elle se lie toujours à un embarras gastrique ou bilieux, prémonitoire.

2° La *sécheresse de la peau*. M. de Humboldt raconte qu'un

barbier de Jalapa prédisait la fièvre jaune aux voyageurs lorsque le savon dont il les barbouillait se séchait avec promptitude sous l'influence de la chaleur cutanée. La valeur de ce signe est parfaitement connu aux Antilles, par les créoles et par les gens de couleur. L'enchifrènement, la sécheresse de la gorge et l'amygdalite s'observent ordinairement en même temps que l'aridité de la peau.

3° *L'éréthisme nerveux*. Pendant la période d'incubation de la fièvre jaune, le sujet devient irritable, inquiet, anxieux; son sommeil est difficile, court, interrompu par des cauchemars, des rêves effrayants.

4° Les *battements du tronc cœliaque*. Ce phénomène, qui coïncide généralement avec un sentiment de chaleur abdominale ardente, est un des prodromes les plus constants. Il n'a manqué chez aucun des 116 malades traités à bord de la *Caravane*, par l'auteur, en 1840. La persistance de ces battements pendant les autres périodes de la maladie est un signe grave; leur persévérance pendant la convalescence est un indice presque certain de rechute.

Les battements du tronc cœliaque sont, suivant M. Bertulus, le résultat d'une hypérémie intense du système vasculaire abdominal, et la cause essentielle du vomissement mélanique. Les saignées n'exercent aucune influence favorable sur ces battements, ce qui tend à prouver que la fluxion abdominale n'est pas inflammatoire, mais bien sous la dépendance du système nerveux.

M. Bertulus résume de la manière suivante le traitement que réclame l'incubation de la fièvre jaune : régime végétal, boissons acidules; ipécacuanha réitéré aussi souvent que l'état de la langue et la fétidité de l'haleine l'exigent; lavements laxatifs, bains tièdes généraux; sangsues à l'anus ou saignée modérée du pied, si le sujet est sanguin; pédiluves sinapisés.

La durée de l'incubation de la fièvre, ajoute l'auteur, peut varier de trois à vingt jours dans les cas ordinaires, et dépasser un mois dans des cas exceptionnels dont il faut tenir compte en hygiène.

M. Bertulus termine en rappelant que dès l'année 1840 il a soutenu le dogme de la transmission et de l'importation de la fièvre jaune, et la nécessité des quarantaines, si bien démontrées par M. Mêlier. (*Comm. :* MM. Michel Lévy, Roche et Mêlier.)

Discussion sur la rage.

— M. *Leblanc* donne lecture d'un discours, dont voici le résumé sous forme de conclusions :

« 1° Je suis convaincu, dit M. Leblanc, que la rage se développe spontanément chez le chien.

» 2° La rage spontanée est fréquente chez les chiens mâles. Je n'en ai pas constaté d'exemple chez les chiennes.

» 3° Mon observation particulière et les documents divers que j'ai pu recueillir ou consulter, m'autorisent à croire que la disproportion qui existe entre le nombre des chiens et celui des chiennes, disproportion qui ne permet pas aux mâles de satisfaire leurs désirs vénériens, a une grande influence sur le développement de la rage spontanée.

» 4° Je pense que si la disproportion disparaissait, et si même les femelles étaient plus nombreuses que les mâles, la rage spontanée, et par suite la rage communiquée, seraient moins fréquentes.

» 5° Je crois que le meilleur moyen de faire cesser cette disproportion serait d'établir une surtaxe *notable* sur les chiens mâles seulement, et subsidiairement de faire connaître au public le danger qu'il y a pour les chiens mâles à les priver des besoins vénériens.

» 6° Il serait d'un très-grand intérêt de chercher expérimentalement à confirmer ou à infirmer l'opinion que je viens de rappeler, opinion très-répandue, et qui consiste à considérer les besoins vénériens non satisfaits chez les chiens mâles comme une des causes principales de la rage spontanée.

» 7° Rien ne prouve que la race des chiens ait une influence manifeste sur le développement de la rage.

» 8° Il me semble bien démontré que ni l'état météorique de l'atmosphère, ni les saisons n'ont d'influence bien marquée sur la fréquence et le développement de la rage canine.

» 9° D'après les documents que j'ai consultés, la rage est quatorze fois plus fréquente chez les chiens que chez les chiennes, en Allemagne et en France; tandis que dans les mêmes pays les mâles non enragés sont aux femelles non enragées comme 3 est à 1.

» 10° On ne doit pas faire usage de la muselière comme moyen préservatif de la rage.

» 11° Tous les chiens qui circulent sur la voie publique doivent porter un collier sur lequel sont inscrits le nom et la demeure des propriétaires. Par conséquent, tous les chiens errants qui ne portent pas de collier devraient être saisis et vendus.

» 12° La séquestration des chiens mordus par un animal enragé est une mesure indispensable. On ne peut guère fixer la durée de la séquestration, pratiquement parlant, à plus de soixante jours, quoique l'incubation de la rage soit quelquefois plus longue.

» 13° L'occision que l'on prescrirait sur une simple déclaration de suspicion, faite par des personnes étrangères à l'art médical, serait une mesure beaucoup trop sévère. La séquestration ne devrait même être obligatoire que dans les cas de suspicion motivée, et prononcée par un vétérinaire, après enquête.

» 14° Il est d'une extrême importance de vulgariser la connaissance des signes réels de la rage, ainsi que la description des signes différentiels qui font distinguer de la rage certaines maladies très-communes chez les jeunes chiens surtout.

» 15° Il y a lieu de chercher à atténuer l'effet probable produit, soit par les causes de la rage spontanée, soit par le véhicule rabifère introduit dans l'économie animale, en faisant dans un cas cesser les causes présumées, et dans l'autre cas en détruisant le plus promptement possible le véhicule rabifère, et en modifiant profondément l'économie par des médications altérantes et évacuantes.

» 16° Je ne connais pas de cas de guérison de rage confirmée; il ne me répugne pas cependant de croire à la possibilité de cette guérison. »

— M. *Guérin*, pour répondre à un désir exprimé par M. Leblanc, définit ce qu'il entend par *rage ébauchée*. Pour lui, la rage ébauchée ne diffère de la rage complète qu'en ce que la maladie, au lieu de parcourir toutes les phases de son évolution, s'arrête au début et dans la période prodromique, en vertu d'une disposition idiosyncrasique de l'économie, qui ne permet pas au virus rabique de poursuivre ses ravages au delà des premières manifestations.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 2 OCTOBRE.

Suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

Communications diverses.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Note sur le rôle de la rotule, par le docteur Félix Rizet, médecin-major du 2e régiment du génie.

L'auteur se propose de prouver que, sans nuire beaucoup aux fonctions et à la solidité du membre, la rotule peut être enlevée en partie ou même en totalité, luxée congénitalement et atrophiée, et qu'après une fracture transversale les fragments peuvent être fortement écartés, sans gêne dans la marche ou dans la station.

En pareil cas, dit-il, le membre ne perd, pour ainsi dire, que la protection qu'elle lui assurait contre les chocs extérieurs. Si en tant que sésamoïde, la rotule et l'olécrâne peuvent à juste titre être comparés l'un à l'autre, en rapportant le fait de Meckel (Velpeau, *Médecine opératoire*) d'un olécrâne complétement distinct du cubitus : cette comparaison, étendue aux accidents de chacun d'eux, mène à cette conclusion : que la rotule est moins utile que l'olécrâne à l'articulation qu'elle recouvre; car des désordres et des écartements assez limités compromettent facilement le jeu de l'articulation huméro-cubitale, tandis que pareilles lésions ne troublent, à vrai dire, en rien celui de l'articulation fémoro-tibiale. Cette opinion, bien démontrée, enlèverait beaucoup de leur valeur à toutes les recherches qui ont pour but l'application des appareils destinés à amener une coaptation parfaite dans les cas de fracture transversale, recherche dont l'importance se trouve encore diminuée par la connaissance des cas où la rotule, séparée en deux fragments transversaux, s'est guérie sans appareils et même sans le repos forcé.

A l'appui de cette manière de voir, l'auteur, après être entré dans quelques considérations historiques, rapporte l'observation suivante :

Obs. — Appelé en consultation par un de mes confrères, M. le docteur Vanaque, chez un sieur X..., aubergiste à Compiègne, atteint d'un cancer de l'estomac, voici ce que le hasard me permit de constater sur son fils, âgé de vingt-huit ans : Alphonse X... est d'une taille assez élevée, et a joui jusqu'à ce jour d'une bonne santé, contrairement à ce qui a eu lieu pour ses frères et sœurs, morts jeunes avec des signes de scrofules et de tubercules. Les membres supérieurs sont bien développés, fortement musclés; ils contrastent avec les extrémités inférieures grêles, et dont la nutrition ne s'effectue pas complétement.

En examinant les deux genoux, on trouve une déformation d'autant plus prononcée que A. X... fléchit plus fortement l'articulation fémoro-tibiale; alors surtout se remarque un énorme développement du condyle interne des deux côtés. Ce condyle, déjà plus saillant à l'état normal, a ici un volume double de l'externe. Entre le tibia et le fémur se dessine un creux bien accusé que ne vient pas combler la rotule. Non-seulement les doigts, comme dans les fractures transversales de ce sésamoïde, plongent au fond de la cavité articulaire, mais le relief des condyles est si fortement accentué et sa dépression articulaire si visible, que le toucher devient presque inutile pour se rendre compte de la position des parties osseuses.

Dans l'articulation fémoro-tibiale gauche, la rotule, tout en conservant à peu près sa forme, est placée au côté externe du condyle externe, et c'est à peine si elle a acquis le volume d'une noisette.

Dans l'articulation fémoro-tibiale droite, même difformité; mais la rotule, un peu plus développée, ressemble assez à une ellipsoïde.

Lors de la flexion ou de l'extension, on ne trouve pas de saillie ni au ligament rotulien ni au droit antérieur; si l'on cherche à ramener l'os sésamoïde sur la ligne médiane, ce qui s'obtient avec assez de facilité, on ne parvient qu'avec peine à faire recouvrir en partie le condyle externe par la rotule, qui reprend aussitôt sa place dès que cesse la traction. X... avait cinq ans lorsque ses parents s'aperçurent qu'il ne se tenait que difficilement sur les jambes, et que la moindre secousse, le moindre choc suffisait pour le renverser; pour se relever, il était toujours obligé d'employer l'aide de ses mains, ne pouvant réussir à se redresser sans ce secours.

Vers l'âge de quinze ans, la marche et la station sont devenues plus assurées, et bien que X... n'ait jamais fait de longues courses à cette époque, il se mit à monter à cheval, et se livra avec passion à cet exercice, dans lequel il excelle; il a aujourd'hui assez de force dans les muscles de la jambe et de la cuisse pour diriger son cheval avec le seul secours de ces puissants auxiliaires. A. X... a été exempté du service militaire; à ce moment encore il lui arrivait de tomber assez facilement, et pour se relever, comme maintenant, il lui fallait l'appui de ses mains sur le sol.

Au moment où il nous fut donné de l'examiner (1er mars 1857), X... marchait en fauchant, comme les sujets chez lesquels le rachitisme a contourné les membres; les chutes étaient devenues très-rares; mais pour se mettre debout, alors qu'il s'était baissé pour ramasser un objet, il se servait toujours du même point d'appui et toujours des mêmes moyens.

Outre l'intérêt scientifique qui doit s'attacher à cette observation en tant qu'exemple très-rare de luxation externe complète, elle tend à prouver l'inutilité absolue de la rotule dans la station, comme l'a avancé M. Cruveilhier, et son peu d'utilité dans la progression, abstraction faite de tout mouvement de flexion.

L'auteur termine par une autre observation, dans le but de prouver que la marche et même l'exercice de certaines professions pénibles sont encore possibles dans les cas de fracture de la rotule consolidée avec un écartement de 12 centimètres. (*Gazette médicale de Paris*, n° 34.)

Sur l'allongement opératoire des polypes fibreux de l'utérus, par le professeur G. Simon (de Rostock).

L'extirpation des polybes fibreux de la matrice rencontre parfois des obstacles presque insurmontables, lorsque leur volume est tel, qu'il empêche l'opérateur d'arriver jusque sur leur pédicule avec les doigts ou avec le secours des instruments. Pour aboutir, dans ces conditions, il est indispensable de réduire le diamètre transversal de la tumeur, et de se créer ainsi un passage. Pour atteindre cet objet, on s'efforce habituellement de diviser le polybe de bas en haut, ou de le creuser à l'intérieur, mais ce sont là des procédés d'une exécution extrêmement difficile, et ils ne suffisent pas toujours pour arriver au but.

M. Simon propose de recourir dans ce cas à l'opération suivante, à laquelle il donne le nom d'*allongement opératoire*. Elle consiste à inciser *transversalement* le corps du polype ou plutôt l'enveloppe inextensible qui l'entoure comme une capsule. Il suffit ensuite d'exercer une traction de haut en bas sur la masse morbide pour l'allonger en l'effilant, de manière à se créer de l'espace. Cet allongement se fait en effet avec une grande facilité dès que l'on a incisé la couche de tissu sous-muqueux et la muqueuse hypertrophiée, qui forment la coque antérieure des polypes fibreux, et qui sont très-peu extensibles.

Pour faire cette opération, on saisit le polype avec une pince de Museux à son sommet, on l'abaisse, et à l'aide des ciseaux pointus de Cooper, on l'incise transversalement aussi haut que possible. On continue ensuite à diviser avec le même instrument la couche externe de la tumeur dans la moitié au moins de sa circonférence, et au delà, si cela est possible. Ceci fait, l'allongement pourra presque toujours être opéré dans une mesure suffisante pour permettre au chirurgien d'arriver sur le pédicule. Dans le cas contraire, on prolonge l'incision de manière à intéresser toute la circonférence du polype. L'hémorrhagie qui accompagne cette opération est insignifiante, et elle s'arrête d'ailleurs après l'extirpation du polype.

On peut encore en agir de même à l'égard des polypes très-volumineux qui ont contracté des adhérences intimes avec les parties voisines. L'allongement opératoire ne porte alors que sur une portion plus ou moins considérable de la tumeur, et déblaye d'autant le terrain.

M. Simon rapporte trois observations destinées à mettre en lumière les avantages de son procédé. (*Monatschrift fuer Geburtskunde*, t. XX, p. 467.)

Opération de la taille; statistique, par M. C. Williams.

Les statistiques médicales n'ont toute leur valeur que dans les cas où elles s'appliquent à des opérations exactement com-

parables, quand elles comprennent la totalité des cas traités par un chirurgien, ou dans un hôpital ; enfin quand elles portent sur des chiffres assez considérables. Toutes ces conditions se trouvent réunies dans la statistique suivante, embrassant toutes les opérations de taille pratiquées à Norfolk and Norwich Hospital, de janvier 1772 à décembre 1862, c'est-à-dire pendant quatre-vingt-dix ans.

Sur le chiffre total de 910 calculeux, il y eut 869 hommes et 41 femmes.

811 furent opérés par la méthode latérale ordinaire, 105 moururent ; 41 par la taille médiane, 11 moururent. Sur les 41 femmes, le calcul fut extrait par la dilatation de l'urèthre, il y eut 2 morts ; toutes les litbotrities, au nombre de 17, furent heureuses. Examinés suivant les âges, les résultats se partagent ainsi :

De 1 à 10 ans,	328 opérés ;	1 mort sur	14
10 à 24	55	1	27
14 à 20	72	1	7
20 à 30	59	1	14
30 à 40	60	1	15
40 à 50	58	1	5
50 à 60	132	1	5
60 à 70	119	1	3
70 à 80	27	1	3

Ce qui frappe surtout c'est la différence de mortalité suivant que le malade a passé la première moitié de la vie ; ainsi en réunissant les chiffres de 1 à 40 ans, on trouve 574 opérations ayant donné 42 morts ou 1 mort sur 13,6 ; de 40 à 80 ans, on trouve pour 336 opérés 76 morts ou 1 mort sur 4,42 opérés. (*The Lancet*, août 1863.)

Fistule vésico-vaginale ; perte de l'urèthre et du col de la vessie ; large fistule recto-vaginale. — Opérations successives ; guérison, par M. Backer-Brown.

Une femme âgée de trente-six ans accoucha pour la première fois en avril 1862. Le travail dura trois jours, et après trois heures de tentatives infructueuses pour terminer l'accouchement, il eut lieu spontanément. Aussitôt après, l'urine coula par le vagin et trois ou quatre jours après, il en fut de même des fèces. Une opération de fistule recto-vaginale faite en province échoua complétement. En examinant la malade, M. Backer-Brown vit que le vagin était oblitéré, et il ne put enfoncer le doigt à plus d'un pouce et demi de profondeur. On ne pouvait apercevoir le col de l'utérus. La fistule vésico-vaginale était de l'étendue d'une pièce d'un franc, l'eschare avait compris l'urèthre et le col de la vessie. Il existait de plus une fistule recto-vaginale, transversalement dirigée, longue de 6 centimètres.

Le 15 janvier 1853, le cul-de-sac formé par le vagin cicatrisé fut incisé largement ; des mèches furent introduites, et le 18 février la cicatrisation isolée des bords de la plaie était obtenue. La fistule recto-vaginale fut alors avivée, fermée par neuf points de suture métallique, en même temps que sans avivement préalable les deux bords de la fistule vésico-vaginale étaient mis en contact par un point de suture, pour éviter le tiraillement et empêcher l'écoulement de l'urine par le vagin, pendant la cicatrisation de la fistule rectale. La guérison fut obtenue, sauf en un petit point, qui nécessita un nouvel avivement et deux points de suture.

Le 20 mars, la fistule rectale étant tout à fait oblitérée, M. Backer-Brown fit une ponction au-dessous du pubis pour créer un urèthre artificiel. Les bords de la fistule uréthro-vésico-vaginale furent alors avivés et réunis par trois points de suture. Un cathéter fut laissé à demeure dans le nouvel urèthre. Là encore il fallut oblitérer ensuite, par un nouvel avivement, un petit point non cicatrisé au niveau de l'urèthre ; enfin, après ces quatre opérations cette large fistule faisant communiquer si largement la vessie, le rectum et le vagin, était complétement oblitérée. Le col de l'utérus était à découvert au fond d'un vagin un peu étroit cependant, mais la malade pouvait retenir l'urine, et la miction se faisait par l'urèthre artificiel presque aussi bien que par l'urèthre naturel. (*The Lancet*, juin 1863.)

Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Ovariotomie, ulcération et ouverture de la vessie ; mort, par M. Henri Smith.

Obs. — Une femme âgée de trente-huit ans, mariée et mère de cinq enfants, entra à King's College pour y être traitée d'un kyste de l'ovaire. Deux ponctions ayant donné issue à une matière verdâtre, avaient été faites dix mois auparavant. L'état de la malade était le suivant :

Une tumeur très-considérable, dure, mal limitée, occupait le centre et le côté droit de l'abdomen, depuis sa partie inférieure jusqu'au niveau de la dixième côte. Près du centre de la tumeur et à gauche de l'ombilic s'ouvrait une fistule donnant librement issue à un fluide mélangé de pus et du liquide ordinaire des kystes ovariques. C'est en ce point qu'avait été faite la dernière ponction. La tumeur tout entière était peu mobile, la peau était adhérente.

La santé générale de la malade était très-mauvaise, les douleurs abdominales étaient incessantes, l'écoulement par la fistule était continuel. Un traitement tonique par le fer et le quinquina améliora beaucoup la santé, sans faire diminuer l'écoulement ; on se décida à pratiquer l'ovariotomie après avoir, suivant le conseil de M. Baker-Brown, fait prendre tous les jours, pendant une semaine, un bain ordinaire. Le 27 juin, M. Henri Smith pratiqua l'opération de la manière suivante : le ventre ouvert et le péritoine incisé, on vit que la tumeur, dans les trois quarts de son étendue, était recouverte par l'épiploon qui lui adhérait. On le détacha avec les doigts, non sans quelque difficulté, et l'on mit ainsi à découvert les parties supérieures et latérales de la masse morbide. Un gros trocart y fut enfoncé, mais il ne donna issue à aucun liquide, et après l'avoir retiré on vit que la canule était remplie d'un fluide gélatineux. Sur le conseil de M. Fergusson, M. Smith agrandit son incision, plongea les mains dans l'abdomen en dehors de la tumeur, et constata qu'elle était adhérente aux intestins et au mésentère. On se demanda si l'on ne devait pas interrompre l'opération ; mais en se servant tantôt du bistouri, tantôt des doigts, on put rompre les adhérences ; le pédicule n'était pas large, on le serra dans un *clamp* et la tumeur fut enlevée. Elle avait à peu près le volume de la tête d'un adulte et se composait de grands et de petits kystes ; le fluide contenu dans les premiers était gélatineux, épais, et ne s'écoulait pas même après l'incision des parois kystiques, de telle sorte qu'au point de vue pratique la tumeur pouvait passer pour solide.

Après l'opération, il y eut peu de réaction ; on appliqua un suppositoire de jusquiame et d'opium ; on prescrivit pour la nuit de l'opium et de la créosote. Les nausées engagèrent M. Smith à interrompre toute alimentation par la bouche et à faire administrer toutes les deux heures un lavement de thé de bœuf et d'eau-de-vie.

Le lendemain, la malade peut prendre du thé de bœuf, 6 onces de vin et quelques œufs. Le sixième jour, on enlève le clamp, mais le septième on s'aperçoit que de l'urine passe par la plaie abdominale. Ce symptôme fâcheux ne faisait que trop prévoir une issue fatale ; l'urine continua à couler par la plaie jusqu'à la mort de la malade, survenue le vingtième jour après l'ovariotomie.

A l'autopsie, on constata sur la paroi supéro-postérieure de la vessie une ouverture assez large pour laisser passer deux doigts. L'ovaire gauche était aussi le siége d'une transformation kystique ; enfin, il y avait tous les signes d'une péritonite suppurée.

Ce cas est un des plus graves que nous présente l'histoire de l'ovariotomie, et dans de telles circonstances l'opération ne paraît guère indiquée, quoiqu'elle ait été conseillée par des chirurgiens aussi habiles que MM. Fergusson et Baker-Brown ; quant à l'ouverture de la vessie, nous avons peine à croire, avec l'auteur de la note jointe à l'observation, qu'elle soit due à une inflammation ulcérative de ce viscère, et qu'elle ne peut en aucune façon être attribuée à une blessure de ce viscère pendant l'opération. Quoique l'urine ne soit sortie par la plaie que le sixième jour, il paraît plus probable d'admettre que le bistouri a pu l'atteindre en cherchant à détruire les adhérences, ou que le tiraillement opéré pendant l'opération sur les parois vésicales, probablement adhérentes aussi au kyste, ont déterminé leur amincissement et plus tard leur rupture.

Quelque gravité que puisse avoir l'ouverture dans le ventre

de la vessie ou du rectum, elle n'est pas nécessairement mortelle. Nous avons rapporté (*Gaz. hebd.*, 1862, p. 287) un fait de rupture traumatique de la vessie, traitée par la section des parois abdominales et la suture de l'organe rompu. M. Baker-Brown a vu chez une de ses malades opérées d'ovariotomie à *London Surgical Home*, l'issue des matières fécales par la plaie abdominale, et cependant son opérée guérit. (*The Lancet*, août 1863.)

Sur un cas de grossesse dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne, par le professeur Luschka.

Nous mentionnons brièvement ce fait à cause de l'intérêt qu'il offre au point de vue de la migration de l'ovule et parce que le nom de M. Luschka suffit pour lui assurer toute l'authenticité désirable. Il s'agit d'une grossesse interrompue au troisième mois par la rupture du kyste fœtal et la mort de la mère.

A l'*autopsie* on constata que le fœtus s'était développé dans la corne droite, tout à fait rudimentaire, de l'utérus qui présentait une corne gauche largement développée. L'ovaire *gauche* contenait un corps jaune offrant les caractères habituels au troisième mois de la grossesse, tandis que l'ovaire droit n'en renfermait aucune trace. L'ovule développé dans la corne droite de l'utérus provenait donc de l'ovaire gauche. Or, un examen extrêmement minutieux démontra d'une manière évidente que la cavité de cette corne rudimentaire ne communiquait en aucune façon avec celle du corps de l'utérus dans laquelle s'ouvrait la corne gauche. La corne rudimentaire était reliée à l'utérus par un pédicule volumineux, solide, dans lequel sa cavité se terminait en cul-de-sac, tandis qu'elle communiquait librement avec la trompe correspondante. L'ovule fécondé, venu de l'ovaire gauche, avait donc dû cheminer dans la cavité péritonéale, pénétrer dans la trompe droite et arriver enfin dans la corne rudimentaire. (*Monatschrift fuer Geburtskunde*, juillet 1863.)

Sur l'aspermatisme, par M. Cosmao Dumenez.

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° L'aspermatisme est une forme rare de l'impuissance qui peut tenir à plusieurs causes différentes.

2° Celles-ci sont inhérentes :

A. — A l'urèthre : rétrécissements.

B. — A la prostate : hypertrophie, dégénérescence.

C. — A la vessie et au périnée : plaies.

D. — Aux canaux éjaculateurs, aux vésicules séminales, aux canaux déférents : oblitération, section, atonie.

E. — A la tête de l'épididyme : dégénérescences tuberculeuse, cancéreuse, etc.

F. — Au testicule : atrophie, dégénérescences.

3° Le pronostic est grave en raison du retentissement qu'a cette infirmité sur les centres nerveux encéphaliques.

4° C'est à se rendre compte de la cause de la maladie que l'on devra surtout s'attacher et contre cette cause que les moyens curatifs devront être dirigés. (*Gaz. méd. de Paris*, nos 12 et 14.)

V

VARIÉTÉS.

Société protectrice de l'homme.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Nunc animis opus, ... nunc pectore firmo.

Mon cher et savant confrère,

Mirabeau comparait les Français à ces enfants qui sèment et qui, dès le lendemain, grattent la terre pour voir si la graine pousse. Je tiens à vous démontrer que, si j'ai semé, si mon idée jetée sur le grand chemin de la publicité commence à pousser aujourd'hui dans votre journal, j'ai eu la patience d'attendre pendant huit années avant d'en causer avec vous.

Un *docteur Jean*, dont je me garde de soulever le voile de l'anonyme (le nom ne faisant encore rien à la chose), vient d'émettre une proposition, à l'occasion du débat sur les vivisections, qui a toutes mes sympathies.

J'appartiens à une société protectrice des animaux, et cependant j'avoue que notre zoophilie finira par dégénérer en fétichisme. « Il faut protéger les animaux dans la mesure de leur utilité seulement, et les aimer, comme tout le monde, proportionnellement à leurs vertus. » Tel est l'avis du docteur Jean ; c'est aussi le mien.

N'est-ce donc pas assez d'un veau d'or pour vouloir étendre son culte à tous les veaux prédestinés à l'abattoir?

C'est après de semblables réflexions qu'un jour, au sein d'un comice agricole, j'osais proposer la création d'une *Société protectrice de l'homme*, après celle des animaux.

Considérant que la production humaine est plus importante, même au point de vue industriel, que la production bovine, chevaline, porcine, etc., et qu'on doit se soucier plus de la société des hommes que de celle du bétail, je voulus instituer, après l'exemple donné par les États-Unis, des prix pour les mères ou les nourrices qui présenteraient chaque année, à l'examen d'un jury médical, les enfants les mieux constitués et les plus beaux, depuis un an jusqu'à dix.

Si l'on intéressait les pauvres à soigner la vie de leurs enfants, disait déjà le célèbre Buchan en 1772, nous en perdrions peu.

Nous possédons déjà une Société protectrice des animaux, je l'approuve hautement, disais-je à nos paysans; mais je blâme nos philanthropes, parce qu'ils abordent trop timidement une réforme aussi capitale que celle qui touche à la conservation et au perfectionnement physique de l'animalité. — L'homme est et restera, pour son intelligence servie par sa force, à la tête de toutes les espèces vivantes et utiles; il fallait commencer par le commencement, en créant tout d'abord une *Société protectrice de l'homme* faible, ignorant et pauvre, par l'homme valide, instruit et riche.

Le comice agricole de Gisors nomma une commission pour étudier mon mémoire, et, en attendant le rapport de cette commission, il fut décidé qu'il serait déposé dans ses archives, avec tous les honneurs dus à une... *utopie*.

Vous voyez, mon cher confrère, que le terrain auquel j'avais confié ma graine ne lui était pas propice; mais une brise d'avenir l'emporta d'un bout de la France à l'autre, et ce fut le sujet des appréciations les plus diverses.

Le Courrier de Lyon d'abord approuva mon projet et lui consacra plusieurs colonnes éloquemment écrites.

Le Siècle daigna m'encourager. L'Univers crut voir un symptôme de paganisme dans ce concours des enfants de la campagne, et le traita de *glorification de la matière*.

La presse scientifique me comprit mieux. J'acquitte une dette de gratitude en mentionnant la Revue médicale, la Gazette médicale de Lyon, la Gazette des hôpitaux, le Journal des connaissances médicales et la Science; le rédacteur de ce dernier journal voulut même m'adresser une lettre d'encourageantes félicitations.

L'énumération de tous les organes de la presse périodique qui me furent favorables serait incomplète si j'omettais le Courrier de l'Eure, avec la longue et belle lettre, à l'adresse du président du comice agricole de Gisors, que son rédacteur, M. Léon Ferret, terminait ainsi : « Persuadé que M. le docteur Munaret n'est guidé que par le sincère désir de servir la cause de l'humanité, je me suis permis de lui soumettre franchement quelques petites modifications à la motion qu'il a faite. J'espère qu'il ne verra dans ce que j'écris que l'admiration que j'éprouve pour ses idées, et le vif désir que j'aurais de seconder ses efforts, si mon expérience et mes lumières pouvaient me le permettre, etc. »

Je vous confie ces quelques détails, mon cher confrère, pour vous initier aux péripéties de la chose et vous y intéresser. Si je me suis arrêté sur le seuil de son application, ce ne sont pas les difficultés qui me rebutèrent, oh! non, certes, mais j'avais été incomplétement compris par un journal religieux qui pouvait me susciter des ombrages d'autant plus sérieux qu'ils étaient respectables; et, m'enveloppant dans mon manteau philosophique, je me rappelais, en manière de consolations, ces deux beaux vers de Victor Hugo :

L'avenir n'est à personne,
L'avenir appartient à Dieu!

A toutes les attributions dévolues à une *Société protectrice de l'homme* par votre correspondant, je pourrais en ajouter bien d'autres, ce qui m'entraînerait loin, trop loin, dans une lettre; du reste, l'impression n'en serait pas favorable et pourrait vous décourager : vous auriez raison de me demander comment et avec quoi pourrons-nous combler toutes ces lacunes connues ou à connaître de l'assistance publique?

Ma réponse est prête : les souscripteurs à l'Œuvre de la propagation de la foi donnent 5 centimes par mois, ce qui réalise au bout de chaque année plusieurs millions; est-ce trop d'espérer autant, aux mêmes conditions, pour la propagation de la charité?

Bien à vous, mon cher confrère. Dr Munaret.

On s'entretenait mardi dans la salle des Pas-Perdus de l'Académie de différentes et prochaines mesures administratives ou nominations qui intéressent trop notre profession pour que nous ne nous fassions pas ici l'écho des bruits mis en circulation. On assurait que M. Rayer avait officiellement demandé à M. le ministre de l'instruction publique le rétablissement, à la Faculté de médecine de Paris, de la chaire d'histoire de la médecine. M. Rayer, dans un mémoire présenté à l'appui de sa requête, aurait conseillé le concours.

On disait également que M. le professeur Rostan était à la veille de prendre sa retraite, et l'on désignait M. Grisolle comme son futur successeur. Par suite de cette permutation, la chaire de thérapeutique et de matière médicale deviendrait vacante.

On regardait ensuite comme à peu près certaine la nomination de M. Martins (de Montpellier) à la chaire de botanique, en remplacement de M. Moquin-Tandon.

Enfin on croyait savoir que le conseil d'État aurait décidé la suppression des places de médecins-inspecteurs près les établissements thermaux. L'exercice de la médecine dans les stations d'eaux minérales serait livré, comme partout ailleurs, à la libre concurrence, sans désignation spéciale d'un médecin officiel; et des fonctionnaires appartenant au corps impérial des mines seraient à l'avenir chargés de la surveillance des sources minérales de France et du soin de rédiger chaque année un rapport sur leur état de conservation et leur mode d'entretien. D'autre part, la décentralisation serait arrêtée en principe, et toutes les questions relatives à la gestion des établissements thermaux seraient résolues par les préfets dans leurs départements respectifs. (*Gazette des hôpitaux.*)

— M. le docteur Bergeron, ex-chirurgien-major des vélites de Florence (garde impériale), chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir dans sa soixante-dix-huitième année.

— Les juges désignés par le sort pour le concours pour l'internat sont MM. Labric, Bazin, Vulpian, Dolbeau et Cullerier; MM. Vigla et Guyon, *suppléants*.

— Le Conseil général du département du Rhône a, dans sa séance du 29 août, émis le vœu de la création d'un hospice de vieillards et incurables à la Croix-Rousse.

— A la suite du concours ouvert à Bordeaux pour la nomination de deux médecins adjoints des hôpitaux de cette ville, MM. Chatard et Riquard ont été nommés à ces fonctions.

— M. le docteur Joret vient de succomber, à l'âge de cinquante ans, à une longue et douloureuse maladie. Il était connu par ses travaux sur la digitale, le croton tiglium et l'apiol.

— On annonce la mort de M. le docteur Charles-Guillaume Wutzer, professeur de chirurgie à l'Université de Bonn.

— Le comité médical des Bouches-du-Rhône décernera, dans sa séance générale d'avril 1864, une médaille d'or de la valeur de 200 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur les questions suivantes :

« 1° Quel est l'état actuel des associations médicales en France?

» 2° Répondent-elles au but principal de leur création, qui est de ne faire des dignes médecins français qu'une seule famille?

» 3° Dans le cas contraire, quels sont les moyens à prendre pour atteindre ce but?

» 4° Faut-il admettre les pharmaciens dans ces associations? »

Les mémoires seront reçus jusqu'au 1er mars 1864, terme de rigueur, par M. le docteur P. M. Roux, président perpétuel du comité, rue Montgrand, 12, à Marseille.

VI

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Bulletin des travaux de la Société de médecine d'Alger, paraissant tous les trois mois par cahier de 64 à 80 pages. Prix de l'abonnement pour une année, formant un volume. Paris, Victor Masson et fils. 7 fr.

De l'enseignement du chant, par *Ch. Battaille*. 2e partie : *De la physiologie appliquée à l'étude du mécanisme vocal.* Mémoire lu à l'Académie des beaux-arts, précédé d'un rapport de la section de composition musicale, approuvé par l'Académie. In-8 de 66 pages. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr.

Livret du musée d'anatomie normale. Musée Orfila, par *J. Maissiat*. In-18 de 123 pages. Paris, Victor Masson et fils. 50 c.

Le baccalauréat ès sciences, résumé des connaissances exigées par le programme officiel, par MM. les professeurs *J. Brisbarre, E. Burat, A. Milne Edwards, Em. Fernet, O. Gréard, E. Levasseur, E. Mauduit, A. Tissot, L. Troost, Ch. Vacquant.* 3 forts vol. in-18, avec 1773 figures dans le texte. Paris, Victor Masson et fils. Chaque volume est vendu séparément :

I. Littérature, philosophie, histoire de France, géographie. 7 fr.
II. Arithmétique, algèbre, géométrie, trigonométrie, applications de la géométrie, cosmographie, mécanique. 8 fr.
III. Physique, chimie, histoire naturelle. 8 fr.

The principles and practice of obstetrics (Principes et pratique des accouchements), par le docteur *Gunning S. Bedford*. In-8 de XXXII-744 pages, accompagné de 4 planches coloriées et 99 figures dans le texte. 3e édition, revue et corrigée. New-York, 1863, William Wood et Comp.

Acrodynie sporadique en Algérie, observation recueillie à Sétif en 1855, par le docteur *C. Roucher*. Brochure in-8 de 20 pages. Alger, 1863.

De la paralysie amyotrophique consécutive aux maladies aigues, par *A. Gubler*. In-8 de 56 pages. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

Des épistaxis utérines simulant les règles au début des pyrexies et des phlegmasies, par *A. Gubler*. In-8 de 50 pages. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

De la situation de l'S iliaque chez le nouveau-né dans ses rapports avec l'établissement d'un anus artificiel, par le docteur *Bourcart*. In-4 de 40 pages et 6 figures. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

De l'ulcère de Mozambique, par le docteur *Azema*, suivi d'un rapport lu à la Société de chirurgie de Paris, par le docteur *Cullerier*. In-8 de 86 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Du forceps-scie des Belges, mémoire précédé de quelques considérations sur l'embryotomie et l'opération césarienne, par le docteur *Verrier*. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

Maladies des organes génitaux externes de la femme, leçons professées à l'hôpital de Lourcine par le professeur *Alphonse Guérin*. In-8 de 535 pages. Paris, Adrien Delahaye. 7 fr.

Thèses.

Thèses subies du 5 au 25 août.

148. Guillon, Alfred, né à Thenezay (Deux-Sèvres). [*Considérations hygiéniques particulières aux habitants de la campagne.*]

149. Lachaud, Paulin-B., né à Naillac (Dordogne). [*Essai sur le rôle du médecin de campagne au point de vue de l'hygiène et de la moralisation.*]

150. Chipault, Antony, né à Châteauneuf-sur-Loire (Loiret). [*Étude sur les mariages consanguins, et sur le croisement dans les règnes animal et végétal.*]

151. Alexopoulo, Georges, né à Bucharest (Principautés roumaines). [*De l'infection purulente, ou de l'infection putride aiguë* (septicémie aiguë).]

152. Lefranc-Lavallée, Jules-C., né à Bruxelles. [*De la fièvre puerpérale.*]

153. Cordeiro da Silva, C.-E., né à Saint-Louis-de-Maranhão (Brésil). [*De la procidence du cordon ombilical.*]

154. Leclerc, Eugène, né à Saint-Florentin (Yonne). [*De la thoracentèse dans les épanchements pleurétiques aigus et séreux.*]

155. Chatenoud, Alexis, né à Frangy (Haute-Savoie). [*De l'uréthrotomie interne.*]

156. De Loroe, Joseph-Romain, né à Mazères (Haute-Garonne). [*Essai sur le cancer fibro-plastique.*]

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

Paris.—Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 9 OCTOBRE 1863. — N° 41.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Compte rendu des travaux du Congrès médico-chirurgical de Rouen. — II. **Histoire et critique.** Excursion chirurgicale en Angleterre : Diverses espèces de trocart. — Sutures métalliques. — Acupressure. — Résection du genou. — Chloroformisation. — Enseignement et exercice de la médecine. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — IV. **Revue des journaux.** Sur la dégénération endémique des os du pied (Madura Foot). — Qu'est-ce que le dourine? — Sur un cas d'infection trichinale. — Recherches nouvelles sur la structure des reins. — Recherches sur la terminaison périphérique des nerfs moteurs. — V. **Bibliographie.** Rapport sur les hôpitaux civils de la ville de Londres au point de vue de la comparaison de ces établissements avec les hôpitaux de la ville de Paris. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.

I

Paris, 8 octobre 1863.

Compte rendu des travaux du Congrès médico-chirurgical de Rouen.

SOMMAIRE. — Installation du Congrès. — Circulation nerveuse. — Cas de résection du genou. — Opération de la cataracte sénile. — Aphonie albuminurique. — Kélotomie dans les cas graves d'étranglement. — Syphilis chez les ouvriers verriers. — Inflammation du rein comme conséquence de la lithotritie. — Causes et effets de la diathèse urique. — Effets de la *fève de Calabar*. — Colique de plomb. — Étude sur Broussais. — Enduits imperméables contre l'inflammation. — Ulcère simple de l'estomac. — Divulsion des épiphyses.

Le succès du Congrès médico-chirurgical de Rouen a largement répondu aux espérances conçues par ses promoteurs, qui ont pu trouver la récompense de leurs efforts dans l'empressement avec lequel le corps médical s'est rendu à leur appel. La *Société de médecine de Rouen*, en prenant l'initiative de cette convocation, a cherché à resserrer les liens déjà si fortement établis par les associations médicales; elle a senti que la communauté des intérêts professionnels appelait, comme complément nécessaire, la communauté des intérêts scientifiques, et que tout moyen propre à favoriser la diffusion des lumières devait trouver une approbation unanime.

Si toutes les parties de la France n'ont pas été représentées au Congrès, toutes lui ont donné leur appui moral; ce qui signifie, si nous ne nous trompons, que c'est une voie ouverte où chacun s'engagera désormais avec empressement, assuré de tendre à un but utile.

Sans doute, la marche du Congrès n'a pas été sans quelques imperfections; celles-ci étaient inévitables dans l'exécution d'un projet réalisé aussi rapidement, inséparables d'un premier essai dont les difficultés n'ont échappé à personne; mais ces imperfections s'effacent devant le caractère général qu'a présenté la réunion, et que nous allons chercher à tracer dans une courte analyse des travaux.

Dans cette revue, nous ne ferons que mentionner les lectures qui n'ont rien présenté de neuf; car, quelque intéressante que soit une communication qui ne donne que l'exposé de l'état de la science sur une question, elle ne peut être l'objet d'une analyse détaillée.

On regrettera peut-être une absence presque complète de discussion dans tout le cours du Congrès, et nous comprenons que ceci puisse être considéré comme un défaut; mais l'abondance des matériaux dut rendre avare du temps, et, pour cette raison même, on fut obligé de passer sous silence un certain nombre de mémoires envoyés pour être lus en l'absence des auteurs.

PREMIÈRE SÉANCE.

Le Congrès médico-chirurgical de Rouen s'ouvrit le 30 septembre, à deux heures, sous la présidence de M. le docteur DUCHESNE (de Rouen), président de la *Société de médecine*, qui, dans un discours très-goûté, exposa brièvement le but de la convocation, et remercia les membres du corps médical dont le Congrès avait reçu l'adhésion. Cette lecture fut suivie de l'élection des membres du bureau, qui fut ainsi composé :

Président.	MM. Giraldès.
Vice-présidents.	Duchesne, Verneuil, Morel, Maire.
Secrétaire.	Bouteiller.
Secrétaires adjoints. . .	Laurent, Douvre.

M. le président a ensuite donné la parole à M. le docteur MAIRE (du Havre) pour la lecture d'un travail sur *la circulation nerveuse*. Exposé très-consciencieux et détaillé des opinions des physiologistes, le mémoire de M. Maire ne nous a présenté aucune vue nouvelle, et nous passons immédiatement à une communication des plus intéressantes de M. VERNEUIL sur un cas de *résection du genou*.

Un jeune homme avait reçu une balle de pistolet dans le

genou; les tentatives d'extraction n'ayant pas réussi, M. Verneuil avait l'alternative de l'amputation de la cuisse ou de la résection : il se décida pour ce dernier parti. Il fit les incisions extérieures suivant l'ancien procédé (deux incisions longitudinales sur les côtés du genou, et une incision transversale au-dessous de la rotule). Le projectile s'était engagé dans le condyle interne du tibia, et avait pénétré à une profondeur de 2 centimètres sans faire éclater l'os; la scie enleva le plateau supérieur du tibia en restant dans l'épiphyse; la balle se trouva sciée en deux, et sa moitié inférieure fut extraite de l'os; pour affronter exactement les surfaces osseuses, il fallut enlever les condyles du fémur avec tout le cartilage épiphysaire; mais heureusement ce jeune homme avait atteint tout son développement. Il n'y eut presque pas de sang perdu dans l'opération. Les suites en furent aussi simples que possible. La rotule, étant saine, fut laissée pour faciliter la soudure du ligament rotulien au tibia. Le pansement consista dans l'application d'une vessie remplie de glace et d'un appareil très-simple de nature à maintenir la jambe dans l'extension, et à permettre de fléchir le pied à volonté. Au bout de trois mois, le malade marchait avec des béquilles. Le résultat définitif fut si satisfaisant, que le jeune opéré put, après la guérison complète, marcher comme avant l'accident. Un des points les plus remarquables de cette observation, c'est que, bien qu'on eût enlevé 6 centimètres d'épaisseur dans les os, le raccourcissement définitif ne fut que de 4 centimètres.

M. Wecker lit ensuite un travail sur *le moyen le plus sûr d'opérer la cataracte sénile.*

L'auteur rejette absolument l'abaissement pour cette espèce de cataracte, et ne trouve même pas assez de sécurité dans le procédé ordinaire de l'extraction. Il cherche à faire sortir le cristallin complétement, sans laisser dans l'œil des masses corticales qui se gonflent et déterminent de l'irritation; à éviter la contusion de l'iris et le mouvement de bascule trop prononcé de la lentille, qui peut provoquer l'issue du corps vitré.

Son procédé consiste à faire la section de la cornée tout près du limbe conjonctival, de manière à intéresser les parties les plus vasculaires de cette membrane, et à exciser avec des ciseaux courbes 3 ou 4 millimètres de l'iris. C'est là ce que M. Wecker appelle procédé d'extraction modifié. On peut, ajoute-t-il, pratiquer l'iridectomie quelque temps avant l'extraction, de manière que l'échancrure de l'iris soit tout à fait cicatrisée au moment de l'opération de la cataracte.

Aphonie albuminurique. — Sous ce titre, M. Fauvel appelle l'attention sur un accident de la maladie de Bright très-grave et peu connu. Quelquefois, avant que rien à l'extérieur n'indique l'existence de l'albuminurie, il se manifeste un œdème de la muqueuse du larynx à marche insidieuse. Les malades éprouvent un enrouement, une gêne légère de la respiration; puis la voix s'éteint, et la suffocation peut devenir imminente. Ces symptômes peuvent débuter brusquement ou lentement; ils sont quelquefois intermittents, mais dans ce dernier cas les progrès de la maladie finissent toujours par compromettre la respiration. Si l'attention n'est pas fixée sur la possibilité d'une maladie de Bright, on peut attribuer les accidents à différentes causes, notamment à la syphilis, et faire fausse route dans le traitement; car toute médication qui ne s'adresse pas à la maladie principale n'a aucun effet ou même est nuisible.

L'emploi du laryngoscope permet de constater l'état du larynx et de suivre pas à pas les progrès du mal. On voit se tuméfier successivement les replis arythéno-épiglottiques, la muqueuse du vestibule, les cordes vocales supérieures, le ventricule et les cordes vocales inférieures. Le laryngoscope a permis à M. Fauvel de déterminer exactement le moment précis où la trachéotomie devenait urgente, et il a pu ainsi sauver plusieurs malades qui auraient probablement succombé sans cette précieuse ressource.

La présence de M. Goyrand (d'Aix) au Congrès était une véritable bonne fortune. Son travail sur *la kélotomie dans les cas de gravité extrême des accidents généraux de l'étranglement herniaire* a paru, aux yeux de tous, d'une grande importance pratique. Les cas sur lesquels M. Goyrand appelle l'attention, ont été désignés sous le nom de *choléra herniaire*. Dans cette forme de l'étranglement, les symptômes généraux sont de nature hyposthénique; les malades succombent quelquefois en moins de vingt-quatre heures sans altération grave des parties herniées. Le chirurgien d'Aix, attribuant ces symptômes uniquement à l'étranglement, et ayant constaté l'inutilité absolue de tous les moyens employés pour relever les forces du malade, veut qu'on opère dans tous les cas. Sur huit faits qu'il mentionne, six sujets ont été opérés et cinq ont guéri. Quatre de ces huit faits lui appartiennent; deux fois il a opéré, et l'opération a été suivie de succès. Dans un cas où la kélotomie a été faite quarante heures après le début des accidents, la réduction a été faite malgré la présence d'une petite eschare sur l'anse intestinale; il y eut issue des matières fécales par la plaie cinq jours après l'opération; la guérison n'en a pas moins été complète.

Tels sont les travaux dont la lecture a occupé la première séance du Congrès.

DEUXIÈME SÉANCE.

M. Viennois (de Lyon) lit un travail intitulé : *De la syphilis contractée par les ouvriers verriers dans l'exercice de leur profession. Indication des moyens prophylactiques.*

L'auteur rappelle d'abord les principes proclamés par M. Rollet : la contagion des accidents secondaires, non pas par des accidents secondaires d'emblée, mais par le chancre, comme celle qui dériverait du chancre induré lui-même.

Les ouvriers verriers se servent pour souffler les bouteilles d'un tube de fer appelé *canne*, qu'ils tournent dans leur bouche et qu'ils se passent rapidement de l'un à l'autre. La bouche et le gosier étant le siége ordinaire de la syphilis secondaire, on comprend aisément la contagion par l'intermédiaire de cet instrument, qui présente souvent des rugosités, excorie la muqueuse des lèvres ou de la bouche. On a pu dans ces cas constater l'existence du chancre primitif chez les individus atteints, en l'absence de toute possibilité de contagion provenant d'autre source, et l'auteur signale dans ce fait une confirmation de la doctrine de M. Rollet. Les malades ainsi contagionnés peuvent transmettre la maladie dans leurs familles, et l'on a vu se dérouler ainsi des séries de contagions constituant de véritables petites épidémies. Les ouvriers exposés sont non-seulement ceux qui fabriquent les bouteilles, mais encore ceux qui font les vitres, la gobeletterie, etc. On comprend alors l'immense avantage d'une bonne prophylaxie en présence d'une fabrication si étendue.

Le meilleur moyen prophylactique consiste à donner à chaque ouvrier une embouchure qui lui appartient en propre et

qui se place et s'enlève aisément à mesure que la canne passe de main en main. Cet instrument ingénieux, dû à l'invention de M. Chassagny, est décrit avec soin par M. Viennois, qui a ajouté des dessins à son mémoire pour rendre plus facile l'intelligence du mécanisme. (Voy., sur ce sujet, *Gazette hebd.*, 1862, p. 773 et 793.)

A côté d'un haut intérêt purement scientifique, le travail de M. Viennois en présente un plus grand encore, celui de l'humanité, qui doit le recommander puissamment à l'autorité.

M. Leroy (d'Étiolles) a étudié, dans un mémoire très-substantiel, l'*influence des pierres du rein sur la guérison des pierres vésicales*.

Les accidents si terribles qui suivent trop souvent les opérations pratiquées sur l'urèthre et sur la vessie sont difficiles à expliquer pour beaucoup de praticiens. M. Leroy (d'Étiolles) en trouve la cause dans une congestion qui se transmet rapidement aux uretères et aux reins prédisposés à s'enflammer par la présence de calculs. La néphrite apparaît même quelquefois d'une manière imprévue à la suite d'une évacuation entière et en une seule fois de la vessie. Pour prévenir cette complication, souvent funeste, M. Leroy (d'Etiolles) recommande d'espacer beaucoup les séances de lithotritie, de les faire courtes, et d'administrer préventivement le sulfate de quinine chez les sujets prédisposés.

Quand il y a rétention d'urine, surtout si celle-ci est catarrhale ou purulente, il donne issue au liquide partiellement et met au moins une semaine à vider complétement la vessie.

M. Mercier donne lecture d'un travail très-étendu sur *les causes et les effets de la diathèse urique*. Ce mémoire, qui nous paraît traiter la question très-complétement, est trop étendu pour que nous en puissions donner ici une analyse même très-succincte.

La séance est terminée par une communication de M. Giraldès sur *les effets de la fève de Calabar*, dont l'action si puissante comme antimydriatique et comme antagoniste de la belladone, a fait le sujet de plusieurs articles de la Gazette hebdomadaire.

TROISIÈME SÉANCE.

Nous ne ferons qu'indiquer, pour les raisons données plus haut, un travail de M. Anquetin sur *la colique de plomb*, et une étude critique *sur Broussais*, par M. Liégard (de Caen).

Nous sommes obligé aussi de n'accorder qu'une mention à la lecture de M. Robert de Latour, sur *l'emploi des enduits imperméables contre l'inflammation*, ce travail échappant complétement à l'analyse.

La séance a été ensuite occupée par un excellent mémoire de M. Leudet, sur *l'ulcère simple de l'estomac, consécutif à l'abus des boissons alcooliques*. Une expérience de neuf ans fait penser à M. Leudet que l'abus des boissons alcooliques a une influence réelle sur le développement de l'ulcère de l'estomac. Sur vingt-six autopsies d'individus adonnés à l'ivrognerie, il a trouvé huit fois cette maladie. L'auteur fait ressortir l'identité de nature des hypertrophies partielles mamelonnées de la muqueuse stomacale, des abcès sous-muqueux et de l'ulcère simple ; ce sont pour lui des lésions appartenant à la gastrite chronique. La coïncidence de ces trois altérations sur le même sujet démontre cette origine commune. M. Leudet ne rejette pas pour cela les autres causes d'ulcération, telles que les érosions par hémorrhagie, par embolies capillaires.

Les ulcères de l'estomac chez les alcoolisés sont généralement superficiels et n'intéressent que la muqueuse. Ils peuvent affecter la forme aiguë et la forme chronique ; la première est plus commune qu'on ne le croit, et un énorme excès de boissons alcooliques suffit pour la développer.

Les symptômes les plus saillants de l'état aigu consistent dans la susceptibilité extrême de la muqueuse, les vomissements, souvent aqueux, l'adynamie et la gastrorrhagie, qui s'observe dans le plus grand nombre des cas. Les douleurs sont variables.

Dans les cas chroniques, on trouve la douleur dorsale et xiphoïdienne, l'altération de l'appétit, l'insuffisance de la nutrition, l'amaigrissement. L'ulcère est curable chez les alcooliques, même lorsqu'ils continuent leurs excès. Le traitement n'a rien de spécial ; il consiste dans l'abstention des boissons alcooliques, les saignées locales, l'opium, le chloroforme, les vésicatoires.

M. Foucher lit un mémoire important sur *la divulsion des épiphyses*. Dans un historique complet, l'auteur montre que ce sujet n'avait été traité que très-imparfaitement avant le travail de M. Guéretin publié en 1837, et que peu de choses nouvelles ont été ajoutées depuis lors aux idées de ce chirurgien. M. Foucher rappelle la relation du cartilage épiphysaire et de la diaphyse, si bien établie par M. Broca ; l'existence entre eux de couches spongoïde et chondroïde. La couche d'union ne représente pas un plan régulier, mais une S italique allongée, une sorte de disposition par emboîtement réciproque. La solution de continuité peut se faire dans trois points différents : 1° l'épiphyse est séparée de la diaphyse, et la surface de séparation ne présente aucune couche osseuse : divulsion épiphysaire proprement dite ; 2° l'épiphyse entraîne une couche osseuse mince : fracture épiphysaire ; 3° la solution de continuité se fait au sein du tissu spongieux : fracture préépiphysaire.

La séparation n'a jamais lieu au sein du tissu cartilagineux. Dans le premier cas, c'est la couche chondroïde qui a cédé à son union avec la couche spongoïde ; dans le deuxième cas, c'est la couche spongoïde à son union avec le tissu spongieux.

Chacune de ces trois variétés a lieu plus ou moins facilement, selon les âges : d'un mois à un an, c'est la véritable divulsion épiphysaire ; de quatre à cinq ans, la fracture épiphysaire ; plus tard encore, la fracture préépiphysaire, qu'on observe. Le décollement du périoste est une circonstance très-importante au point de vue du pronostic.

Dans ses expériences sur le cadavre, M. Foucher a vu que la traction directe devait être très-forte, même dans le tout jeune âge, pour produire la divulsion ; chaque espèce d'articulation exige des mouvements différents pour y produire la divulsion ; pour le coude et le genou, c'est l'extension forcée ; pour la hanche et l'épaule, c'est l'abduction et la rotation en dehors de la cuisse et du bras.

Dr Duménil.

(*La suite à un prochain numéro.*)

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

A M. BOUISSON, PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Excursion chirurgicale en Angleterre : Diverses espèces de trocart. — Sutures métalliques. — Acupressure. — Résection du genou. — Chloroformisation. — Enseignement et exercice de la médecine.

(Cinquième et dernière lettre.)

Mon cher ami,

Vous vous rappelez qu'en vous décrivant précédemment l'ovariotomie, je vous ai parlé de plusieurs sortes de *trocarts* employés par les divers chirurgiens pour ponctionner le kyste et en évacuer le liquide. Parmi ces instruments, les uns ne se distinguent des autres que par la dimension, ou par la forme, ou par le prolongement et l'évasement de la gorge, etc. Mais il en est dont les différences sont caractérisées par des modifications plus importantes, que je crois devoir rappeler, d'autant mieux que leur application peut être transportée de l'évacuation des kystes ovariques à celle d'autres hydropisies, et que leur usage peut être généralisé.

Le trocart de M. Thomson, par exemple, ne paraît pas d'abord différer essentiellement de notre trocart ordinaire; vous allez voir pourtant quels perfectionnements le caractérisent et permettent d'étendre son application. Sa poignée est en bois comme celle de nos trocarts, mais elle est creuse, et, au lieu de tenir au poinçon, elle tient à la canule. Le poinçon peut, après la ponction, être retiré dans la canule jusqu'au niveau du manche, à l'aide d'une tige qui le supporte et qui se termine par un bouton appliqué sur le milieu de la poignée au moment où le poinçon, prêt à faire la ponction, dépasse l'extrémité de la canule. Lorsqu'on a retiré le poinçon dans la canule, le liquide s'écoule par un tube coudé à angle droit sur celle-ci, et auquel on peut adapter un tuyau de caoutchouc, soit simplement conducteur pour dériver le liquide dans un baquet, soit aspirateur à l'aide d'un petit réservoir de caoutchouc placé sur son trajet, de manière à faciliter l'extraction du liquide, tout en empêchant son reflux ou l'entrée de l'air dans la cavité à évacuer. Enfin, si quelque obstacle s'oppose à l'évacuation du liquide, on peut faire de nouvelles ponctions dans le kyste en poussant simplement le poinçon qui est resté dans le manche, ou en le retirant tout à fait après avoir dévissé un petit anneau métallique qui suffit à l'y retenir, et en sondant la cavité du kyste à l'aide d'un stylet introduit dans le canal central du manche qui fait suite à celui de la canule.

Le trocart de M. Spencer Wels, semblable à celui de M. Thomson par la canule de dérivation soudée à angle droit sur la canule principale et par la possibilité de retirer entièrement le poinçon pour sonder la cavité à évacuer, en diffère par le poinçon lui-même : au lieu d'être plein et terminé par la pointe pyramidale à trois faces planes et à trois bords aigus et coupants qui a valu son nom à l'instrument, le poinçon est creux; c'est une véritable canule contenue dans la première. L'extrémité inférieure aiguisée de cette canule-poinçon, est taillée en biseau, comme le serait un roseau dont on emporterait le bout par une section oblique. On peut lui faire dépasser l'extrémité inférieure de la véritable canule d'une quantité suffisante pour opérer la ponction, et, dès qu'on cesse de presser avec la paume de la main sur son extrémité supérieure, l'élasticité d'un ressort à boudin la fait rentrer dans la canule. Le liquide s'écoule alors par la double canule concentrique et par la canule de dérivation. Si l'on veut introduire un stylet dans la canule pour sonder la cavité du kyste, on peut en retirer aisément la canule-poinçon et en rendre le parcours aussi facile que celui de la canule d'un trocart ordinaire.

Je ne reviendrais pas sur les *sutures métalliques*, dont je vous ai parlé précédemment à propos de l'opération de la fistule vésico-vaginale, si je n'avais à vous faire part de quelques remarques au sujet des avantages qu'elles présentent et des aiguilles dont on se sert pour les introduire.

Leurs avantages, quoiqu'ils aient été exagérés par M. Marion Sims, qui proclama leur emploi comme le couronnement de la chirurgie du XIX^e^ siècle, ont été bien appréciés en Angleterre par M. Simpson, en France par M. Ollier.

Les expériences du chirurgien de Lyon sont assez concluantes pour ne pas laisser de doutes à cet égard. La supériorité des fils métalliques tient à leur finesse, à la constance de leur volume, au poli de leur surface, à leur impénétrabilité par les liquides putréfiables, à la permanence de forme de l'anse métallique, à la possibilité de les laisser aussi longtemps qu'on le veut séjourner dans les tissus. La supériorité du fer est due à sa ténacité et à la facilité qu'on a à se le procurer. Le reproche qu'on lui a fait de se laisser oxyder ne paraît pas sérieusement fondé (1).

En Angleterre, les sutures métalliques ne sont pas adoptées par tous les chirurgiens, mais je les ai vu employer par plusieurs avec de grands éloges. M. Simpson notamment, qui a tant contribué à en répandre l'usage, s'en sert d'une manière constante. Vous savez aussi que c'est le fer qu'il préfère aux autres métaux.

Pour les introduire, on peut se servir d'aiguilles ordinaires, dont le talon est évidé sur les deux faces, en arrière du chas, de manière à y loger les chefs du fil. Il est bon de se servir alors, pour faire pénétrer l'aiguille dans les tissus, d'un porte-aiguille ou d'une pince dans les mors de laquelle on saisit le talon de l'aiguille, surtout lorsqu'on pratique la suture à une certaine profondeur. Le meilleur porte-aiguille que j'aie vu employer est une forte pince comme la pince à pansements, mais à branches très-longues et à mors larges et très-courts.

Vous savez de quelle utilité est l'aiguille creuse de Startin pour cette introduction du fil dans les cas de fistule vésico-vaginale; mais, dans d'autres opérations, surtout dans les autoplasties de la face, l'aiguille de Startin est trop volumineuse, et il vaut mieux employer l'aiguille chirurgicale ordinaire dont je viens de parler. Pourtant le chef du fil le plus court peut être un embarras; la difficulté d'en effacer l'extrémité en la pliant sur l'aiguille, outre le temps qu'elle fait perdre, expose la piqûre à être déchirée par le passage.

Pour obvier à cet inconvénient, le docteur Murray a imaginé une aiguille fort simple et très-ingénieuse qu'il m'a montrée à Londres. Cette aiguille ne diffère pas des aiguilles chirurgicales ordinaires, si ce n'est par l'extrémité qui avoisine le talon : au lieu d'être percée d'un trou, cette extrémité est perforée dans son axe et dans une petite étendue, de manière à représenter un petit tube creux très-fin qui s'ouvre en gouttière sur une des faces de l'aiguille. Il est plus facile de passer le fil dans cette portion tubulaire que dans l'aiguille de Startin. Pour que le fil tienne dans ce petit tube et soit retenu au moment où l'on retire l'aiguille, il suffit de plier en deux l'extrémité du fil arrivée dans la gouttière; ainsi doublé dans une longueur presque imperceptible, ce chef est arrêté dans le petit tube ménagé au talon de l'aiguille, et l'on peut tirer celle-ci sans craindre de faire aucune déchirure à la piqûre du tégument.

En me montrant les avantages des sutures métalliques, M. Simpson m'a fait voir aussi l'ingénieux moyen d'hémostasie qu'il a imaginé, il y a environ quatre ans, sous le nom d'*acupressure*.

Cette nouvelle méthode hémostatique lui a été inspirée à la fois par les avantages des sutures métalliques et par le désir

(1) Ollier. *Des sutures métalliques, de leur supériorité sur les sutures ordinaires. Expériences et observations sur ce sujet. Avantages spéciaux des fils métalliques capillaires dans les autoplasties.* Paris, 1862.

d'atteindre le but, si constamment recherché en Angleterre, de la réunion immédiate. A ce titre, l'acupressure mérite de fixer l'attention des chirurgiens, à Montpellier surtout, où la réunion immédiate, justement estimée, a toujours été pratiquée, a subi des perfectionnements successifs et a répondu par des succès habituels à la confiance qu'on n'a cessé de lui témoigner.

Importée en France en 1860 par M. Bonafont, expérimentée avec succès par M. Foucher, l'acupressure n'est pas une simple curiosité chirurgicale, comme le disait récemment un membre de la Société de chirurgie. Elle me paraît constituer dès à présent une méthode sérieuse, et, sans détrôner la ligature, elle peut rendre des services signalés. Elle a fait déjà ses preuves : elle a été employée avec succès par plusieurs opérateurs, notamment à Édimbourg, où le docteur Handyside m'a communiqué deux observations d'amputation de la cuisse, au-dessous du trochanter et au quart supérieur, toutes deux suivies de guérison, et dans lesquelles l'hémostasie a été parfaitement obtenue par le seul secours de l'acupressure.

Cette méthode consiste à comprimer l'artère, soit contre l'os, soit, plus habituellement, contre les parties molles, à l'aide d'une forte et longue épingle qui traverse les tissus à droite et à gauche du vaisseau, et passe, dans sa portion moyenne, au-devant de l'artère, qu'elle aplatit au point d'y intercepter le cours du sang. Il suffit de vingt-quatre à soixante heures de cette compression linéaire pour déterminer l'oblitération du vaisseau. L'aiguille retirée, il ne reste plus dans la plaie aucun corps étranger qui puisse constituer un obstacle à la réunion immédiate.

L'acupressure peut se pratiquer par trois procédés différents. Dans le premier, l'épingle entre et sort par la peau, l'artère est comprimée entre l'épingle et la peau, dans le point intermédiaire aux deux piqûres. Dans le deuxième, elle pénètre dans le lambeau par sa surface saignante et en ressort tout près de l'artère, au-devant de laquelle elle passe, pour aller traverser de nouveau une certaine épaisseur des chairs de l'autre côté de l'artère; on peut augmenter alors la compression par un fil de fer qui contourne les deux extrémités de l'épingle pour se croiser en 8 de chiffre au-devant de l'artère. Dans le troisième, qui paraît être un perfectionnement des deux autres, l'épingle traverse les chairs du côté de la surface saignante, à droite et à gauche de l'artère, en passant derrière elle, tandis qu'un fil de fer attaché à sa tête passe au-devant du vaisseau, contourne l'autre extrémité de l'épingle et revient vers la première. Lorsqu'on suppose que l'artère est oblitérée, on retire l'épingle à l'aide d'un fil de fer attaché préalablement à sa tête, s'il est nécessaire; le dégagement de l'anse métallique suit de près cette traction, et, en continuant à tirer sur l'épingle et sur l'anse du fil de fer, on les extrait facilement de la plaie l'un et l'autre.

Je viens à un autre ordre d'opérations que je vous signalerai seulement en passant : je veux parler des *résections osseuses*. Pour si peu que j'en puisse dire, je ne veux pas omettre ce trait différentiel entre la chirurgie anglaise et la nôtre. Je pense que nous n'avons pas encore apprécié en France l'avantage qu'on peut en retirer lorsqu'on les applique aux lésions des membres inférieurs.

Ainsi j'ai vu à Édimbourg une jeune fille d'une vingtaine d'années qui avait subi, depuis environ un mois, une résection du genou avec un succès complet. On voyait parfaitement la ligne de réunion de l'incision demi-circulaire passant au-dessous de la rotule, et formant la limite du grand lambeau antérieur dans lequel cet os avait été conservé avec le ligament rotulien. Ce lambeau, relevé sur la cuisse, permet de reséquer l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia. On réunit la plaie par première intention, et l'on maintient pendant plusieurs mois le membre en extension dans une gouttière placée au-dessous de lui.

L'opération est, d'après l'assurance des chirurgiens, beaucoup moins grave que l'amputation de la cuisse et permet de sauver un plus grand nombre d'opérés. Cette première raison vaut bien la peine d'attirer l'attention.

Mais il est une autre considération aussi importante, c'est la conservation du membre. Un membre ankylosé n'est-il pas préférable à un pilon? La réponse n'est pas douteuse, du moment qu'on assure que le raccourcissement n'est pas considérable. Il paraît même que le malade peut conserver son membre et s'en servir plus commodément lorsqu'on empêche l'ankylose d'être complète. Quand le cal fibreux est consolidé par une immobilité d'une durée suffisante, la marche devient possible avant que l'ossification soit complète, et maintient dans le membre une aptitude à de légers mouvements de flexion et d'extension, qui, tout incomplets et tout obscurs qu'ils soient, en facilitent singulièrement l'usage.

Je regrette de n'avoir pu vérifier sur des malades opérés depuis assez de temps la conservation de la longueur suffisante du membre et l'aisance que son nouvel état laisse à la déambulation; mais des assurances formelles m'ont été données à cet égard par des confrères tout à fait dignes de foi. Seulement, les mêmes chirurgiens m'ont signalé le jeune âge comme une contre-indication à l'opération. Lorsque la résection du genou est pratiquée sur des enfants, le membre qui l'a subie n'acquiert jamais, par suite d'une sorte d'arrêt dans le développement, une longueur relative suffisante pour permettre au malade de s'en servir aisément. La résection du genou est donc regardée comme exclusivement réservée à l'adulte ou du moins à ceux dont la croissance paraît achevée. Pour ceux-ci, un soulier à talon élevé est un moyen prothétique suffisant pour restituer au membre sa fonction principale.

Je terminerai ces quelques observations sur la chirurgie générale par une remarque sur la *chloroformisation*. La part que vous-même avez prise à l'extension et à la régularisation de la méthode anesthésique doit augmenter l'intérêt que vous pouvez avoir à apprendre avec quelle largesse on fait usage du chloroforme en Angleterre.

Je vous ai dit qu'on ne craint pas de chloroformiser les malades avant de les apporter auprès du chirurgien, et qu'on prolonge l'anesthésie complète, sans appréhension apparente, pendant toute la durée des plus longues opérations. Il semble qu'on soit plus familiarisé qu'en France avec le maniement de ce précieux et terrible agent, ou que le caractère anglais produise, chez le malade aussi bien que chez le chirurgien, une décision plus formelle de courir les hasards de ce nouveau danger, dans l'espoir de bénéficier d'un avantage inestimable.

Pour prendre un exemple frappant de cette différence, je vous citerai l'emploi de la méthode anesthésique pendant l'accouchement. En France, nous nous faisons une loi de n'employer le chloroforme, dans ce cas, que très-exceptionnellement, lorsque les douleurs prennent un caractère tout à fait anormal, ou lorsqu'une opération obstétricale sérieuse doit être pratiquée. En Angleterre, au contraire, il n'est pas rare de voir employer le chloroforme dans l'accouchement naturel.

Personne n'a été aussi loin que M. Simpson. Il est vrai qu'il a introduit le chloroforme dans la pratique, avec beaucoup d'autres inventions dont l'humanité lui sera reconnaissante. Je n'en ai pas moins été étonné d'apprendre de lui qu'il chloroformise toutes ses accouchées, et cela à leur grande satisfaction, comme j'ai pu en recueillir des témoignages. Il prolonge l'anesthésie pendant plusieurs heures, s'il le faut, tout le temps du travail douloureux, donnant de temps en temps un peu de vin pour soutenir les forces, et maintenant l'insensibilité par quelques aspirations de chloroforme, reprises par intervalles, lorsque le réveil de la douleur est sur le point de paraître. Cette habitude est tellement passée dans les mœurs, que la chloroformisation commencée, l'accoucheur peut se retirer pendant la marche du travail, laissant le soin d'entretenir

l'anesthésie à une garde-couche bien dressée (*Monthly Nurse*), et quelquefois même au mari de la patiente.

Vous vous étonnerez peu, d'après cela, de la grande consommation de chloroforme qui doit se faire dans la Grande-Bretagne. Dans une fabrique de produits pharmaceutiques à Édimbourgh, j'ai vu fonctionner un appareil qui n'en produit pas moins de deux millions de doses par an.

Il est une dernière question, mon cher ami, sur laquelle j'aurais désiré m'éclairer un peu plus pendant mon trop court séjour en Angleterre, et sur laquelle je voudrais aussi vous communiquer des renseignements plus étendus : je veux parler de l'*enseignement* et de la *pratique de la médecine*. Les coutumes qui les dirigent dans la Grande-Bretagne diffèrent tellement des lois qui les régissent en France, qu'il y aurait pour nous un vif intérêt, au moins de curiosité, à les connaître. Je suis étonné que le sujet n'ait encore tenté personne, et n'ait été traité à fond par aucun de nos écrivains.

Mais, s'il m'est resté peu de temps en dehors de mes études spéciales pour jeter un simple coup d'œil sur la chirurgie générale, vous sentez bien, à plus forte raison, que j'ai été presque dans l'impossibilité d'acquérir des connaissances suffisantes sur une organisation du corps médical qui n'a aucune analogie avec la nôtre. Je vous avouerai même que je serais aujourd'hui sur ce point presque aussi ignorant qu'auparavant, si je n'eusse rencontré un obligeant *cicerone* dans la personne d'un de nos compatriotes, le docteur de Méric, établi à Londres, chirurgien de l'hôpital allemand et sociétaire (*Fellow*) du collége des chirurgiens, qui a eu l'amabilité de me guider à travers ce dédale d'institutions. Je ne puis songer à vous communiquer mes connaissances, tout incomplètes qu'elles sont, sans le remercier ici lui-même de l'empressement avec lequel il a bien voulu détourner quelques instants son attention de ses nombreux travaux, pour m'initier aux coutumes surannées sur lesquelles l'enseignement et l'exercice de la médecine demeurent établis.

Vous rappelez-vous les différences entre le génie des deux nations, dont je vous parlais dans ma première lettre? Ici encore il faut savoir en faire la part, si l'on veut se placer à un point de vue qui permette de comprendre l'organisation médicale de l'Angleterre. Mais il importe, en outre, d'y reconnaître l'influence de deux principes dont l'application se retrouve partout, et dont l'esprit, comme une séve vivace, semble porter l'animation et la force dans toutes les institutions britanniques. Ces principes ou ces lois, sur lesquels la société anglaise repose, comme sur sa base naturelle, ne sont sans doute que l'expression abstraite de deux facultés, éminemment distinctives de ce grand peuple, et dont les manifestations concrètes donnent un cachet caractéristique à sa vie privée, à sa vie publique, à sa marche dans la grande voie de la civilisation.

Le premier de ces principes, c'est la reconnaissance large et complète du pouvoir, de la volonté humaine, dont le plein exercice est toujours admis, dans les limites de la légalité ; c'est, par suite, l'initiative, dérivant de la liberté ; c'est enfin la spontanéité d'action de l'individu, l'indépendance d'organisation des institutions.

Le second de ces principes, c'est la continuité d'action de cette volonté, la persévérance, l'esprit de suite ; d'où la force de l'habitude, la persistance de la coutume, la stabilité des institutions.

Du jeu combiné de ces deux principes dérivent à la fois, la durée si favorable au perfectionnement des institutions et le perfectionnement lui-même si favorable à leur durée. Ainsi, on voit chaque portion de la société anglaise, malgré les entraves de ses coutumes du moyen âge, se mouvoir librement, comme chaque individu, d'après ses propres intérêts ; et, malgré la stabilité de ses institutions, suivre sans cesse la voie des progrès, grâce à la justesse d'interprétation de chacun et à un heureux mélange entre la sagesse et l'initiative individuelles.

De là résulte, pour l'organisation médicale : 1° une liberté extrême dans l'enseignement et dans la pratique ; l'enseignement non obligatoire donne partout par des institutions privées ; la pratique exercée partout avec liberté par l'individu, ou du moins par la corporation à laquelle il appartient ; 2° une organisation toute fondée sur la tradition coutumière, presque sans lien, qui la rattache légalement au gouvernement du pays, et avec des allures qui nous paraissent tellement surannées, que notre esprit de centralisation administrative et de sujétion universitaire se plie difficilement à l'intelligence des rouages qui lui permettent de se mouvoir avec une satisfaction suffisante pour les membres du corps médical, dans les rapports des uns avec les autres, et dans leurs relations avec le corps social tout entier.

« Les universités, dit M. de Montalembert, sont la vraie merveille de l'Angleterre ; c'est là que se forme presque exclusivement la classe dirigeante du pays. »

« L'intervention du gouvernement est nulle, dit M. de Franqueville (1), en ce qui concerne les établissements d'instruction secondaire ou d'instruction supérieure.

» Dans les universités, les chanceliers, aussi bien que les professeurs, sont élus par leurs pairs, sans aucune intervention du pouvoir ; ils ne reçoivent aucun traitement sur les fonds de l'État ; ils dressent, comme ils l'entendent, le programme des études, sans avoir de compte à rendre au gouvernement.

» Chaque université se compose d'une série de colléges, dont chacun est absolument indépendant de tous les autres, et peut librement faire ses règlements ou administrer ses propriétés.

» Tel est le système d'éducation qui prépare la jeunesse anglaise à la pratique de cette liberté disciplinée dont elle est destinée à présenter l'image ! »

Mais, jetons un coup d'œil sur l'exercice de la médecine, avant de parler de son enseignement, dont l'organisation est moins ancienne.

A proprement parler, la *pratique* de la médecine est libre, et tout le monde a le droit d'exercer. Le premier venu peut voir des malades, leur donner des conseils et leur vendre des médicaments. Seulement, il ne peut pas prendre le *titre* de médecin ou de chirurgien. C'est un délit prévu par une loi récente (l'acte de registration médicale) et puni d'une amende insignifiante. Avant cet acte, chacun pouvait prendre impunément le titre de médecin. Il va sans dire que les positions officielles n'ont été accordées, de tout temps, qu'aux personnes dûment diplômées, que les tribunaux ont toujours exigé des grades chez ceux qui avaient recours en justice, etc., etc. Mais l'exercice pur et simple est en ce moment, comme jadis, libre comme l'air.

La nouvelle loi, qui date de 1858 ou 1859, est un progrès : elle est le premier effort de législation d'ensemble qu'on ait fait en Angleterre en matière de médecine. Elle institue un *conseil supérieur* et un *registre général* qui fait foi officiellement et empêche l'usurpation des titres, voilà tout. Le conseil supérieur est composé de membres pris dans toutes les universités et toutes les corporations. Le but principal de la nouvelle loi, c'est la fondation de ce conseil qui *donne des avis* sur l'éducation des élèves, et l'établissement du registre général des médecins des trois royaumes. Nul n'est inscrit sans justifier d'un diplôme octroyé par un corps quelconque reconnu par le conseil. Nul n'est *officiellement* médecin s'il n'est porté sur ce grand livre. Nul ne peut, en l'absence de cette inscription, prendre le *titre* de médecin ou de chirurgien. Mais l'*exercice* n'est point réprimé, pourvu qu'on n'usurpe point de titre. Il est évident que jusqu'ici la mesure est presque illusoire.

Mais pour ceux qui veulent exercer officiellement la médecine, quel est le moyen d'avoir un titre ? C'est de se faire recevoir dans une des trois corporations des médecins (*physicians*),

(1) *Les institutions politiques, judiciaires et administratives de l'Angleterre*, p. 343. Paris, 1863.

des chirurgiens (*surgeons*) ou des pharmaciens (*apothecaries*). Ces corporations, déjà très-anciennes, n'ont reçu, dans leurs règlements, que des améliorations légères, nécessitées par le progrès et la marche du temps ; mais elles sont restées, depuis leur institution, établies pour ainsi dire sur les mêmes bases.

Les différences entre ce mode d'acquisition d'un titre légal et nos propres institutions médicales, paraissent marquer d'abord d'un cachet d'infériorité relative le recrutement des praticiens anglais. Mais, par contre, ne vous semble-t-il pas, mon cher ami, que la conservation de cette ancienne coutume a pu maintenir, entre les divers membres du corps médical britannique, ces liens de confraternité et de mutuelle assistance, sinon de solidarité, que nous avons longtemps regrettés en France, et que nous avons cherché à renouer récemment par l'institution de cette association générale qui a M. Rayer à sa tête et à laquelle sont agrégées les associations locales, telles que celle de Montpellier dont vous êtes vous-même le digne président ?

De ces trois corporations, la plus ancienne, celle du moins dont la constitution actuelle remonte le plus loin dans l'histoire, est celle des *physicians* (médecins). C'est celle qui se distinguait le plus des autres par ses connaissances, celle même dont les membres, dans le principe, étaient seuls lettrés. Elle reçut une charte royale en 1518, sous le règne de Henri VIII, dans laquelle il est dit : « Tous les médecins de la cité de Londres ou du dehors formeront en nom et en fait un seul corps et une perpétuelle communauté ou collége. » C'est cette corporation, *Royal College of Physicians* qui, après avoir occupé successivement diverses demeures, est établie depuis 1825 au coin N. O. du *Trafalgar square*. Les candidats au diplôme, après avoir acquis dans une école quelconque l'instruction nécessaire, subissent des épreuves devant les sociétaires, et deviennent, après y avoir satisfait, membres de la corporation.

La corporation des chirurgiens (*Royal College of Surgeons*) a été fondée sur les débris d'une ancienne compagnie de chirurgiens-barbiers qui reçut une charte sous le règne d'Édouard IV, à une époque où l'art de guérir, quand il n'était pas entre les mains du clergé, était exercé par des barbiers. Sous le règne de George II, un acte fut passé qui dissolvait l'association entre les barbiers et les chirurgiens, et élevait ces derniers en compagnie distincte, exclusivement composée de praticiens d'un art scientifique. Dans la quarantième année du règne de George III cette compagnie fut confirmée dans ses priviléges par une charte royale qui lui donnait un nouveau titre et une meilleure constitution. Des examinateurs choisis par rang d'ancienneté, parmi les membres du conseil, admettent en qualité de membres ceux qu'ils jugent capables, et leur délivrent un diplôme qui leur confère le droit de pratiquer la chirurgie dans toute l'étendue des possessions britanniques. En 1800, l'État fit présent au collége des chirurgiens, établi à *Lincoln's inn Fields*, du musée d'anatomie comparée qu'il avait reçu du célèbre John Hunter, à la condition que la société donnerait vingt-quatre leçons par an et que le musée serait ouvert au public.

La corporation des pharmaciens (*Apothecaries Company*) est, non-seulement une institution locale faisant partie, comme autrefois, des corporations de la cité, mais un vrai collége de médecine, dont les sociétaires confèrent un titre qui permet aux membres reçus de pratiquer la médecine, en même temps que de vendre des médicaments. Ce sont, à proprement parler, d'anciens apothicaires qui se sont élevés peu à peu au degré de médecins. Ils ont abandonné l'officine, pour prescrire eux-mêmes leurs remèdes, sinon pour les envoyer ou les apporter aux malades en même temps que leurs conseils. Du reste, ils se sont élevés aussi en instruction ; souvent ils se font recevoir à la fois par la corporation des chirurgiens et par celle des pharmaciens, ils exercent en même temps la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, ils constituent enfin cette classe de médecins très-répandus en Angleterre sous le nom de *general* ou *medical Practitioner*, praticien général, ou praticien médical, ou simplement praticien. Ces praticiens font des notes, c'est-à-dire qu'ils envoient à leurs malades, pour se faire payer, le compte de leurs visites et de leurs médicaments, tandis que les médecins et les chirurgiens reçoivent leurs honoraires à chacune de leurs consultations.

Vous me demanderez, maintenant, ce que devient la pharmacie, puisque le pharmacien, ayant primitivement boutique sur rue, a abandonné petit à petit son officine pour se faire médecin. La pharmacie est naturellement venue aux mains des droguistes qui, tout en continuant à être droguistes, parfumeurs, etc., sont devenus pharmaciens, voire même chimistes, vendant des remèdes aux malades sur les ordonnances des médecins, des chirurgiens, et même des praticiens. Ces nouveaux pharmaciens tendent à s'élever à leur tour, à se séparer des droguistes illettrés ; ils ont même une corporation pharmaceutique qui cherche à réglementer l'exercice entièrement libre de la pharmacie. Mais ne nous éloignons pas de la médecine (1).

Nous voyons bien jusqu'ici comment on exerce la médecine, comment on rehausse et l'on accrédite cet exercice par un titre officiel ; mais où puise-t-on les connaissances qui permettent de subir les épreuves avec un succès dont ce titre est le prix ? Ne croyez pas, du reste, que les examens subis devant les corporations auxquelles on désire s'affilier ou dont on aspire à devenir membre, soient moins sérieux que les examens subis par nos élèves devant nos Facultés. Ces corporations, pour n'être pas des corps enseignants, n'en sont pas moins jalouses de leur honneur scientifique, et n'admettent au nombre de leurs membres que des hommes dignes d'en faire partie. Où donc la jeunesse trouve-t-elle une instruction suffisante pour satisfaire aux épreuves ?

Les *études* ont consisté longtemps, surtout pour les apothicaires et les chirurgiens, dans le simple apprentissage. Plus tard, de nombreuses écoles leur furent ouvertes. Quant aux médecins, ils avaient de tout temps étudié à Londres, à Oxford, à Cambridge, la médecine étant enseignée dans ces universités avec les lettres, les sciences, le droit, etc. ; ils y prenaient les grades de chevalier et de docteur, avant de recevoir le titre de *physician*, par leur incorporation au collége des médecins, titre qui leur permettait de défendre leurs droits et de partager le privilége des membres de la corporation.

Mais, peu à peu, des centres d'enseignement se formèrent, surtout dans l'intérêt des praticiens généraux. Ces écoles privées, c'est-à-dire libres, furent instituées par un certain nombre de médecins ou de chirurgiens qui se réunirent dans le but de professer, et se partagèrent entre eux les diverses branches de l'enseignement, ainsi que le produit de leurs leçons. Le nombre de ces écoles s'est multiplié, leur organisation s'est perfectionnée. Habituellement placées près d'un hôpital et le plus souvent dans l'hôpital même, elles sont essentiellement pratiques. Les professeurs ne sont autres que les chefs de ser-

(1) Le corps médical tout entier se trouve affilié aux corporations dont je viens de parler, parce que, hors de là, il n'y a pas d'autre titre légal pour la pratique que le grade relativement assez rare de docteur donné par les universités. Tout praticien anglais, reconnu officiellement comme tel, est donc *membre* de l'une ou de l'autre, mais il n'a pour cela aucune part à la direction, ni aucune influence sur l'administration intérieure de la corporation. Pour jouir de ce privilége et faire partie de ce qu'on peut appeler le gouvernement de la corporation, il faut en acquérir les titres ou les grades supérieurs, il faut en être *fellow*, sociétaire, ou littéralement *compagnon*. Les *fellows* se recrutent parmi les membres, mais il faut passer par de nouvelles épreuves pour devenir, de simple membre, compagnon.

Je fais cette remarque, parce qu'on se tromperait en croyant traduire le mot *fellow* par celui d'*associé* ou par quelqu'un des autres noms distinctifs usités dans nos sociétés savantes. Aucune identité, aucune analogie même n'existant entre les choses, il ne peut en exister aucune entre les mots. Sous ce rapport, ces vieilles corporations ne ressemblent en rien à nos académies. Ce ne sont pas des corps scientifiques, mais des corps professionnels. A prendre à la lettre l'expression de *fellow*, je les comparerais volontiers au *compagnonnage*, dans lequel il y a des degrés et des distinctions entre celui qui est simple membre, seulement affilié à la corporation, et celui qui devient un de ses dignitaires.

vice de chacun des hôpitaux où sont instituées les écoles. Aujourd'hui, il n'y a presque pas un hôpital de Londres où ne se trouve en même temps une école.

Vous savez, mon cher ami, que, de même que toutes ces écoles sont des institutions libres, les hôpitaux sont aussi des institutions privées, gérées par des administrateurs, indépendamment de toute intervention directe de l'État. Là, plus qu'ailleurs, plus qu'en France, l'administration d'un hôpital est toute-puissante, et j'avoue que je ne pouvais me défendre d'une comparaison affligeante entre la facilité que l'enseignement médical trouve dans ces asiles et les difficultés par lesquelles on l'entrave chez nous. Je ne pouvais oublier les défenses formelles dont j'ai eu moi-même à gémir, lorsque j'ai voulu convier mes élèves à cette instruction clinique, la vraie pierre de touche de l'instruction médicale.

Je m'informai donc si les administrateurs des hôpitaux de Londres autorisaient aisément dans leurs maisons ces institutions d'écoles libres où toutes les branches de la médecine sont également enseignées, depuis la chimie, la botanique et l'anatomie, jusqu'à la pathologie, la chirurgie et la clinique. On s'étonna de ma demande, comme bien vous pensez, et je ne sais si dans ce moment on m'accorda toute ma raison. Je compris d'ailleurs à demi-mot que deux motifs principaux ont toujours encouragé les administrateurs, je ne dis pas à tolérer, mais à solliciter l'établissement d'une école dans leur hôpital. Le premier, un libéralisme généreux, ouvrant ses portes à la science comme à l'infortune, et voulant que les pauvres malades qui doivent leur soulagement à la médecine et à la charité, donnent eux-mêmes ce qu'ils peuvent, je veux dire les moyens d'instruction qui permettront à de nouveaux médecins de soulager un jour de nouveaux malades. Le second, un intérêt bien entendu; car le concours des élèves stimule le zèle des maîtres, l'éclat dont l'enseignement environne les noms des médecins et des chirurgiens rend leurs postes plus recherchés, donne la certitude qu'ils seront mieux remplis, et contribue à la fois à l'utilité et à la renommée d'une institution. Voilà comment les rapports entre le corps enseignant et les malades sont compris dans les hôpitaux de Londres, et l'on a même vu des administrateurs solliciter une école établie dans le voisinage, de transporter son enseignement au sein de leur hôpital.

Je ne puis essayer d'énumérer toutes ces écoles. Il y en a non-seulement dans tous les grands hôpitaux, à Saint-Barthélemy, à Saint-Thomas, à Guy, à Saint-George, à Middlesex, à Westminster, à King, etc.; mais dans presque tous les autres, à Saint-Mary, à Samaritan, etc., etc., et même il n'est pas d'hôpital particulier, tel que celui des cancéreux, de l'orthopédie, des fistuleux, de *London Surgical Home*, etc., où des leçons ne soient faites par les chefs de service sur les maladies spéciales qui y sont traitées. Ces écoles ont d'ailleurs une organisation complète; non-seulement on y donne aux élèves une instruction théorique et pratique, mais on stimule leur zèle par des concours, par des prix, par des nominations d'internes et d'externes. Les journaux de médecine anglais, notamment dans cette saison, sont remplis d'annonces indiquant la distribution des cours d'hiver et d'été entre les divers professeurs qui en sont chargés (1).

Un fait que je tiens à ne pas omettre, c'est que les études commencent dans toutes ces écoles le 1er octobre. Cette juste appréciation de l'opportunité des études et ce sens pratique de l'emploi du temps, offrent un contraste frappant avec la distribution irréfléchie des études dans nos écoles. Tous ceux qui ont pratiqué l'anatomie savent combien le mois d'octobre est favorable aux dissections qu'on est obligé d'interrompre pendant l'été. Par nos habitudes réglementaires de terminer l'année scolaire le 1er septembre et de la commencer le 15 novembre, il est certain que du 1er octobre au 15 novembre, un mois et demi est perdu pour les dissections; d'autre part, les mois de juillet et août, à Montpellier surtout, où toute espèce de travail sérieux devient impossible par l'excès de la chaleur, sont entièrement nuls pour les études. Près de quatre mois, dont un mois et demi très-favorable au travail, c'est-à-dire environ le tiers de l'année se trouve ainsi perdu par nos élèves. Avouons que si les Anglais sont esclaves de la coutume et, si l'on peut dire, de la liberté, nous risquons de notre côté de devenir victimes de la centralisation et de la routine.

Mais je remarque, mon cher ami, que par un déraillement naturel de la pensée, je vous parle de nos institutions médicales sur lesquelles je n'ai rien à vous apprendre. Je reviens à celles de l'Angleterre.

En dehors des écoles libres des hôpitaux, il n'y a pas d'autre enseignement médical que celui des universités des trois royaumes qui ont chacune une faculté de médecine. Les élèves font souvent leurs études d'une manière morcelée, moitié dans une université, moitié dans une école libre. Tout dépend de la manière dont ils veulent ultérieurement pratiquer. Les médecins des pauvres, les médecins militaires, etc., ont certaines lignes tracées par leurs règlements respectifs. Une grande innovation, dans ces derniers temps, c'est la fondation d'une école de médecine militaire à Nettey et Chatham; elle n'existe que depuis cinq à six ans: elle est calquée sur les institutions de France. Rien encore de spécial pour la marine.

Les diplômes de docteur ne s'obtiennent naturellement que dans les universités d'Angleterre, d'Irlande et d'Écosse. Je vous ai signalé l'intérêt que les docteurs avaient à se faire incorporer aux *physicians*. Avant l'acte de registration médicale, ils exerçaient parfaitement sans être inquiétés. Cependant cet exercice avait plus de solidité et de considération quand le docteur était incorporé. On n'obtenait même de position nosocomiale qu'à la condition de cette incorporation, et par suite de l'appui du collége ou de la corporation des *physicians* qui occupent les places de médecins des hôpitaux et qui visent à la consultation. Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait pas de docteurs qui fassent de la pratique générale, qui soient des médecins de famille. Mais je vous ai déjà montré l'origine ordinaire des praticiens généraux, habituellement bien différents des docteurs *physicians*.

Comme la médecine, la chirurgie proprement dite est aussi une spécialité, distincte de la pratique générale. Ceux qui briguent les places de chirurgiens des hôpitaux prennent les grades supérieurs (*fellows*) de la corporation des chirurgiens. Les chirurgiens des hôpitaux ont tous ce grade supérieur; mais ils se dispensent presque tous du grade de docteur, qui n'est pas exigible. En France, on désigne souvent les chirurgiens des hôpitaux de Londres, par le titre de « *M. le docteur un tel* », ce qui est en général une erreur. En Angleterre, il est d'usage, en parlant d'un *physician* ou d'un praticien général qui possède le diplôme de docteur, de placer le titre en tête du nom et de dire, même dans le langage usuel « *Docteur un tel* », tandis qu'en parlant de ceux qui n'ont pas de diplôme et surtout des chirurgiens des hôpitaux qui forment une classe à part et qui, par principe, ne le demandent pas, on les désigne par « *Mister ou Monsieur un tel.* »

Quant aux nominations aux chaires vacantes dans les divers centres d'enseignement médical: le concours nulle part. Dans les universités, le mérite presque toujours; dans les écoles libres, arrangements particuliers, de façon que les médecins et chirurgiens de l'hôpital soient en même temps professeurs.

Somme toute, universités, écoles spéciales, toujours libres; corporations des médecins, des chirurgiens, des pharmaco-médecins; liberté pour chacun de prescrire et de fournir des médicaments, mais non de prendre le titre de médecin ou de pharmacien; tel est le chaos, du moins à notre point de vue, dont le débrouillement semble commencer à se faire en Angleterre. Mais, par-dessus tout, liberté de l'enseignement, liberté

(1) Les mêmes journaux signalent aussi chaque semaine les jours et heures où des opérations seront pratiquées dans chacun des hôpitaux dotés d'un service chirurgical. Quelquefois même ils vont jusqu'à désigner à l'avance, d'après l'indication du chirurgien, les opérations qui seront exécutées. Cette coutume est précieuse pour l'emploi du temps.

de la pratique, action suprême des corporations, tel est le principe, tel est l'esprit qui président au mouvement médical de ce pays.

Il ne me reste plus maintenant, mon cher ami, qu'à former un vœu : c'est que le souvenir de mes impressions, jeté à la hâte sur ces quelques feuilles, vous ait fait partager l'intérêt que m'a inspiré à moi-même la vue des choses et des hommes sur lesquels j'ai cherché à attirer vos regards. S'il en est autrement, ce sera sans doute ma faute. Il est vrai que je ne puis vous faire partager aussi les sentiments de sympathie qu'ont éveillé en moi les égards, l'affabilité, la franche hospitalité de nos confrères d'outre-Manche envers un étranger; mais j'éprouve un sincère plaisir à les en remercier ici par un témoignage public.

Agréez, etc. A. Courty.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 SEPTEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Pathologie. — *Des conditions météorologiques de la fièvre puerpérale*, par M. *A. Espagne*. — M. Espagne rapporte six observations de fièvre puerpérale, recueillies à Montpellier, comparées à l'état météorologique de l'atmosphère.

Il regarde l'influence de la pluie et des vents humides comme très-active dans la production de cette maladie. Les cas les plus graves ont été observés pendant les mois où l'atmosphère a été le plus humide. Outre la fièvre puerpérale proprement dite, toutes les maladies caractérisées par un défaut de réaction (diphthérite, érysipèle des nouveau-nés, phlegmon diffus, infection purulente, etc.) sont aussi plus fréquentes pendant le règne de la même constitution atmosphérique. (*Comm.:* MM. Serres, Andral, Rayer.)

Physiologie. — *De l'influence des mouvements respiratoires sur ceux de l'iris*, par M. *R. Vigouroux*. — « ..... J'ai constaté, dit l'auteur, que tout mouvement bien prononcé, soit d'inspiration, soit d'expiration, coïncide avec une dilatation de la pupille. Mais les mouvements respiratoires paraissent ne pas être les seuls capables de déterminer cette dilatation. Toute autre contraction musculaire énergique semble produire le même résultat. Je dis qu'il semble en être ainsi, à cause de la difficulté qu'on éprouve à produire de semblables contractions sans altérer le rhythme respiratoire; dans les cas cependant où cette condition a été obtenue, la dilatation s'est produite, et même plus marquée que lorsqu'elle est due simplement aux mouvements respiratoires.

» Ainsi cette action indirecte sur la pupille, que l'on croyait spéciale à la troisième paire crânienne, est exercée par toutes les fibres motrices volontaires qui se trouvent dans la moelle cervicale.

» Dans un mémoire Sur les nerfs vasculaires et calorifiques (*Journal de la physiologie*, juillet 1862), M. Claude Bernard dit qu'il a vu la pupille se dilater sous l'influence des excitations douloureuses, et il considère cette dilatation comme un des effets réflexes de la douleur. Si l'on remarque que celle-ci agit toujours sur les mouvements respiratoires, qu'elle trouble au plus haut point, et sur les mouvements généraux, on verra que c'est très-probablement par cet intermédiaire que la pupille se trouvait influencée... Il est, du reste, certain que cette influence des nerfs centripètes sur les nerfs pupillaires existe, ainsi que le démontrent les expériences de M. Chauveau sur la région cilio-spinale et la dilatation de la pupille dans certains états pathologiques (présence d'entozoaires dans le tube digestif, etc.). (*Comm.:* MM. Cl. Bernard, Longet.)

Thérapeutique. — *De la substitution parenchymateuse, méthode thérapeutique consistant dans l'injection de substances irritantes dans l'intimité des tissus malades*, par M. *Luton* (de Reims). — « La *substitution profonde* ou *parenchymateuse* consiste dans la production artificielle d'un travail morbide que l'on détermine au sein des tissus malades par le dépôt qu'on y fait d'une substance de la matière médicale convenablement choisie. — Il n'est aucune variété du travail pathologique, dérivant de l'irritation, qu'on ne puisse imiter par l'introduction au sein du parenchyme d'une substance médicamenteuse bien appropriée. — Les substances médicamenteuses, qu'on peut porter dans les parenchymes malades, sont tout aussi multipliées que celles qu'on emploie pour l'extérieur, et doivent être choisies dans la même catégorie pour des effets analogues à obtenir (solutions de sel marin, de sulfate de cuivre, de nitrate d'argent, alcool, teinture d'iode, de cantharides, etc.). — Je me suis servi, pour appliquer cette méthode, de trocarts explorateurs auxquels j'adapte une petite seringue de verre contenant la solution choisie et à la dose voulue, ou bien encore de l'instrument de Pravaz. — La substitution profonde a été utilement employée dans : 1° les *névralgies* et les *douleurs localisées* : j'ai agi, soit en provoquant la simple substitution de douleur, soit en allant jusqu'à l'inflammation phlegmoneuse; 2° les *adénopathies indolentes*, les *engorgements strumeux des glandes*, dont on ne peut espérer la résolution spontanée et prochaine : j'ai simplement irrité, ou j'ai fait suppurer ces engorgements; 3° les *tumeurs blanches*, les *ostéites localisées*, les *périostites*, les *caries*, le *mal de Pott*, etc. : jusqu'à présent, je n'ai opéré que sur un cas d'ostéite de l'extrémité inférieure des os de la jambe et sur une ostéite du tarse, les résultats ont été très-favorables; j'ai employé la teinture d'iode et le nitrate d'argent; 4° les *tumeurs de diverse nature, aiguës ou chroniques*: on peut agir par voie de substitution, soit sur les tumeurs aiguës, telles que le furoncle, l'anthrax, le phlegmon, les parotides, etc., à leur début, soit sur les tumeurs chroniques, comme l'adénoïde du sein, les corps fibreux et les diverses dégénérescences qui ne sont pas accessibles au bistouri ou à l'emploi des caustiques; 5° le *goître* : j'ai pratiqué trois fois des injections de teinture d'iode au sein de goîtres parenchymateux; une des malades est entièrement guérie, les deux autres sont en voie d'observation. Ce mode de traitement est tout à fait inoffensif.

Médecine. — *Action du quinquina sur la fièvre typhoïde; fièvre pernicieuse dothiénentérique*, par M. *G. Pécholier*. — L'auteur expose le résultat de ses recherches cliniques à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, et partage ses observations en trois catégories :

1° Quand la fièvre typhoïde existait simple et sans complication, le quinquina n'a pu parvenir à enrayer son cours.

2° Quand la fièvre typhoïde était nettement caractérisée, mais se compliquait de fièvre rémittente à quinquina, manifestée surtout par l'heure, l'intensité et la forme des redoublements, sous l'influence du quinquina les exacerbations ont rapidement disparu, et l'affection typhoïde elle-même, quoique survivant à la fièvre rémittente, s'est amendée et s'est d'ordinaire heureusement et promptement terminée.

3° Dans une troisième catégorie de faits, comprenant les cas de fièvre typhoïde avec exacerbations ou redoublements quotidiens, le quinquina coupait court subitement à la fièvre. M. Pécholier voit dans ce dernier état une forme particulière qu'il nomme *fièvre pernicieuse dothiénentérique*.

La préparation à laquelle il accorde la préférence, c'est l'association du sulfate de quinine avec l'extrait alcoolique de quinquina.

Anthropologie. — *Recherches sur les rapports qui existent entre le poids des divers os du squelette chez l'homme*, par M. *S. de Luca*. — Les os de la moitié droite du corps humain sont plus lourds que les os correspondants du côté gauche.

Le poids des os situés au-dessus de l'ombilic égale le poids des os situés au-dessous.

Le poids moyen des os de la main est la cinquième partie du poids total des os du bras entier, de même que la longueur de la main est le cinquième de la longueur du bras.

Les os de la main pèsent, en moyenne, moitié moins que ceux du pied. Dans le pied, le poids des os du tarse est double de celui des os du métatarse.

Ces rapports de poids paraissent exister aussi chez les animaux inférieurs.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Des documents relatifs au choléra de 1849. — *b*. Le compte rendu du conseil central d'hygiène et de salubrité publiques du département du Nord. — *c*. Un rapport final de M. le docteur *Pourcelot* (de Mulhouse) sur une épidémie de dysentérie. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de la *Société de médecine* de Besançon, qui déclare, contrairement à l'opinion de M. le docteur *Perron*, que la profession d'horloger n'est point une cause de phthisie. (*Comm.*: MM. Patissier, Barth et Roger.) — *b*. Une lettre de M. le docteur *Bourgogne père* (de Condé), accompagnant l'envoi d'une brochure *sur l'érysipèle considéré comme une fièvre exanthématique essentielle*.

M. *Rayer* offre en hommage, au nom de l'auteur, un Traité de la pathologie et de la thérapeutique des maladies des reins, écrit en allemand; par M. le professeur *Sigmund Rosenstein*. Un des chapitres les plus importants et les plus neufs de cet ouvrage est relatif à la *dégénérescence amyloïde des reins*, affection encore peu connue en France, mais fort bien étudiée en Allemagne par les professeurs Rokitanski, Virchow et Rosenstein.

— M. *J. Cloquet* présente, au nom de M. le docteur *Berthier* (de Bourg), une *observation de blessure profonde et grave du cou, chez un aliéné mélancolique, blessure suivie d'une entière guérison*. (*Commission déjà nommée.*)

— M. *Larrey* dépose sur le bureau une *observation de rage spontanée chez l'homme*, par M. le docteur *Ely*, médecin militaire. (*Commission de la rage.*)

Lecture.

Médecine. — M. le docteur *Delioux de Savignac*, professeur à l'école de médecine navale de Toulon, lit, sur les *taches bleues*, un travail dont voici l'analyse :

On voit apparaître dans certaines maladies un exanthème spécial constitué par des taches bleues; celles-ci semblent avoir été autrefois et longtemps confondues avec les vibices, les vergetures, les pétéchies; quelques auteurs contemporains seuls les ont bien distinguées. Il en est fait mention pour la première fois par Piquer et par Zimmermann; Chomel n'en a parlé que dans les dernières éditions de son Traité de pathologie générale. Ce sont Forget, à Strasbourg, et M. Davasse, à Paris, qui les ont le mieux décrites et le plus signalées à l'attention des cliniciens.

M. Delioux a rencontré les taches bleues un grand nombre de fois dans diverses maladies; ce sont des macules d'une teinte bleue ou ardoisée, paraissant dessinées en creux quoique étant au niveau de la peau; parfois elles foncent en couleur, s'élargissent et dégénèrent en une véritable cyanose; d'autres fois elles sont très-pâles et ne sont aperçues qu'avec une certaine attention; elles ne déterminent aucune sensation spéciale et disparaissent sans desquamation; elles sont arrondies et plus souvent irrégulièrement quadrilatères, unguiformes, discrètes d'ordinaire, parfois confluentes. Leur siége de prédilection est la face antérieure du thorax, de l'abdomen, les flancs, les régions inguinales; mais elles peuvent se développer sur d'autres parties; l'auteur ne les a jamais vues sur le visage, sur la face extensive ni aux extrémités des membres.

Les taches bleues n'ont aucune valeur précise au point de vue du diagnostic et du pronostic. Elles se manifestent dans les maladies les plus diverses; celles où M. Delioux les a vues le plus souvent, sont l'angine tonsillaire, la fièvre éphémère, l'embarras gastrique, la pneumonie et la fièvre typhoïde. Comme les observateurs antérieurs, l'auteur a vu cet exanthème plus fréquemment accompagner des maladies bénignes; mais il l'a constaté aussi dans le cours de maladies graves, et quant à la fièvre typhoïde, récemment il en a observé des cas mortels où ce phénomène est apparu; au reste, c'est dans cette maladie que l'exanthème bleu paraît avoir le plus de signification; il peut s'y manifester en même temps que les taches rosées, mais le plus ordinairement son développement n'y a lieu que lorsque les taches rosées manquent ou sont peu abondantes.

Des influences d'épidémie et de constitution médicale ne sont pas étrangères dans beaucoup de circonstances à la production des taches bleues; ainsi cette éruption s'est manifestée récemment sur un grand nombre de sujets pendant la dernière phase d'une épidémie de fièvres typhoïdes à Toulon.

Ce phénomène clinique, dont l'explication plausible est difficile à donner, mérite donc d'être étudié dans ses différents modes et temps de production.

Obstétrique. — M. *Espagne*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, lit un travail *sur la nature de la fièvre puerpérale dans ses rapports avec les causes débilitantes.*

Les deux propositions suivantes résument le résultat des recherches spéciales de l'auteur et la théorie qu'il en a déduite : « 1° La fièvre puerpérale est une affection diffuse ou adynamique, apparaissant chez les nouvelles accouchées, sous l'influence de causes débilitantes diverses; 2° la fièvre puerpérale n'existe pas comme être morbide distinct; elle n'est qu'une fièvre adynamique fâcheusement modifiée par la circonstance aggravante de l'état puerpéral. »

Passant en revue les causes débilitantes qui agissent sur les femmes en couche, M. Espagne note d'une manière plus spéciale : la primiparité; les émotions morales et l'état de fille-mère; l'éclampsie; la fétidité lochiale et l'infection putride qui en résulte; l'influence épidémique, influence très-réelle, mais que l'on a peut-être exagérée; enfin, l'influence de l'humidité atmosphérique persistante et des variations brusques de température.

Quant à la seconde proposition, M. Espagne croit qu'il est superflu d'y insister longuement, après les développements qu'elle a reçus dans la dernière discussion sur la fièvre puerpérale. « Nous trouvons, dit-il, dans toute fièvre puerpérale les preuves palpables de la spontanéité de l'organisme, puisque l'étendue des lésions locales n'y est pas toujours en rapport avec la gravité du mal, puisque l'on meurt parfois avec une lésion insignifiante ou nulle, et que l'on peut guérir avec une lésion relativement assez étendue. » (*Comm.*: MM. Hervez de Chégoin, Depaul et Blot.)

Discussion sur la rage.

— M. *Beau* a vu trois cas de rage humaine, dans l'espace de six mois, à l'époque où il était interne à l'hôpital Necker. Il se propose surtout d'en signaler les grandes prédominances symptomatiques, qui présentent une frappante analogie avec les phénomènes prédominants de la rage canine et semblent établir entre la rage de l'homme et celle du chien une sorte de concordance ou d'unicité morbide.

Le premier malade avait été mordu au cou; il se plaignait surtout d'un sentiment incommode de gêne et de serrement à la gorge. Quelques heures après, un accès d'agitation éclatait avec une extrême violence : grand désordre dans les mouvements et dans le langage; pas de délire proprement dit; bientôt après, la fureur s'apaise, la prostration survient, et le

malade meurt. En dépit d'une température très-élevée, le cadavre était encore roide trente-six heures après la mort; la langue était rigide comme les muscles des membres; la pulpe cérébrale elle-même présentait un état de roideur remarquable. M. Henry, médecin militaire, a signalé une roideur pareille chez un malade mort à la suite d'un accès convulsif des plus intenses. On lit dans Morgagni l'histoire de trois aliénés maniaques, chez lesquels on ne trouva qu'une fermeté considérable de la substance cérébrale. Georget, dans le DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, note l'augmentation de consistance du cerveau dans quelques cas d'aliénation mentale.

Dans la seconde observation, les phénomènes les plus saillants sont : appétit furieux pour le pain; agitation très-médiocre de mouvements et de paroles; vomissements de sang noir; hydrophobie incomplète, assez peu intense pour empêcher le malade de boire. A l'autopsie, rigidité musculaire médiocre; rien de particulier au cerveau.

Dans le troisième cas : forme dépressive avec frissonnements, soupirs et sanglots sans agitation furieuse; vomissements de sang noir. A l'autopsie, rien qui mérite d'être noté.

En résumé, dans les trois cas, les plaies n'ont pas été cautérisées; aucun malade n'a eu l'envie de mordre; aucun n'a parlé ni de rage, ni de chien. Tous les trois sont morts dans le premier accès.

Comparant ces trois faits de rage humaine avec la rage canine, telle qu'elle a été décrite par M. Bouley, M. Beau fait remarquer que l'hydrophobie, ou horreur des liquides, rare chez le chien, est presque constante chez l'homme.

Quant aux similitudes symptomatologiques, elles sont nombreuses. Ainsi, chez le chien comme chez l'homme : sensation de malaise, de gêne et même de corps étranger à la gorge; vomissements de sang noir diffluent; appétit vorace, notamment pour le pain; fureur génésique, déjà signalée par Cœlius Aurelianus, Haller et Portal. M. Beau pense qu'une observation plus attentive permettrait de constater l'analgésie chez l'homme hydrophobe, comme on l'observe dans d'autres névroses, l'hystérie, l'éclampsie, etc., et dans la plupart des formes de folie.

Tous les signes de la rage accusent une telle prédominance des éléments névropathique et vésanique, que M. Beau n'hésite pas à regarder cette maladie comme une névrose de nature virulente et promptement mortelle. Cette opinion n'est pas nouvelle; on l'a retrouve dans les œuvres de Cœlius Aurelianus, qui, après le médecin Démocrite, appelle la rage, l'*incendie des nerfs*.

En présence des terribles effets de la rage, M. Beau s'est demandé si l'avantage que l'homme retire du chien compense suffisamment le danger extrême de vivre en société avec un animal quelquefois si dangereux; « et malgré moi, ajoute l'honorable académicien, je conçus l'idée, non d'une société protectrice des animaux contre l'homme, mais bien d'une *société protectrice de l'homme contre les animaux.* »

M. Beau parle ensuite des funestes impressions produites chez la plupart des hommes par les morsures et même les caresses d'un chien suspect, ou encore par le contact ou le simple spectacle d'un malade atteint d'hydrophobie, des terreurs incessantes de contracter la rage qui assiégent ceux qui ont donné des soins à ces malheureux, terreurs qui, chez plus d'une personne et notamment chez quelques médecins, ont dégénéré en une affreuse et opiniâtre nosomanie.

« En face de cette affreuse maladie, l'administration et la science doivent s'unir et faire tous leurs efforts pour tâcher d'en amener l'extinction, comme le demande M. Tardieu. »

— M. *Gosselin* veut appeler l'attention sur un point très-circonscrit de la rage, lequel ne lui paraît pas avoir été suffisamment signalé. Un individu a été mordu par un chien enragé, mais il l'ignore, et il ne tente aucune médication. Au bout de huit ou dix jours, il se ravise et il se présente devant un médecin. Que faire alors chez ces sujets qui n'ont pas été cautérisés à temps (car M. Gosselin considère, ainsi que M. Tardieu, la cautérisation profonde, énergique et prompte de la morsure, comme le moyen préventif le plus efficace)? En mai 1859, M. Gosselin eut occasion d'observer une jeune fille de dix-huit ans qui avait été mordue au bras par un chien connu. On lava la plaie sans concevoir aucune crainte. Puis, au bout de huit jours, l'animal présenta des phénomènes bien évidents de rage. La jeune fille alors fut conduite à l'hôpital Cochin. Les morsures, assez profondes, étaient encore en suppuration. Il était bien tard pour pratiquer la cautérisation; cependant elle fut faite avec du beurre d'antimoine. Des renseignements pris directement à l'École d'Alfort, apprirent que le chien était très-positivement enragé. M. Gosselin, doutant de l'efficacité de la cautérisation, employa le traitement suivant : un purgatif tous les matins; deux bains de vapeur de trente à quarante minutes par jour; courses forcées dans la journée; alimentation abondante. Le traitement a déterminé des sueurs copieuses et des purgations journalières; il a été continué pendant trente-cinq jours; puis les purgatifs et les bains de vapeur ont été éloignés de plus en plus jusqu'au départ de la malade. M. Gosselin l'a revue quelques semaines après sa sortie de l'hôpital; il l'a revue depuis, à différentes reprises, en 1860, en 1861, en 1862, et dernièrement encore à l'occasion d'une blépharite intense, mais tout à fait accidentelle. Or, il est bien avéré que cette jeune fille n'a jamais présenté aucun des symptômes de la rage.

L'orateur ne veut pas donner à ce fait plus d'importance qu'il peut en avoir; il sait que plusieurs objections peuvent être opposées à l'efficacité de la thérapeutique employée. Mais aucune raison, cependant, ne permet non plus de nier absolument ses effets avantageux.

La rage humaine passe généralement pour une affection incurable. Quand le temps de la cautérisation est passé, on administre, par acquit de conscience, quelques remèdes impuissants ou insuffisants; souvent même on s'abstient et on laisse mourir le malheureux malade!

M. Gosselin a cru faire une œuvre utile en rapportant le fait précité. Il le signale à la commission d'enquête permanente instituée près du ministère de l'agriculture et du commerce; il le signale surtout aux praticiens qui trouveront peut-être, comme lui-même, dans la méthode de traitement exposée plus haut, une ressource efficace contre une des maladies les plus affreuses qui affligent l'espèce humaine.

La séance est levée à cinq heures.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Sur la dégénération endémique des os du pied (*Madura Foot*), par le docteur HIRSCH (de Dantzig).

La dénomination très-impropre de dégénération endémique des os du pied a été employée par M. Collas (de Pondichéry) pour désigner une affection qui règne endémiquement dans plusieurs provinces de l'Inde et dont la nature était restée jusque dans ces derniers temps fort douteuse. On l'avait assimilée tantôt aux affections tuberculeuses, tantôt aux maladies cancéreuses : de là les noms de *Tuberculous Foot*, de *Fungus Disease of India*, etc. D'après les dernières recherches dues à MM. Bidie et Vandyke Carter, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Bombay, ces deux opinions seraient également erronées, et la maladie en question devrait être ajoutée à la liste, tous les jours remaniée, des affections parasitaires ou, pour plus de précision, épiphysaires.

Bien qu'il s'agisse d'une affection exotique, il n'est pas sans intérêt d'en résumer les principaux caractères en quelques mots, car, parmi les maladies épiphysaires connues, il n'en est aucune qui s'en rapproche par sa gravité ou dont le développement se fasse d'une manière semblable.

Cette affection, pour laquelle nous accepterons provisoire;

nient le nom populaire de *Madura Foot*, a pour siége à peu près exclusif le pied et la jambe. L'insouciance profonde des Indous, qui en sont seuls atteints, n'a pas permis jusqu'à présent d'en observer les premiers débuts. Dans les cas les plus récents, on a constaté, dans le tissu cellulaire sous-cutané, l'existence d'une ou de plusieurs petites tumeurs indolentes, mobiles. Ces tumeurs augmentent lentement de volume, se confondent entre elles, puis deviennent adhérentes aux parties profondes. Cette évolution dure ordinairement plusieurs années.

On voit alors des nodosités verruqueuses apparaître à la surface des parties malades et se perforer à leur sommet. C'est le plus souvent à ce moment seulement que les malades se mettent en traitement.

Leur état général ne laisse ordinairement rien à désirer. Le pied est énormément tuméfié, doublé ou triplé de volume. Le gonflement s'arrête généralement au-dessous ou au niveau du cou-de-pied. La peau a son aspect naturel; mais elle présente un nombre plus ou moins grand d'orifices fistuleux par lesquels on peut introduire un stylet profondément dans les parties molles et dans les os. Il s'en écoule un liquide sanieux qui contient une grande quantité de petits corpuscules irréguliers, noirâtres ou grisâtres.

L'examen anatomique des extrémités qui ont été amputées dans ces conditions a donné les résultats suivants :

Au sein des parties molles, et jusque dans la substance spongieuse des os, sont disséminés des dépôts d'une substance analogue à celle dont les débris sont mêlés à la suppuration. Leur volume varie dans des limites assez restreintes : les plus petits ont les dimensions d'une tête d'épingle; les plus volumineux ne dépassent guère celles d'une balle ordinaire. Leur surface est granuleuse, à la façon d'une mûre. Ils ont un aspect noirâtre et sont assez durs, mais friables.

Les altérations qui se produisent dans les tissus ambiants consistent principalement en un ramollissement particulier des os et une infiltration gélatiniforme des parties molles.

C'est la substance des dépôts en question qui est formée, d'après MM. Carter et Bidie, par un champignon dont ils ont minutieusement décrit les caractères. Nous ne les suivrons pas dans ces détails. Le fait essentiel et, on peut le dire, surprenant, c'est le développement d'une végétation parasitaire dans l'épaisseur des tissus. Comment les spores du champignon pénètrent-elles dans le tissu cellulaire sous-cutané, où se fait la première apparition du produit anormal? Cette question n'est pas résolue par les recherches de MM. Bidie et Carter, qui ont d'ailleurs vainement cherché parmi les champignons microscopiques du pays des spores identiques avec celles du parasite. On comprend, toutefois, sans trop de peine, que des spores d'une ténuité extrême puissent pénétrer accidentellement dans les canaux des glandes sudoripares et se développer ensuite vers le tissu cellulaire sous-cutané.

Aucun traitement n'a pu jusqu'à ce jour triompher de cette maladie. L'amputation est presque toujours inévitable. Il paraît qu'elle donne des résultats très-brillants et qu'on n'a pas à craindre la récidive, à moins qu'on n'ait laissé dans le moignon un reste du produit épiphysaire. (*Archiv für pathologische Anatomie*, t. XXVII, 1re et 2e livraisons, 1863.)

Qu'est-ce que la dourine? par M. P. GARNIER.

Plus d'un lecteur serait embarrassé de répondre à cette question, comme je l'eusse été moi-même, dit M. Garnier, avant de lire l'article intéressant que le docteur Vital a consacré à ce sujet dans la GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. La dourine, ou maladie du coït, est, suivant ce médecin, la syphilis des races asine et chevaline, qui peut se développer spontanément ou par voie de contagion. Syphilis spéciale et toute différente de celle de l'homme, bien entendu, quoique, pour beaucoup d'Arabes, elle provienne de la race asine et doive être attribuée aux rapprochements contre nature auxquels beaucoup d'indigènes atteints de syphilis se livrent sur les ânesses, à titre de médication. Mais il est reconnu que celle-ci n'est pas transmissible aux animaux, ou du moins ne s'entretient pas, ne se conserve pas dans leur organisme, et ne se reproduit pas entre eux. Elle s'annihile et meurt sur place. (*Union médicale.*)

Sur un cas d'infection trichinale, par le professeur LANGENBECK (de Berlin).

En faisant l'extirpation d'un cancroïde du cou chez un client venu de province, M. Langenbeck remarqua que le muscle peaucier présentait un aspect insolite. L'examen microscopique démontra qu'il était farci de trichines mortes, renfermées dans des capsules crétifiées. On s'enquit alors des circonstances dans lesquelles avait pu s'opérer l'immigration des parasites, et voici ce que l'on apprit :

En 1845, une commission composée de huit personnes s'était rendue dans une ville du district de Lausitz pour inspecter les écoles. Une collation composée de jambon, de saucisses, de fromage, de veau rôti et de vin blanc ayant été servie à la commission, sept de ses membres seulement y prirent part, le huitième était absent à ce moment, et ne prit qu'un verre de vin rouge au dessert.

Au bout de trois à quatre jours, les sept convives furent pris d'une diarrhée intense, de douleurs au cou, et d'œdème de la face et des extrémités. Chez quatre d'entre eux ces accidents furent mortels, et les trois autres, y compris l'opéré de M. Langenbeck, ne se rétablirent qu'après une longue maladie.

Des rumeurs d'empoisonnement se répandirent, comme on pouvait le penser. Une enquête fut ordonnée, et donna un résultat négatif. Le public n'en resta pas moins fidèle à ses soupçons, et le propriétaire de l'hôtel dans lequel avait été servie la collation se trouva bientôt sans clients, et dut émigrer.

Les faits de ce genre méritent, comme on le voit, de fixer l'attention des médecins légistes. (*Deutsche Klinik*, 1863, n° 24.)

Recherches nouvelles sur la structure des reins, par MM. HENLE et KOLLIKER.

Les dernières recherches de M. Henle lui ont fait découvrir dans les reins une disposition dont l'existence a été confirmée, en partie du moins, par M. Kölliker, et qui mérite d'être au moins signalée aux micrographes.

Au milieu des tubes droits de la substance, on trouve des tubes en forme d'anse qui ne naissent pas directement des tubes droits, au milieu desquels ils sont plongés, et qui ne se terminent pas davantage au mamelon libre des papilles.

D'après M. Henle, ces tubes en anse formeraient un système entièrement indépendant des tubes de Bellini et de leurs ramifications; chaque extrémité de l'anse irait plonger dans la substance corticale et se terminer dans un glomérule. Ce serait donc un système de tubes entièrement clos.

M. Kölliker est arrivé sur ce point à une conclusion toute différente. Les anses sont formées, selon lui, par un certain nombre de tubes contournés de la substance corticale, qui suivent une voie récurrente, pour plonger ensuite de nouveau dans la corticale et aboutir à un glomérule. Ces tubes ne diffèrent par conséquent des autres que par un trajet plus long, et sont, comme eux, en communication libre avec le système des tubes de Bellini.

M. Henle avait annoncé, en outre, que ce dernier système n'a aucun rapport avec les glomérules, et que les tubes de Bellini se terminent dans la substance corticale après s'être ramifiés et anastomosés sous forme de réseaux. C'est là, sans doute, une erreur. M. Henle dit avoir injecté ce réseau, mais il est probable que l'injection avait filé dans le réseau des vaisseaux sanguins. (*Schmidt's Jahrbücher*, t. CXIX, n° 2; 1863.)

Recherches sur la terminaison périphérique des nerfs moteurs, par M. W. Krause.

M. Krause a surtout étudié la terminaison des nerfs dans le muscle rétracteur de l'œil du chat. Il recommande de faire ces recherches sur des muscles frais, immédiatement après avoir tué l'animal, et sans se servir d'aucun réactif, ou bien sur des préparations traitées par l'acide nitrique étendu. Voici en peu de mots ce que M. Krause a reconnu en agissant de cette manière.

Les cylindres nerveux se terminent dans un élément particulier, la *plaque terminale*. Celle-ci est composée d'une couche externe formée par du tissu connectif muni de noyaux, et d'une couche interne, granuleuse, étalée en lames, et appliquée immédiatement sur le sarcolemme des fibres musculaires primitives. Ces plaques terminales sont arrondies ou elliptiques, et entourent la fibre musculaire dans un segment plus ou moins étendu de sa circonférence.

Chaque plaque terminale reçoit une fibre nerveuse primitive, et quelquefois deux fibres. Voici comment se fait l'union de ces deux éléments.

Le névrilème qui accompagne le cylindre nerveux jusqu'à sa terminaison se confond avec la couche externe, connective, de la plaque. Le cylindre nerveux lui-même plonge dans la couche interne, granuleuse, de la plaque, s'effile, perd ses doubles contours, et se termine, après avoir pris les caractères des fibres nerveuses simples, à contours pâles, en se renflant en massue ou en cornue. Quelquefois, avant de subir ces modifications, il se bifurque ou se divise en trois branches, dont chacune se termine alors isolément, comme il vient d'être dit. Les fibres terminales ne sont d'ailleurs pas formées par le *cylinder axis* seul; elles sont aplaties, et conservent jusqu'au bout leurs couches constitutives. (*Zeitschrift für rationnelle Medicin*, t. XVIII, 3e série, 1re et 2e livraisons; 1863.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Rapport sur les hôpitaux civils de la ville de Londres, au point de vue de la comparaison de ces établissements avec les hôpitaux de la ville de Paris, par M. Blondel, inspecteur principal, et M. Ser, ingénieur de l'administration de l'Assistance publique. Paris, Paul Dupont, 1862.

(Suite et fin. — Voir le n° 18.)

Le chapitre II, intitulé *Installation matérielle*, est, on le voit, un des plus importants du rapport; aussi en examinerons-nous successivement les divers paragraphes. Le premier a trait à la situation des hôpitaux et de leurs abords. M. Blondel, comme M. Davenne, repousse l'idée de placer les hôpitaux le plus loin possible du centre de Paris, et cela pour ne pas éloigner le malade de sa famille. Mais le plaisir de savoir que sa famille peut sans fatigue le venir voir, compense-t-il pour un malade l'influence si pernicieuse de l'air qu'on respire au centre d'une grande ville ? D'ailleurs nos malades ne sont-ils pas privés de la vue de leur famille et ne sont-ils pas, même convalescents, des *prisonniers de la charité* qu'on visite deux fois par semaine, le jeudi et le dimanche. Quand un malade qui habite Bercy vient au bureau central et qu'il est envoyé à Beaujon, est-il donc près de sa famille? — On peut, contre la création d'hôpitaux tout à fait excentriques, invoquer la difficulté d'y amener des élèves. Cette difficulté est plus apparente que réelle, la véritable école c'est l'hôpital, cet hôpital qui doit être fait pour les malades et non pour les médecins; aussi, sous ce point de vue nos convictions restent entières et nous continuerons à demander non la création d'un Hôtel-Dieu gigantesque, mais la fondation de petits hôpitaux placés hors des limites ou tout au plus sur les confins de l'ancien Paris.

La plupart de nos hôpitaux, cependant, sont assez bien situés, en ce sens qu'ils sont généralement entourés d'assez larges espaces, c'est ce qui n'existe pas à Londres, et sous ce rapport ces hôpitaux sont, comparativement aux nôtres, dans un état de grande infériorité.

« On croira avec peine, dit le rapport, que ces établissements, *si vantés en ce moment par quelques-uns de nos compatriotes*, manquent presque tous de promenoirs. Les Anglais ne paraissent même pas attacher d'importance à en établir. *Quand les malades sont assez forts pour se promener*, nous disait-on, *ils peuvent quitter l'hôpital*..... A Saint-George, que l'on cite souvent, à Westminster, à Saint-Mary, à Charing-Cross, à University College, à peine trouve-t-on une petite cour de service. »

Ici intervient un détail que paraît avoir ignoré M. Blondel et qui, changeant toute la question, sinon pour tous les hôpitaux, du moins pour le plus grand nombre, donne le véritable sens de ces mots : ils peuvent quitter l'hôpital. Si on lit les observations chirurgicales prises dans quelques hôpitaux de Londres, on y trouve souvent des phrases analogues à celle-ci : le malade, depuis une, deux ou plusieurs semaines, peut se promener à l'aide d'une béquille et d'un bâton dans les rues qui avoisinent l'hôpital.

C'est que le malade anglais, qui repousse l'uniforme chaud et commode que nous donnons à nos compatriotes, et lui préfère ses vêtements souvent misérables, mais qui lui laissent son individualité, ce malade n'est pas un prisonnier de la charité privée; élevé dans la liberté, il ne veut pas la perdre, mais habitué à s'en servir, il sait ne pas en abuser. Est-il convalescent, a-t-il besoin de promenade, la porte de l'hôpital s'ouvre, et Saint-James, Hyde Park sont pour lui des promenoirs bien autrement vastes et gais que les nôtres et tous ceux que pourrait renfermer Saint-George.

Demanderons-nous la même liberté pour les malades convalescents de nos hôpitaux non comme faveur exceptionnelle, mais comme règle ordinaire? Oui, certes! Nous savons parfaitement que cette liberté, fût-elle accordée par l'administration, serait repoussée comme dangereuse par la plupart de nos collègues des hôpitaux; nous savons parfaitement que l'expérience ne sera pas heureuse d'abord, que l'ivresse et l'indigestion des malades sortis mettront souvent sur pied l'interne de garde; mais la folie des uns fera à la longue la sagesse des autres; on n'apprend à se servir sagement de la liberté qu'en en usant et quelquefois en en abusant d'abord, comme on n'apprend à nager qu'en se baignant à la rivière, au risque parfois de se noyer, et non en se couchant dans une baignoire.

Avec le paragraphe 3, intitulé *Ordonnance des bâtiments*, nous entrons dans le véritable domaine de l'hygiène hospitalière. En Angleterre, comme en France, la disposition des constructions, qui par leur réunion constituent l'hôpital, est extrêmement variable. Qu'il nous suffise de dire que, sous ce rapport, nos hôpitaux sont incontestablement supérieurs à ceux de Londres. De tous les plans proposés et exécutés, le meilleur de beaucoup nous paraît être celui qui a présidé à l'érection de Lariboisière et de Beaujon. Si ces deux établissements, par une contradiction étrange, semblent donner un chiffre de mortalité assez élevé, cela tient peut-être à un système particulier de chauffage et de ventilation, dont, pour notre part, nous sommes loin, quant à présent, d'être partisan.

La forme des salles est également des plus variables; mais leurs dimensions, par rapport au nombre des malades que chacune d'elles doit renfermer, est un des points les plus importants de la question : aussi M. Blondel l'a-t-il examiné avec le plus grand soin.

« Les salles des hôpitaux anglais, dit le rapport, ne contiennent, le plus habituellement, qu'un petit nombre de malades; les plus petites ont de 8 à 12 lits, beaucoup en comptent

» de 12 à 20. Le nombre 30 se voit rarement; plus rarement » encore est-il dépassé, sauf cependant dans les salles accou» plées qui peuvent former un total de 40 à 50 lits dans les » conditions particulières que nous avons indiquées. »

M. Blondel donne, d'après un rapport fait aux chambres du parlement, en 1861, par MM. Sutherland, Burrell et Douglas Galton, le cubage moyen des salles, dans les grands hôpitaux de Londres. Le cube d'air par malade y est représenté approximativement par une moyenne de 44 mètres cubes. Le chiffre est à peu près le même à Paris. M. Blondel relève comme erreur commise par nous la moyenne que nous avons donnée de 52 mètres cubes pour cinq hôpitaux. Il n'y a là aucune erreur; les chiffres étaient aussi exacts que possible, puisqu'ils nous étaient donnés dans des lettres particulières que nous devions à la bienveillance des directeurs de ces hôpitaux même, MM. Steele, Whitefield, Guy, Mac-Ghie, etc. Notre courte note n'avait pas pour objet l'appréciation de tous les hôpitaux du Royaume-Uni, mais l'examen des améliorations que nous pouvions emprunter à nos voisins, et nous ajoutions : « Il ne serait pas juste de prendre pour base de comparaison les salles récemment construites, et dont la capacité est jusqu'à présent exceptionnelle. *Nous rapportons surtout ces chiffres pour montrer la voie dans laquelle sont entrés nos voisins dans la construction de leurs nouveaux hôpitaux.* »

« En résumé, dit le rapport, les hôpitaux anglais pris dans » *leur ensemble* et comparés à l'*ensemble* des nôtres, réalisent » peut-être une meilleure installation au double point de vue » des dimensions des salles, de l'espacement des lits; mais le » cube d'air est au moins égal dans les hôpitaux des deux » pays... Du reste, ce n'est pas d'aujourd'hui que l'administra» tion regrette et s'afflige de placer autant de lits dans ses salles. » Malheureusement, il faut, ou recevoir des malades dans des » conditions hygiéniques moins bonnes qu'on ne voudrait, ou » laisser sans secours un grand nombre de malheureux dont » l'état s'aggraverait par un ajournement. »

Nous ne saurions trop applaudir aux conclusions de M. Blondel, et surtout aux promesses qu'elles renferment. Quant au dilemme posé à l'administration, nous soutenons (dût cela paraître, même à nos collègues, un paradoxe) que ce dilemme n'existe pas, qu'il y a dans les salles de chirurgie un tiers au moins des malades qui n'ont pas besoin d'y être, que ces malades pourraient être soignés à un traitement externe bien organisé, qu'il y a à Paris plutôt trop que trop peu d'hôpitaux. La centralisation des secours donnés aux malades, aux infirmes, aux indigents, aux vieillards, aux incurables, aux fous, aux orphelins, etc., nous fait trop oublier, même à nous médecins, que l'hôpital est un lieu où l'on ne doit soigner que les malades, et non donner un lit et du pain à ceux qui en manquent. La gravité du mal, la nécessité de soins suivis et entendus devraient être pour les *médecins* la seule raison de l'admissibilité à l'intérieur de l'établissement; les malades seulement indisposés ou atteints d'affections chirurgicales légères, pourraient, avec une énorme économie pour l'administration, venir à un traitement externe. Si la cessation du travail les jette dans la misère, ne pourraient-ils pas recevoir du bureau de bienfaisance un secours proportionné, ou être reçu, en cas d'isolement absolu, d'absence de domicile, dans des établissements spéciaux qui nous manquent, établissements analogues, mais dans leur destination seulement, aux workhouses de Londres, établis avec la plus grande simplicité, n'étant plus un palais, mais un asile ouvert à l'indigence, recevant pour un espace bien plus restreint un plus grand nombre de pensionnaires que les hôpitaux, n'exigeant que peu de personnel, et coûtant, en définitive, beaucoup moins à l'administration, pour loger et nourrir un plus grand nombre de malheureux?

Il faut y prendre garde, avec cette centralisation trop complète des établissements de secours, avec cette idée excellente dans son point de départ, qui est la charité, mauvaise dans son application exagérée : que l'État doit quand même veiller sur le bien-être de tous les citoyens; leur montrer ce qui leur est bon, leur défendre ce qui leur est nuisible; les garantir contre eux-mêmes par des règlements d'hygiène; les soigner s'ils sont malades; les nourrir si même, par leur faute ou leur paresse, ils sont misérables, on arriverait malgré soi et sans le savoir à convertir la société tout entière en un grand phalanstère, on supprimerait toute initiative, tout effort individuels. Déjà les sociétés de secours mutuels sont une salutaire réaction contre les tendances auxquelles on cède en croyant faire le bien. Il n'y a en fait d'assistance publique qu'un seul principe : « Aide-toi, et, si le ciel ne t'aide pas, l'administration, au nom de tous, viendra à ton secours et secondera tes efforts. »

Le paragraphe 7 s'occupe du mobilier des salles. « Le mo» bilier d'une salle d'hôpital à Londres comporte, pour le ser» vice général, une ou deux armoires incrustées dans le mur, » une table de sapin, quelques chaises de paille, parfois un ou » deux fauteuils, deux ou trois paravents qu'on place, soit » devant les cheminées, soit autour du lit d'un mort ou d'un » malade qui doit être l'objet d'un examen particulier; enfin » quelques assiettes et objets de vaisselle...

» La question du mobilier, plus complexe à Paris qu'à » Londres, prend chaque jour plus d'importance. On se » demande si l'opinion publique n'entraîne pas maintenant » l'administration de l'assistance au delà du but que celle-ci » doit se proposer comme institution de charité. On se demande » surtout, quand on revient de Londres, si un sommier élas» tique, deux matelas de laine, deux ou trois oreillers de » plume, parfois un édredon par-dessus deux grandes couver» tures de laine, sont indispensables à la guérison, voire même » au bien-être des malades; si l'un et l'autre exigent nos lits » de fer à colonnes verticales supportant quatre grands rideaux, » nos buffets recouverts de marbre, nos tables de nuit de chêne » ciré, nos chaises de paille ou de canne près de chaque lit, » et nos grands fauteuils rembourés, affectés spécialement à » l'usage des malades. »

Oui, l'opinion publique a entraîné l'administration dans une mauvaise voie, et allant plus loin que le rapporteur, aux paroles duquel nous applaudissons de toutes nos forces, nous dirons : l'administration, qui se plaint de l'insuffisance de ses ressources, eût-elle un immense excès de recettes sur ses dépenses, qu'un tel luxe serait encore presque une faute. L'hôpital ne doit être pour le malade pauvre qu'un lieu où il reçoit les soins qu'on ne pourrait lui donner dans son domicile, souvent dénué de tout. Quand on a fait goûter au malheureux les douceurs (car tout est relatif) de l'hôpital, il trouve encore plus triste sa pauvre mansarde, plus dur son misérable grabat, et il sent bien mieux, depuis qu'il en a joui un instant, combien de choses lui manquent.

L'opinion publique, paraît-il, a forcé la main à l'administration; le rapport d'un administrateur aussi éclairé, aussi impartial que M. Blondel, lui donnera, nous l'espérons, les moyens de résister et de réagir.

« Les Anglais, lisons-nous encore dans le paragraphe sui» vant, sont les premiers à convenir que la pureté de l'air de » leurs salles tient bien plus à la ventilation qu'ils y produi» sent par l'ouverture constante des croisées et des portes, » qu'aux dimensions de ces salles, au petit nombre de lits, à la » propreté et à la simplicité du matériel. Ajoutons qu'ils ont » paru généralement convaincus qu'aucun système ne peut » remplacer avec avantage la ventilation naturelle.

» Nous déclarons très-volontiers que nous n'avons point » reconnu, dans les hôpitaux de Londres, l'odeur particulière » aux salles de malades si fréquente dans nos établissements. »

Il est vrai, comme le fait remarquer avec raison M. Blondel, qu'ouvrir les fenêtres à Londres ce n'est pas ouvrir un vasistas, c'est laisser largement ouvertes presque toutes les ouvertures d'une salle. Cette pratique est celle qui, au début de notre séjour, nous a causé le plus d'étonnement; mais pour l'introduire à Paris il faudra vaincre bien des préventions des membres du corps médical, et l'exemple des hôpitaux anglais nous

a démontré, quant à nous, que pour ne pas avoir de courants d'air, ou du moins que pour en éviter les inconvénients, il faut ouvrir non une demi-fenêtre, mais largement presque toutes les fenêtres d'une salle.

Les appareils de ventilation et de chauffage sont étudiés dans le rapport de M. Ser; la spécialité même de cette étude nous empêche de nous étendre sur ce sujet, quelque intérêt avec lequel nous ayons lu cette partie de l'œuvre commune des deux rapporteurs.

Le système de chauffage presque uniquement employé à Londres, est le chauffage au charbon de terre brûlé dans des cheminées ouvertes; MM. Blondel et Ser ne croient pas ce système applicable à Paris; contrairement à leur avis, nous pensons, qu'après bien des essais, c'est encore à ce moyen qu'on en reviendra; toutefois, en attendant mieux, nous ne pouvons qu'applaudir aux conclusions suivantes de M. Ser et à demander leur application :

« Nous pensons qu'il serait utile de placer dans chaque salle » une cheminée avec un foyer découvert, pour donner aux » malades la vue du feu et permettre aux convalescents, en » se rangeant autour du foyer, de recevoir l'action du rayon- » nement direct. »

Ces foyers existent dans quelques salles de l'Hôtel-Dieu; pendant deux ans nous avons pu chaque jour en constater les avantages, et nous avons été heureux de voir que récemment l'administration faisait construire une grande cheminée ouverte dans les immenses salles de l'hôpital Saint-Louis.

La propreté des salles et de leurs annexes fait le sujet de l'article suivant; ici encore nous citerons le rapport : « La pro- » preté des salles anglaises et de leurs dépendances paraît » d'autant plus grande, qu'elle s'applique à des surfaces qui » sont presque toutes blanches. Après dix-sept jours de séjour » à Londres, et nous pourrions dire de séjour dans les salles » d'hôpital, les stucs les plus brillants, les parquets les mieux » frottés, les marbres et les meubles de chêne les plus luisants » de nos établissements, nous ont paru moins propres que le » sapin des dortoirs, la pierre blanche des escaliers et des ves- » tibules des établissements anglais ; cependant les uns et les » autres sont également bien tenus; mais de ces deux pro- » pretés, la première attire davantage les regards. »

A Londres, c'est la *propreté humide* (ou plus justement par l'eau, car il n'y a aucune humidité dans les salles); à Paris, c'est la *propreté sèche*, suivant les expressions employées à l'Académie. Discuter entre ces deux propretés nous paraît chose extraordinaire, et bien mieux qu'un savant une bonne ménagère flamande caractérisait devant nous la propreté sèche : « A Paris, disait-elle dans son langage, ils changent la poussière de place ; celle qui était sur les meubles, ils la poussent dessous; celle qui était à droite, ils la portent à gauche, et quand ils ont passé là-dessus de la cire, ils prétendent qu'ils ont nettoyé. »

Les cabinets d'aisances, si bien tenus dans les hôpitaux anglais, sont infects dans les nôtres ; malheureusement, il faut bien le dire, les efforts de l'administration échoueront longtemps contre l'insouciance et la malpropreté de nos malades. Ce n'est pas toutefois une raison pour nous empêcher de louer hautement l'administration de tout ce qu'elle a tenté et tentera encore sous ce rapport.

Le chapitre III traite de l'organisation du service de santé dans les deux pays; les différences sont tellement grandes pour ce qui concerne l'organisation du corps médical, que la comparaison est inutile.

Nous passerons rapidement sur ce qui a trait au régime alimentaire, et cependant que de choses à dire à cet égard! A Londres, le médecin peut prescrire tout ce qu'il croit nécessaire ou utile à son malade. Désire-t-il lui faire donner des huîtres, des fruits, un de ces mille riens qui suffisent souvent pour réveiller un estomac endormi, la surveillante fait acheter au dehors ce qui ne se trouve pas à l'hôpital, et le lendemain l'économe, faisant dans la salle sa tournée quotidienne, lui rend l'argent déboursé la veille. Là tous les fonctionnaires sont supposés probes et honnêtes; aussi, peu ou pas d'écritures.

A Paris, le médecin est enchaîné par les règlements ; malgré sa signature apposée sur les cahiers de visite, il lui faut signer et quelquefois écrire de sa main, sous peine de nullité, des bons pour une foule de choses : bons pour une côtelette, bons pour du savon, bons pour de l'huile; écritures par-ci, signatures par-là, il semble vraiment qu'il n'y ait dans l'administration que des gens indélicats. Si encore avec un bon on avait ce qu'il faut au malade! Mais nous avons pu nous assurer nous-même, il y a cinq jours, qu'un bon motivé, écrit et signé par nous, ne pouvait faire donner à un malade une douzaine d'huîtres qu'il aurait eue à Londres sans aucune formalité. Que de différences aussi dans la nature de l'alimentation! A Londres, le repas est servi au milieu de la salle, sur une table autour de laquelle viennent s'asseoir les malades valides; un succulent morceau de viande se partage en larges tranches rosées que reçoivent des assiettes de faïence. A Paris, un morceau de bœuf bouilli, mais sec, une côtelette racornie et froide sont jetés (on peut le dire) dans une écuelle d'étain que le malade emporte et place sur sa table de nuit entre son crachoir et son urinal. Exécrable cuisine, telle est, en résumé, celle de nos hôpitaux, et cependant la viande, quand elle entre à la cuisine, est belle et d'excellente qualité; les œufs, le poisson même sont frais; mais quand ils en sortent!... malheureux ceux qui ont faim, car ils seront rassasiés... avant d'avoir mangé.

Quant au personnel faisant le service des salles, il est à la fois insuffisant en nombre et en qualité. Une réforme radicale est ici absolument nécessaire. Tant qu'un infirmier recevra 15 à 20 francs au plus par mois, c'est-à-dire moins de la moitié de ce que nous donnons au plus novice de nos domestiques, l'administration échouera dans ses louables efforts pour faire cesser un abus permanent : la perception par l'infirmier de contributions directes sur le malade, indirectes sur sa famille, pour compenser l'insuffisance du salaire administratif.

L'organisation du traitement externe des hôpitaux de Londres est peut-être ce qui nous a le plus frappé en Angleterre; M. Blondel lui consacre quelques pages intéressantes comme toutes celles de son livre.

« Le traitement externe des hôpitaux de Londres n'est pas, » ce nous semble, plus étendu, mais il est plus complétement » organisé que le nôtre ; il est plus simple et moins dispen- » dieux qu'un service analogue ne le serait avec nos habitudes » médicales et nos formes administratives, et, sous ce double » rapport, il peut être utile d'en imiter autant que possible » l'organisation. »

Enfin, le chapitre IV aborde la question des statistiques. Nous n'avons plus guère à donner notre sentiment à cet égard, mais nous pouvons répondre à cette question de M. Blondel : « Pourquoi ne pas donner toutes les opérations et s'arrêter » seulement aux amputations des membres? » La raison est bien simple, nous n'admettrons jamais comme statistique *chiffrée* et *comparative* que celles qui portent sur les amputations et quelques opérations déterminées, comme la taille, la trachéotomie, la trépanation, les ligatures d'artères, etc. Nous n'admettons comme exactes et probantes que les statistiques *intégrales* d'hôpitaux, portant sur plusieurs années et sur beaucoup de chiffres; cette statistique-là traduit à peu près exactement l'état réel des choses. Mais des statistiques générales! des statistiques portant sur la mortalité totale d'un hôpital! des statistiques de fièvre typhoïde, d'embarras gastriques, de maladies dont le diagnostic varie avec chaque médecin, dont la gravité varie avec chaque malade! une statistique où entre de tout, c'est une *olla podrida* médicale, ce n'est plus de la science.

Les amputations sont moins meurtrières à Londres qu'à Paris, nous l'avons prouvé et nous le maintenons. Que les conditions hygiéniques de l'hôpital y soient pour quelque chose, qu'on puisse invoquer la constitution meilleure, le moral plus ferme

de la race anglo-saxonne, nous l'accepterons encore avec plus de réserve, mais comme nous l'avons dit, *la solution du problème n'appartient pas seulement à l'administration*, il y a d'importantes réformes à faire dans notre thérapeutique; c'est ce que le corps médical ne doit pas oublier, et ce dont il n'a pas suffisamment tenu compte dans la discussion académique. Dire, sans preuves, que nous guérissons sans amputation, là où les Anglais opèrent, c'est s'exposer à avancer une erreur injustifiable et se donner faussement à soi-même une fin de non-recevoir.

Le chapitre V traite de la question financière, la nature de ce journal nous empêche de l'aborder; cependant nous ne pouvons laisser passer sans observation cette remarque du rapport, que les hôpitaux anglais, *entretenus presque uniquement par la charité privée*, « sont dans une position financière bien plus commode que les hôpitaux de Paris », qui puisent leurs ressources dans la possession d'immeubles, dans la caisse municipale, dans la bourse des contribuables, souscripteurs forcés. Il nous a toujours semblé que le mendiant était moins riche que le rentier, et ce serait une erreur de croire que les hôpitaux de Londres peuvent toujours restreindre leurs services, ce qu'on ne peut faire à Paris. Si nous passons sous silence le chapitre suivant qui traite des workhouses, ce n'est pas parce qu'il manque d'intérêt, car nous avons appris beaucoup en le lisant, mais parce que ce sujet, du domaine de l'Assistance publique, sort du domaine de la médecine.

Citons, en finissant, quelques conclusions du rapport :

« On peut désirer que nos hôpitaux soient toujours, comme les hôpitaux anglais, à l'abri de l'encombrement; que nos salles soient sans odeur, comme les leurs, sauf à apprécier au préalable si le moyen qu'on emploie à Londres n'est pas pire que le mal qu'on veut éviter ; — que nos lits soient moins serrés dans certains dortoirs ; — que les dépendances de nos salles parviennent à l'extrême propreté que présentent les annexes des salles anglaises ; — que le personnel des serviteurs soit, à l'instar de celui d'Angleterre, mieux rétribué et plus nombreux ; — que tous nos services se rapprochent autant que possible de la simplicité britannique. Mais, pour *tout le reste*, rendons-nous cette justice que nous sommes supérieurs à nos voisins et que nous les devançons dans la voie du progrès. »

Ces mots, *pour tout le reste*, sont bien vagues, et nous résumerons ces conclusions en disant, avec les éléments renfermés dans le rapport de M. Blondel : Les hôpitaux de Londres l'emportent sur les nôtres par les dimensions meilleures des salles, par moins d'encombrement, par l'absence d'odeur, par un mobilier plus simple, mais d'une propreté excessive, par une organisation meilleure du service de santé, par un régime alimentaire excellent, par la manière dont les soins sont donnés par les infirmiers et infirmières, etc. Les hôpitaux français l'emportent sur les hôpitaux anglais, parce qu'ils s'étendent sur une plus grande étendue de terrain et qu'ils ont des proportions architecturales plus grandioses.

A quelles causes principales pouvons-nous attribuer ces différences? A deux surtout : les hôpitaux de Londres sont dégagés de toute influence gouvernementale ; libres, ils s'administrent librement eux-mêmes; les administrateurs directs, c'est-à-dire les directeurs appartenant au corps médical, peuvent et savent juger, en toute connaissance de cause (largement aidés par les médecins traitants qu'ils consultent), de ce qu'il faut à l'établissement qu'ils dirigent.

Nous ne saurions cacher quels sont, à cet égard, nos vœux et nos désirs. Ils sont irréalisables en France, nous l'accordons volontiers ; mais le corps médical ne pourrait-il pas avoir dans la conduite de nos hôpitaux le rôle qui lui appartient de droit; les médecins de chaque hôpital ne pourraient-ils pas, dans des réunions hebdomadaires ou bimensuelles, présidées par le directeur, donner leur avis sur l'état de l'établissement auquel ils appartiennent, discuter l'opportunité des réformes et des améliorations qui pourraient être demandées par l'un d'eux. Mais puisque les administrateurs doivent être pris en dehors du corps médical, on nous permettra d'ajouter en toute sincérité aux vœux formulés par le rapport : — Que l'administration soit longtemps dirigée par des administrateurs aussi éclairés, aussi dévoués que MM. Blondel et Ser ; puissions-nous voir souvent cette impartialité si rare produisant un rapport comme le leur, clair, franc, loyal, indiquant à ceux auxquels il est destiné, non des arguments pour maintenir quand même ce qui est, mais leur montrant les progrès à réaliser, les réformes à opérer ; — qu'il y ait longtemps encore à la tête de l'Assistance publique un directeur général ami de la discussion loyale et sincère, demandant des renseignements à qui croit pouvoir en donner, mettant résolûment, comme il l'a fait, la main à l'œuvre, et qui, non content de chercher partout le progrès et la lumière, a réalisé déjà dans quelques-uns de nos hôpitaux d'importantes et salutaires réformes.

Que MM. Blondel et Ser nous permettent, en terminant, de leur adresser nos plus sincères et nos meilleures félicitations pour le livre si important qu'ils viennent de publier. Si nos appréciations varient parfois quant à ce qui est applicable à nos hôpitaux, nous avons été heureux de voir dans leur rapport la confirmation de presque tout ce que nous avons dit sur l'état des hôpitaux anglais, et, après l'avoir lu, nous osons espérer que notre mission spontanée en Angleterre, longue et quelquefois pénible, que le rôle ingrat que nous avons dû nous imposer au retour, de louer nos voisins aux dépens de nous-mêmes, n'auront pas été tout à fait inutiles. Nous serions heureux surtout si nous pouvions faire passer dans l'esprit de nos lecteurs cette conviction profonde que nous avons puisée dans l'étude des institutions charitables et scientifiques d'Angleterre, que, pour l'enseignement de la médecine aussi bien que pour l'assistance hospitalière, les deux seules choses dont nous puissions parler ici, il n'y a que deux principes capables d'assurer le progrès : la libre concurrence et le *Self Government.*

Léon Le Fort.

VI

VARIÉTÉS.

Erratum. — N° 39, page 637, sixième ligne, *au lieu de* le chlore *lisez* l'acide chlorhydrique.

— Un médicastre qui, à la honte de notre époque, exerce sa fructueuse industrie à Lyon, non loin de la place Impériale, demandait à l'une de ses exploitées *huit cents francs* pour la guérir d'une prétendue maladie mortelle dont lui seul possédait l'antidote. Et comme la pauvre brebis hésitait à se laisser tondre de si près : — « Comment ! madame, s'écria-t-il, savez-vous bien que pour composer mon spécifique il faut que je *distille de l'ambre!* » (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— M. le docteur Lescure vient de mourir à Montpellier, à l'âge de quatre-vingts ans, à la suite d'une longue maladie.

— On annonce aussi la mort de M. le docteur Béteille, un des médecins les plus recommandables de Toulouse.

— Le concours pour l'internat a commencé aujourd'hui mercredi. M. Cullerier n'ayant pu accepter les fonctions de juge, le jury se trouve composé de MM. Bazin, Labric, Vulpian, Dolbeau et Guyon, *juges;* Vigla et Giraldès, *suppléants.*

La question que les candidats ont eu à traiter est : « Les muscles intercostaux ; leurs usages. Fractures des côtes. »

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS.—IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Paraît tous les Vendredis. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — Prix : 24 francs par an.

TOME X. — PARIS, 16 OCTOBRE 1863. — N° 42.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêté ministériel.— **Partie non officielle.** I. **Paris.** Compte rendu des travaux du Congrès médico-chirurgical de Rouen. — Publication d'un nouveau Dictionnaire de médecine. — II. **Travaux originaux.** Pathologie interne : Des lésions bronchiques et pulmonaires, et particulièrement de la bronchite pseudo membraneuse et de la broncho-pneumonie dans le croup. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Bibliographie.** Sur quelques publications concernant l'hygiène. —V. **Variétés.** Société centrale de médecine du département du Nord. — VI. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres : Le baccalauréat ès sciences. — VII. **Feuilleton.** Archéologie chirurgicale : Histoire et pérégrinations d'un fémur. Étude sur le premier os de la cuisse extrait du corps de son légitime propriétaire, sans conséquence fâcheuse sur ce dernier.

PARTIE OFFICIELLE.

Le ministre de l'instruction publique ayant résolu de pourvoir d'une manière définitive à la chaire d'histoire naturelle médicale, vacante en ce moment à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris, avant le lundi 2 novembre à midi :

1° Leur acte de naissance ;

2° Leur diplôme de docteur ;

3° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement et l'énumération de leurs ouvrages ou de leurs travaux.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 15 octobre 1863.

Compte rendu des travaux du Congrès médico-chirurgical de Rouen.

(Suite. — Voir le n° 41.)

SOMMAIRE. — Uréthrotomie dans les rétrécissements. — Traitement des maladies de l'oreille. — Maladies et hygiène de la classe ouvrière. — Ménorrhagie et hématocèle péri-utérine.—De la môle hydatique. — Pathologie des contrées paludéennes, spécialement du Forez. — Délire partiel. — Broiement de la pierre en une seule séance. — Fracture de clavicule par contraction musculaire. — Ophthalmoscope binoculaire. — Hydrothérapie dans le goître exophthalmique. — Formation du type dans les variétés dégénérées. — Valeur séméiologique et médico-légale des écrits des aliénés. — Galvanocausticité.

QUATRIÈME SÉANCE.

M. BOUTEILLER lit un travail de M. BEYRAN (de Paris) sur *l'uréthrotomie dans les rétrécissements de l'urèthre*. Les princi-

---

FEUILLETON.

Archéologie chirurgicale.

HISTOIRE ET PÉRÉGRINATIONS D'UN FÉMUR. ÉTUDE SUR LE PREMIER OS DE LA CUISSE EXTRAIT DU CORPS DE SON LÉGITIME PROPRIÉTAIRE, SANS CONSÉQUENCE FACHEUSE POUR CE DERNIER.

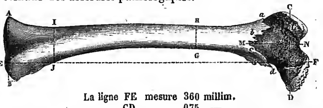
(Suite et fin. — Voir le numéro 39.)

CHAPITRE II.

QUI COMPREND LA DESCRIPTION EXACTE D'UN FÉMUR BIEN MOINS ALTÉRÉ QU'ON NE DEVAIT LE CROIRE, ET QUELQUES DÉDUCTIONS PATHOLOGIQUES A CE SUJET.

1° *Description.* — La figure qui accompagne ce mémoire représente le fémur dont j'écris l'histoire.

J'ai pris soin d'indiquer exactement ses dimensions à l'aide de lignes auxquelles on doit se reporter pour bien apprécier l'étendue des désordres pathologiques.



La ligne	FE	mesure	360	millim.
—	CD	—	075	—
—	AB	—	065	—
—	MN	—	045	—
—	KD	—	020	—
—	CL	—	015	—
—	LK	—	040	—
—	HG	—	025	—
—	IJ	—	035	—

Comme on peut facilement le remarquer, l'os n'est pas en-

pales conclusions de ce travail sont les suivantes : Il faut toujours commencer le traitement par la dilatation au moyen de bougies molles; si les bougies provoquent des accidents nerveux ou fébriles graves, il faut recourir à l'uréthrotomie, et préférer l'uréthrotomie interne d'arrière en avant.

M. Léon Deleau donne lecture d'un mémoire intitulé : *De l'état actuel du traitement des maladies de l'oreille*. Ce mémoire ne contenant rien qu'on ne trouve dans les traités généraux et spéciaux, nous ne nous y arrêtons pas.

L'industrie de la fabrication du verre a fourni à M. Ternisien le sujet d'une communication très-intéressante sur *les maladies auxquelles sont spécialement exposés les ouvriers, et sur l'hygiène qui leur convient*. Les conditions de température élevée où travaillent les verriers, la nature de leurs occupations, qui les obligent à souffler fortement dans un tube de fer échauffé, les exposent surtout à la pneumonie, qui est d'autant plus grave chez eux qu'ils s'adonnent volontiers à l'usage des boissons alcooliques.

M. Ternisien voudrait qu'on introduisît parmi ces ouvriers l'usage du café, qui pourrait leur faire oublier leur funeste habitude, et qui les désaltérerait mieux que toute autre boisson. L'excellence du café est constatée par l'expérience chez les ouvriers mineurs des houillères du Nord, chez les soldats en campagne; ce serait un grand bienfait pour la population importante des verriers de les faire jouir du bénéfice de cette boisson tonique.

M. Ternisien ne néglige pas les autres précautions hygiéniques que les ouvriers doivent prendre pour se garantir des refroidissements brusques. Il voit enfin dans l'embout présenté au Congrès par M. Viennois (voir le précédent numéro) un excellent moyen de préserver la bouche des malades du contact de la *canne*, qui est toujours à une température plus ou moins élevée.

Sous le titre : *Nouvelles considérations pratiques sur la ménorrhagie et ses rapports avec l'hématocèle péri-utérine*, M. Raciborsky trace surtout la physiologie pathologique des accidents de la menstruation. Séparant la métrorrhagie de la ménorrhagie, il veut qu'on réserve cette dernière dénomination aux hémorrhagies des organes sexuels survenant sous l'influence de l'orgasme vasculaire qui accompagne l'ovulation périodique; la ménorrhagie n'est que l'exagération d'une condition normale. Se fondant sur la disposition anatomique des ovaires des ligaments larges et du système veineux des organes de la génération, M. Raciborsky soutient l'opinion que l'orgasme vasculaire, quand il dépasse l'état physiologique, peut déterminer l'irruption du sang sur tous les points où cet orgasme existe. Il pense, en s'appuyant sur ses travaux antérieurs, que l'intérieur du follicule de de Graaf peut être le siége de l'hémorrhagie. Si cette hémorrhagie se fait à la face inférieure de l'ovaire, l'épanchement sanguin a lieu dans l'écartement des ligaments larges. Si, au contraire, c'est la partie supérieure de l'organe qui est le siége de cette hémorrhagie, l'épanchement s'opère dans le cul-de-sac rétro-péritonéal. Mais l'hémorrhagie de l'intérieur des follicules n'est pas la seule source de ces collections; le parenchyme de l'ovaire, les trompes, peuvent, dans certaines conditions, leur donner naissance.

L'utérus ne fait pas exception; on voit surtout la ménorrhagie se produire à la première époque menstruelle qui vient après un accouchement et un avortement. Dans ces conditions, la nouvelle caduque qui s'est formée n'a pas encore pris toute la consistance qu'elle aura plus tard; ses vaisseaux sont plus superficiels, moins solides, et résistent moins au molimen menstruel. Les excès vénériens produisent aussi cet accident.

Ce qu'on a désigné sous le nom d'*hématocèle rétro-utérine* n'est que le plus haut degré du développement de la ménorrhagie, et il est possible de distinguer des états intermédiaires, soit par l'explosion subite de douleurs accompagnées de nausées et de vomissements, soit par la constatation d'un faible épanchement qu'on découvre en explorant la partie supérieure du vagin.

M. Verrier, à propos d'une *Observation de môle hydatique*, essaye de tracer la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette altération du produit de la conception.

Les principaux symptômes sont : des hémorrhagies utérines peu abondantes et répétées, un arrêt dans le développement du ventre; ou bien, si son développement continue, il devient plus mou, s'aplatit transversalement, et offre une sorte de fausse fluctuation, l'absence des battements du cœur et des mouvements réels du fœtus; cependant le froissement des vésicules peut donner à la femme la sensation de mouvements.

Le diagnostic est souvent impossible; il se fonde sur les symptômes que nous venons d'indiquer.

Si l'on peut s'assurer de la présence du corps étranger, il faut en solliciter l'expulsion ou en opérer l'extraction, et pour

---

tier, l'épiphyse articulaire inférieure ou tibiale manque absolument et ne paraît pas avoir jamais été recueillie.

Cette absence n'est d'ailleurs nullement regrettable, car le fémur de Gois est parfaitement intact dans la plus grande partie de son étendue; les traces d'altérations osseuses ne s'observent que dans sa partie supérieure; on peut même considérer que la diaphyse, proprement dite, n'a pas été atteinte.

Tous les désordres sont limités aux éminences supérieures et à la portion d'os qui les supporte immédiatement.

La ligne *abcd* a eu pour but de les borner en avant du fémur; ils suivent une ligne peu différente en arrière.

La lame osseuse compacte de la diaphyse recouvre même un peu les parties manifestement altérées, que sépare des parties saines une ligne assez régulière, à peu près parallèle à celle du dessin.

Des trois éminences indiquées plus haut, la tête articulaire est certainement la plus gravement lésée, la sphère qu'elle représente est totalement déformée, sa surface est extrêmement inégale, à petits mamelons; l'excavation du ligament rond est diminuée au point de paraître effacée.

Cette portion articulaire est d'ailleurs sur le même niveau horizontal que le sommet du grand trochanter, lorsque le fémur est placé dans une direction perpendiculaire, ce qui prouve un affaissement marqué.

Le col anatomique de la tête coxale présente des altérations d'un autre genre; sa surface est rugueuse et grenue dans presque tout son pourtour, par disparition de la lame compacte extérieure, qui se remarque encore en plusieurs points du pourtour de la sphère qui le surmonte.

Ce tissu compacte reparaît intact dans l'espace compris entre la tête fémorale et la partie interne du grand trochanter.

Cette dernière éminence est peu altérée, excepté sur ses bords postérieur et antérieur où les cellules spongieuses sont à nu.

Le petit trochanter manque complétement, tandis que sa

remplir ce but l'auteur conseille les injections d'eau salée, l'ergot de seigle donné avec une sage mesure, la saignée, la belladone pour relâcher le col.

L'emploi de la pince à faux germe, l'introduction de la main, peuvent devenir nécessaires si l'expulsion spontanée ne s'opère pas complétement ou assez promptement.

M. Payet de Feurs, dans un travail éminemment pratique, passe en revue succinctement la *Pathologie spéciale des contrées paludéennes et surtout de la plaine du Forez.* Après un exposé du mode de production et de propagation du miasme palustre, où nous n'avons remarqué rien qui ne soit connu, l'auteur établit que la chloro-anémie existe à divers degrés chez tous les habitants des contrées marécageuses, et leur constitue, pour ainsi dire, un tempérament commun qui domine toute la pathologie, et surtout la thérapeutique des affections inflammatoires; prenant pour exemple la pneumonie, il démontre que les émissions sanguines sont fatales, et qu'elles ne trouvent leur indication que dans des cas exceptionnels fort rares. Les préparations antimoniales et les révulsifs cutanés énergiques ont, au contraire, le plus grand succès.

Il faut également s'abstenir de la saignée chez les malades qui, avec un teint blafard, un pouls mou et dépressible, se plaignent de céphalalgie et d'étourdissements; les émétocathartiques et les purgatifs sont les remèdes par excellence.

A propos des fièvres pernicieuses, M. Payet appelle l'attention sur l'imminence de ces accidents toutes les fois qu'il survient des accès intermittents à la suite des couches, de pertes utérines et de toute hémorrhagie. Les individus polysarciques y sont aussi très-sujets.

Le miasme paludéen diminue la fécondité, produit des hémorrhagies intermittentes, une maladie particulière des gencives endémique et contagieuse, l'affection vermineuse, des ulcères aux jambes, etc. L'auteur affirme que dans le Forez l'endémicité des fièvres intermittentes exclut la phthisie et la fièvre typhoïde.

Sous les noms de périostite, carie et nécrose palustres, M. Payet décrit des accidents qu'il n'a vus signalés par aucun auteur, et qu'il a observés chez des sujets qui avaient marché dans des étangs peu profonds ou des prés marécageux. Au début, la maladie ressemble à l'érythème noueux; mais bientôt les tumeurs suppurent, et les abcès sont suivis de nécrose ou de carie. Sur quatre cas observés par M. Payet, un seul a guéri. L'analogie de ces accidents avec la nécrose du maxillaire, due à l'action du phosphore, fait penser à ce médecin qu'on doit peut-être les attribuer aux émanations de phosphure d'hydrogène.

M. Payet termine son mémoire en signalant la diminution de la sécrétion lactée sous l'influence du seigle ergoté.

Nous regrettons de ne pouvoir que mentionner une communication orale de M. Delasiauve sur *le délire partiel.*

CINQUIÈME SÉANCE.

M. le secrétaire lit, au nom de M. Courty, un mémoire sur *un nouveau perfectionnement apporté à la lithotritie par le broiement de la pierre en une seule séance.*

Le professeur de Montpellier blâme la règle généralement adoptée de faire des séances courtes et multipliées; les fragments anguleux qu'on substitue ainsi à un calcul plus ou moins lisse déterminent des cystites, des inflammations ou des spasmes du col de la vessie qui peuvent devenir très-graves. Son procédé, aussi expéditif que la taille, consiste à pulvériser tous les fragments, et à les expulser séance tenante par des lavages à grande eau.

Avant d'opérer, M. Courty apporte un très-grand soin à la préparation du malade; il passe tous les jours une grosse sonde de gomme élastique, fait des injections vésicales avec des décoctions narcotiques, donne des bains, et cherche à éteindre par tous les moyens possibles la sensibilité des organes génito-urinaires.

L'opération comporte trois temps :

Dans le premier, la pierre est brisée avec le lithoclaste jusqu'à ce que l'opérateur reconnaisse que les fragments sont de petite dimension.

Dans le second temps, les fragments sont pulvérisés avec un lithotriteur à mors plats.

Dans le troisième temps, un troisième instrument à mors plats mais courts, un ramasseur, va chercher les moindres fragments derrière le col vésical ou dans les anfractuosités d'une vessie à colonne, et achève la pulvérisation de la pierre.

Pour enlever complétement tous les débris, M. Courty introduit ensuite une sonde à double courant, volumineuse, et à large ouverture, au pavillon de laquelle il adapte le tuyau d'une petite pompe à jet continu dont le tube aspirateur plonge dans un baquet plein d'eau tiède. Il est de toute nécessité, pour éviter une distension dangereuse de la vessie, que l'orifice

---

base, sorte de cupule de l'épiphyse (1), n'offre rien de pathologique, le tissu compacte y a conservé toute sa solidité normale.

Le cartilage épiphysaire qui sépare le grand trochanter du reste de l'os est très-sensible, ainsi que le montre le dessin.

Il en est ainsi de celui qui supporte la tête articulaire supérieure du fémur.

On remarque de plus (formant un angle aigu avec la dernière ligne épiphysaire) une rainure assez sensible qui descend dans une direction presque parallèle à l'axe de la diaphyse. Ce sillon, peu profond, parvenu à la face interne du col, remonte en arrière jusqu'au rebord postérieur de la ligne épiphysaire indiquée en décrivant une courbe assez régulière que le dessin fait parfaitement apprécier.

Cette courbe sert de limite à deux régions du col diversement altérées; celle qui correspond à la tête fémorale est recouverte d'une lame compacte presque intacte, tandis que les lésions sont plus marquées de l'autre côté.

Une disposition analogue s'observe tout le long des sinuosités de la ligne *abcd*.

En résumé, l'os proprement dit n'a subi que des altérations superficielles; les cellules spongieuses sont seulement mises à nu dans la région dont les limites ont été précédemment tracées.

La sphère articulaire seule est tellement déformée, qu'il y a lieu de supposer que c'est à son niveau que les conséquences du choc ont dû se faire sentir plus spécialement.

2° *Déductions.* — Les détails dans lesquels je viens d'entrer permettent donc déjà de discuter quelques-uns des points du récit de Sabatier, et de montrer qu'ils sont assez loin de rendre un compte exact de la nature des désordres.

(1) Les rapports de cette éminence avec la partie du fémur avec laquelle elle se soude ne sont pas suffisamment décrits dans les ouvrages d'anatomie. Il y a réception, pour ainsi dire, de l'épiphyse, en forme de petit noyau osseux, dans une cavité anfractueuse à bords échancrés de la diaphyse.

de sortie de la sonde n'appuie pas sur les parois de la vessie.

Le ramasseur peut être introduit de nouveau après ce premier lavage, et l'opérateur a alors la certitude d'avoir débarrassé complétement la vessie de tout débris de calcul.

M. Courty, qui opère ainsi depuis douze ans, n'a perdu aucun de ses malades, et chez tous le rétablissement a été rapide et durable.

M. Mélays communique une *observation de fracture de la clavicule par contraction musculaire.* La rareté de ces faits, dont on ne comptait jusque-là que trois dans la science, et les circonstances dans lesquelles cette fracture se produisit donnent un grand intérêt à cette communication. Le sujet est une jeune fille de dix-sept ans peu développée, mais sans traces de maladies. Elle jouait au volant lorsque, la tête légèrement renversée, le bras fortement écarté du tronc et porté en arrière, elle lança un violent coup de raquette, et ressentit aussitôt une vive douleur à l'épaule droite. La clavicule droite s'était fracturée vers l'extrémité externe du tiers moyen. M. Mélays explique la production de cette fracture par la traction violente exercée par le grand pectoral et les fibres antérieures du deltoïde sur la clavicule, maintenue en place dans sa moitié interne par le ligament costo-claviculaire et le muscle sous-clavier.

M. Giraud-Teulon a ensuite la parole pour donner la description et démontrer les avantages de son *ophthalmoscope binoculaire.*

M. Gillebert d'Hercourt, dans une observation lue au Congrès par M. Morel, fait ressortir les avantages de *l'hydrothérapie dans le traitement du goitre exophthalmique.* Ce cas, grave par l'intensité de l'éréthisme nerveux général, une altération profonde du foie et par les rechutes nombreuses que la malade éprouva, finit cependant par céder complétement au traitement hydrothérapique. Une circonstance particulière, et qui fixa surtout l'attention de M. Gillebert d'Hercourt, fut la suppresssion des règles comme phénomène initial et comme point de départ des réapparitions paroxystiques de la maladie, aussi dirigea-t-il spécialement la médication vers le rétablissement des fonctions utérines, cherchant à dissiper les congestions locales par d'autres congestions actives produites sur la moitié inférieure du corps au moyen des douches et des bains de siége de courte durée. L'oppression dissipée, les douches générales en poussière, de très-courte durée, furent utiles en établissant une large révulsion sur la peau.

M. Morel expose ensuite sa doctrine sur *la formation du type dans les variétés dégénérées, et les caractères auxquels on peut reconnoître qu'un individu révèle, dans sa constitution intellectuelle, physique et morale, les signes d'un état maladif de ses ascendonts.* Les nouvelles recherches que l'auteur a faites depuis la publication de son *Traité des dégénérescences* lui donnent la conviction qu'il est possible de tracer les caractères des diverses variétés de dégénérescences, et de rattacher les déformations physiques à des influences héréditaires qui leur impriment une direction particulière suivant la maladie des ascendants. Les perversions des instincts, les aberrations de l'intelligence, diffèrent aussi selon que les individus appartiennent à des parents épileptiques, alcoolisés, hystériques, etc. M. Morel espère qu'il sera possible, à l'aide de l'étude des causes maladives qui s'exercent dans tel ou tel milieu, de créer une nouvelle branche d'histoire naturelle qu'il proposerait d'appeler *Anthropologie morbide.* A l'appui de ses idées, M. Morel montre à l'assemblée des spécimens où il a représenté les caractères typiques des diverses variétés dégénérées dans l'espèce humaine.

Dans un travail intitulé : *De la valeur des écrits des aliénés au point de vue de la sémiologie et de la médecine légale,* M. Marcé envisage les écrits des aliénés à deux points de vue : 1° comme mode d'expression des idées délirantes; 2° comme représentation graphique. Sous le premier rapport, ils peuvent acquérir une très-grande importance, par exemple, lorsque des malades méfiants, en garde contre les questions qu'on leur pose, cèdent, en prenant la plume, à un besoin d'expansion irréfléchie, ou quand des malades, vivant des mois et des années dans un mutisme absolu, se laissent aller de temps en temps à confier au papier des conceptions délirantes qui étonnent par leur multiplicité et la complexité de leurs combinaisons. Dans d'autres cas, des malades, d'une incohérence remarquable dans la conversation, écrivent des lettres pleines de sens et de liaisons; aussi M. Marcé admet-il cette proposition si importante pour le médecin légiste : qu'un écrit parfaitement raisonnable ne prouve pas toujours la non-existence de la folie.

Au point de vue graphique, les écrits offrent chez les aliénés des variations caractéristiques qui ont la même importance que celles que l'on remarque dans l'articulation des mots.

Nul doute d'abord au sujet de la concordance de l'âge assigné au blessé avec l'état anatomique du fémur.

La présence des cartilages épiphysaires le prouve suffisamment. Car on sait que le fémur ne forme une seule pièce que vers la vingtième année, et Gois avait vingt et un ans.

Cependant je dois faire remarquer que les anatomistes sont assez peu d'accord sur l'époque précise de la soudure des épiphyses fémorales au corps de l'os.

D'après Orfila, cité par M. Richet (1), celle du petit trochanter s'effectuerait de treize à quatorze ans, celle du grand trochanter et du col à dix-huit; tandis que cette dernière réunion n'aurait lieu qu'à vingt ans pour Meckel.

D'un autre côté, M. Cruveilhier pense que le petit trochanter d'abord, puis le grand à la tête, ont successivement opéré leur soudure définitive au reste de l'os vers la dix-huitième année (2).

(1) *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale,* 2e édition, 1860, p. 1015.
(2) *Anatomie descriptive,* 2e édition, 1843, t. I, p. 305.

Sans chercher d'autres contradictions ou divergences, je rappellerai que sur le fémur de Gois aucune des épiphyses n'était complétement soudée à vingt et un ans.

Ce point d'anatomie pure écarté, il semblerait résulter du texte cité que les désordres osseux ont été considérables, et l'on ne peut vraiment l'admettre lorsqu'on examine la pièce pathologique.

On n'y voit point de traces de fracture, car il est impossible de regarder la ligne ou la rainure dont j'ai parlé précédemment comme un vestige de ce genre de lésion borné à une partie du col.

L'absence complète de déformation, de changements de direction ou de rapports de l'os en ce point, en même temps que la *parfaite consolidation* qui aurait dû se produire dans les circonstances de la blessure, ne permettent pas d'y songer un moment.

Bien plus, la consolidation des fractures intra-capsulaires du fémur n'est même pas admise comme possible par le plus

L'étude particulière de l'influence de chaque forme d'aliénation mentale sur la nature et l'aspect des écrits, abonde en vues ingénieuses et en observations nouvelles. Incohérents ou seulement prolixes dans la manie, les écrits sont brefs et par fois incomplets dans la dépression mélancolique. La démence simple se traduit par une absence d'association dans les idées, ou par des associations bizarres, la répétition des mêmes phrases, des mêmes mots, un manque absolu de mémoire, l'omission de mots ou de membres de phrases. Si la démence est accompagnée d'une lésion organique, outre ces caractères, l'écriture présente un tremblement spécial. Dans la paralysie générale, les inégalités graphiques sont constituées par des coudes, des angles saillants.

Ces quelques exemples, choisis dans un plus grand nombre, suffisent pour montrer quelle importance cette étude peut avoir, au point de vue de la médecine légale, où l'on a souvent à se faire une opinion d'après des écrits.

Outre les communications dont nous venons de faire l'analyse, cette séance a encore été occupée par la présentation d'instruments de chirurgie de M. Mathieu, d'appareils de prothèse de M. Préterre, et la lecture d'une note de M. de Seré, sur *la galvano-causticité*.

Dr Duménil.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Publication d'un nouveau Dictionnaire de médecine.

MM. Victor Masson et fils et M. Asselin, éditeurs, ont entrepris de publier en commun un nouveau dictionnaire de médecine ayant pour titre : Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, et ils en ont confié la direction scientifique à MM. les docteurs Dechambre et Raige-Delorme. Cette œuvre a trouvé en naissant, dans l'élite du corps médical, une sympathie dans laquelle il faut voir surtout le témoignage de sa haute utilité. Elle est assurée dès aujourd'hui de la collaboration de plus de quatre-vingts confrères, médecins civils, médecins militaires, appartenant pour la plupart aux corps enseignants, aux académies, aux hôpitaux et à la presse médicale : la liste en sera publiée dès qu'elle sera entièrement close et arrêtée dans une forme authentique.

Une réunion générale des collaborateurs a eu lieu mardi dernier dans l'un des amphithéâtres de la Faculté de médecine, mis à sa disposition par l'obligeance de M. le doyen. La présidence avait été dévolue à M. le professeur Velpeau. M. Victor Masson a exposé d'abord le but et le caractère général de la publication, puis donné lecture de l'acte qui la constitue et en établit les clauses et conditions. Chaque article de l'acte a été soumis ensuite à délibération, et l'acte a reçu la signature de tous les membres présents.

Nous nous bornerons à annoncer aujourd'hui que le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, qui comprendra la médecine, la chirurgie et les sciences accessoires, aura vingt volumes grand in-8°, chacun de 800 pages, avec les figures qui seront jugées nécessaires par le Comité de rédaction. L'état actuel des travaux préparatoires et le grand nombre des collaborateurs permettent de promettre une succession très-rapide des volumes ; le premier est déjà en partie confié à la rédaction. Nous sommes d'ailleurs bien placés ici pour pouvoir garantir, de la part des directeurs scientifiques, avec l'assistance du comité, toute l'activité, toute la vigilance qu'exige une œuvre matériellement et scientifiquement si considérable.

L.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Des lésions bronchiques et pulmonaires, et, particulièrement, de la bronchite pseudo-membraneuse et de la broncho-pneumonie dans le croup, par le docteur Michel Peter, chef de clinique de la Faculté, à l'Hôtel-Dieu.

(Suite. — Voir les nos 29, 31, 33 et 35.)

2° congestion pulmonaire.

Dans 121 autopsies de croup, avons-nous dit, nous n'avons trouvé les poumons sains que 12 fois seulement ; 109 fois ils présentaient des altérations diverses, et surtout de la congestion, ainsi que de la pneumonie.

Ces 109 cas d'altérations pulmonaires se décomposent comme il suit :

Congestion générale	17	27 cas.
— légère	7	
— des bases	3	
Pneumonie à la période d'engouement.	12	79
— confirmée	67	
Pneumonie chronique		1
Gangrène pulmonaire		1
Apoplexie pulmonaire		1
Total		109 cas.

Parmi ces cas s'en trouvaient bon nombre où existaient à la fois une congestion assez considérable et de la pneumonie confirmée.

grand nombre des auteurs, et c'est pourtant ce qui serait arrivé dans des conditions tout à fait défavorables.

D'ailleurs un examen attentif montre bien vite que le sillon indiqué n'est que le résultat d'un état différent et plus avancé des lésions du tissu osseux du col, car la lèvre correspondant à la tête fémorale a presque partout conservé son intégrité et son état lisse, tandis que celle qui lui est opposée est très-rugueuse.

Les altérations qu'on remarque sur l'os ne sont donc autres que celles qui peuvent résulter de l'absence ou d'insuffisance de nutrition, suite de la gangrène des parties molles, et surtout de la suppuration prolongée pendant plusieurs mois ; le fémur étant resté disséqué de toutes parts, comme le raconte Sabatier.

Notons qu'il ne peut être ici question de nécrose proprement dite ; le corps de l'os est intact, et j'ai fait remarquer la conservation en plusieurs endroits de la lame compacte peu épaisse qui recouvre les cellules dont l'extrémité coxale du fémur est presque entièrement composée.

Nous sommes donc conduit à reconnaître rationnellement dans l'accident survenu à Gois une violente attrition des tissus, s'étendant aux vaisseaux fémoraux et peut-être aux nerfs (du pli de l'aine tout au moins), pour expliquer l'apparition très-rapide de la gangrène totale du membre.

Rappelons en effet qu'elle s'est montrée *trois jours* seulement après l'accident, et que ce qu'on peut apprécier des altérations osseuses ne donne certainement pas la raison de désordres aussi graves et surtout aussi prompts.

Cette brusque apparition du sphacèle, son étendue et la chute prompte de toutes les parties molles, expliquent en outre l'état d'intégrité de la diaphyse de l'os, dont la partie supérieure seule est restée en contact avec la suppuration, qui n'a pas duré moins de plusieurs mois avant l'ablation, ou plutôt la séparation du fémur dans son articulation avec l'os iliaque.

Il y a lieu de croire enfin que la cavité cotyloïde avait été

Les chiffres donnés plus haut sont loin de représenter exactement le résultat des autopsies relativement à la congestion. On peut dire qu'il y en a presque toujours; seulement elle existe rarement seule; le plus souvent elle est liée à un autre état anatomique, tel que la bronchite capillaire, la bronchite pseudo-membraneuse ou la pneumonie, dont elle est le phénomène initial. Mais c'est la grosse lésion qui préoccupe surtout l'observateur.

Il s'en faut bien cependant que la congestion générale soit à dédaigner; dans les cas où nous l'avons trouvée le plus considérable, le malade avait succombé dans un état de dyspnée croissante, arrivant rapidement jusqu'à l'asphyxie.

Or, la pneumonie parfois concomitante était loin de pouvoir expliquer par son étendue et son degré l'intensité de la dyspnée et la généralisation des râles.

Évidemment alors la congestion est la cause prochaine de l'asphyxie et de la mort.

Ex. I. — Un enfant de cinq ans présente, au deuxième jour de la trachéotomie, une face cyanosée, 140 pulsations et 60 respirations. Dans la journée, la dyspnée devient excessive, le pouls est innombrable; cependant la toux est rare, ainsi que les crachats. A l'auscultation, on entend des râles sous-crépitants généralisés, comme dans la bronchite capillaire. Il y a un peu de respiration soufflante des deux côtés.

A l'autopsie, on trouve les deux poumons très-congestionnés, et, dans le lobe inférieur seulement du poumon gauche, un noyau d'hépatisation.

Ex. II. — Enfant de cinq ans, mort vingt-quatre heures après l'opération, en état d'asphyxie et au milieu de l'anxiété la plus grande. On n'entend que des râles humides peu nombreux, et l'on ne constate guère que de la faiblesse du murmure respiratoire.

A l'autopsie, fausses membranes dans un assez grand nombre de ramifications bronchiques, mais de plus congestion pulmonaire intense et généralisée. Le tissu est rouge, gorgé de sang, crépite peu, mais surnage le liquide où on le projette.

On verra dans les exemples qui suivent combien souvent la congestion existe en même temps que d'autres lésions plus avancées. Je n'ai cité, entre beaucoup d'autres, ces observations que parce que la mort, survenue rapidement, sans lésions graves du parenchyme, peut être rapportée surtout à la congestion pulmonaire.

Je crois que cette congestion est, dans un très-grand nombre de cas, la cause prochaine de la mort chez les individus atteints de diphthérite des voies aériennes. Je crois que, dans ces cas où l'asphyxie continue, malgré la voie ouverte à l'air par la trachéotomie, c'est contre elle qu'il faudrait surtout diriger les efforts de la thérapeutique. Il y a là quelque chose à faire. La congestion précède et accompagne la bronchite capillaire, la bronchite pseudo-membraneuse et la broncho-pneumonie; la vaincre ou la diminuer permettrait peut-être d'enrayer ces états morbides, anatomiquement plus durables qu'elle. Peut-être n'insiste-t-on pas assez sur les révulsifs cutanés, qui, sans spolier l'organisme comme les ventouses scarifiées, attirent à la peau le sang en plus grande abondance, et qui, sans ulcérer le derme ni appeler la diphthérite, comme les vésicatoires, opèrent à la périphérie une puissante dérivation : je veux parler des ventouses sèches appliquées en grand nombre, et à plusieurs reprises, sur les parois du thorax.

3° BRONCHO-PNEUMONIE.

Fréquence. — C'est une des lésions les plus fréquentes de la diphthérite des voies aériennes. J'ai réuni dans un même tableau synoptique, et par ordre de date, les cas de congestion pulmonaire (notés à l'autopsie) et de pneumonie, ainsi que ceux de laryngite et de bronchite pseudo-membraneuse, afin de faire voir d'un seul coup d'œil la fréquence relative de ces divers états morbides à une même période de la maladie.

Croup et lésions diverses.

ÉPOQUE de la diphthérite.	PNEUMONIE.	CONGESTION pulmonaire.	BRONCHITE.	LARYNGITE.
3e jour.	4 cas.	2 cas.	6 cas.	8 cas.
4e	11	4	12	23
5e	12	»	6	10
6e	10	6	8	10
7e	3	4	4	8
8e	4	»	1	3
9e	4	3	3	4
10e	6	»	1	2
11e	3	3	2	3
12e	2	»	1	»
13e	»	»	»	»
14e	1	»	»	»
15e	3	»	»	»
16e	»	»	»	»
17e	1	»	»	»
18e	1	»	»	»
21e	1	»	»	»
24e	1	»	»	»
25e	1	»	»	»
27e	1	»	»	»
28e	»	1	»	»
32e	1	»	1	»
42e	1	»	»	»
n	7	3	6	8
Total. . .	78 cas.	26 cas.	51 cas.	81 cas.

Époque du développement. — Il n'était pas sans intérêt de savoir à quel jour de la diphthérite s'observait surtout la pneumonie. Voici le nombre des cas rangés par ordre de date :

---

intéressée au moins consécutivement au choc; l'état de la sphère fémorale, l'effacement de la cavité destinée à l'insertion du ligament rond au fémur, ainsi que la violence de la contusion permettent de le supposer.

La longueur extrême de la cicatrisation, obtenue seulement après dix-huit mois, en serait également une preuve.

On peut donc, en terminant ce chapitre, exprimer quelques regrets du peu de précision de l'observation dont le texte nous a été conservé.

Les faits cliniques ne peuvent en effet avoir toute leur importance qu'autant qu'ils sont complétement détaillés, qu'on en a recueilli toutes les circonstances, que leurs conditions ont été pesées, sévèrement jugées, et quelquefois critiquées.

Sans cela, ils encombrent la science au lieu de la servir.

Il y aurait sans doute encore à se demander si l'extirpation d'un fémur presque complétement séparé des parties molles environnantes peut bien être considérée comme une véritable amputation; mais nous renvoyons à plus tard la discussion de cette question de doctrine, que nous étudions dans un mémoire particulier sur l'histoire de l'introduction de la désarticulation coxo-fémorale en chirurgie.

Nous passons donc tout de suite au récit des pérégrinations nombreuses de l'os dont nous venons d'exposer l'origine et les altérations.

Nulle pièce pathologique n'a peut-être éprouvé plus de vicissitudes.

CHAPITRE III.

OÙ L'ON RACONTE COMMENT UN OS PEUT ÊTRE SOUMIS A DES CHANGEMENTS FORCÉS DE DOMICILE.

L'opération de Pérault avait fait bruit en Touraine, et c'est sans doute à cause de sa rareté que le fémur de Gois dut d'être conservé par le puissant marquis de Voyer d'Argenson, à sa magnifique terre des Ormes.

Or, les grands seigneur du temps aimaient à réunir à leur table les savants, et peut-être même de préférence les méde-

Pneumonie dans la diphthérite.

DATE de la diphthérite.	NOMBRE de cas de pneumonie.	DATE de la diphthérite.	NOMBRE de cas de pneumonie.
3e jour.	4 cas.		*Report.* 60 cas.
4e	11	15e jour.	3
5e	12	17e	1
6e	10	18e	1
7e	3	21e	1
8e	4	24e	1
9e	4	25e	1
10e	6	27e	1
11e	3	32e	1
12e	2	*n*	7
14e	1	42e	1
A reporter. . .	60 cas.	Total. . .	78 cas.

Ce tableau démontre avec quelle rapidité la pneumonie se développe, puisqu'on l'a rencontrée à l'autopsie dès le troisième jour de la maladie. On voit aussi que c'est surtout du troisième au sixième jour qu'on l'observe. Eh bien ! il résulte également de nos recherches qu'à partir du douzième jour la pneumonie est le plus ordinairement la seule lésion que l'on rencontre.

D'un autre côté, puisque l'on a souvent constaté l'existence de la pneumonie dès le troisième ou le quatrième jour de la diphthérite, parfois un petit nombre d'heures après la trachéotomie, et, dans certains cas, sans qu'on ait fait cette opération, ainsi qu'on le verra plus loin (ex. VII et XIV), il en résulte évidemment que celle-ci n'est pas, comme on l'en a accusée, la cause habituelle de l'inflammation du parenchyme pulmonaire, mais qu'au contraire la pneumonie se produit spontanément, comme la bronchite capillaire, par exemple, et parallèlement ou consécutivement à cette dernière affection.

Forme. — Dans nos 79 cas de pneumonie, 12 fois seulement il n'y avait que de l'engouement, et 67 fois la pneumonie était confirmée.

Nos 12 cas d'engouement ont été observés du troisième au huitième jour de la diphthérite. Dans certains cas, cet engouement était hypostatique, comme dans les fièvres graves, et n'existait qu'à la partie postérieure des poumons, dont le parenchyme était violacé ou noirâtre. Il y avait parfois coïncidence de l'engouement et de l'œdème, comme c'était le cas chez un enfant très-jeune, âgé seulement de dix jours et qui succomba au quatrième jour d'une diphthérite des plus généralisées.

Anatomie pathologique. — Dans nos 67 cas de pneumonie, nous avons rencontré toutes les formes anatomiques possibles de cette affection : la *carnification* et l'*état fœtal;* l'*hépatisation* et les *abcès;* la *pneumonie lobulaire* disséminée et la pneumonie *lobaire*, soit *franche*, ce qui était très-rare, soit *hypostatique*, ce qui était beaucoup plus fréquent.

Dans la plupart des cas, sinon dans tous, les altérations pulmonaires étaient multiples; les plus avancées s'observaient à la base des poumons. Le plus souvent alors ces organes présentaient de l'*hépatisation* à leur partie inférieure, de la *splénisation* ou de l'engouement à leur partie moyenne et de l'*emphysème* à leur sommet.

Il ne sera pas inutile de rapporter ici quelques exemples de ces pneumonies à la période d'hépatisation rouge du quatrième au neuvième jour de la diphthérite.

Exemples de lésions multiples du poumon avec hépatisation rouge.

Ex. III. — Enfant de vingt-sept mois, mort au sixième jour de sa diphthérite et au premier jour seulement de la trachéotomie.

Les poumons présentaient les altérations suivantes :

Emphysème des lobes supérieurs tout entiers; emphysème interlobulaire dans le poumon droit (l'emphysème était surtout remarquable par la congestion exceptionnelle de la membrane muqueuse). Retour à l'*état fœtal* d'une petite étendue du bord antérieur du lobe supérieur du poumon gauche. *Broncho-pneumonie* des lobes inférieurs des deux poumons, splénisation du parenchyme, qui est violacé, friable, mais surnage le liquide où on le plonge. *Noyaux apoplectiques* disséminés dans le poumon gauche, tant la congestion y est intense.

Ex. IV. — Enfant de cinq ans et demi, mort au neuvième jour de la maladie et trente heures après la trachéotomie. Il y avait *emphysème* des sommets, *collapsus* du poumon droit, forte congestion de tout le poumon gauche, dans le lobe inférieur duquel existe de la fausse *hépatisation*, où le doigt s'enfonce en déchirant le tissu pulmonaire.

Il y avait de la diphthérite bronchique dans la bronche gauche jusqu'aux ramifications d'avant-dernier ordre, avec rougeur intense de la membrane muqueuse des ramifications ultimes, de sorte que la congestion pulmonaire existait du même côté que la diphthérite généralisée, aux points où la fausse membrane était récente ou en voie d'exsudation.

Ex. V. — Enfant de huit ans, morte au cinquième jour de la maladie et douze heures seulement après la trachéotomie. *Emphysème* des sommets et là où les divisions bronchiques ne contiennent pas de fausse membrane; splénisation des deux tiers inférieurs des poumons, rouge verdâtre à la base, rouge noirâtre en d'autres points; quelques points des bords tranchants sont revenus à l'état fœtal : ces points correspondent aux bronches où les fausses membranes étaient le plus abondantes et le plus épaisses, et dont quelques-unes étaient complétement oblitérées. Les points splénisés correspondent aux

---

cins, que rapprochaient particulièrement d'eux alors les tendances philosophiques.

Il n'était pas rare, par suite, que la médecine ou la chirurgie vinssent en sujet de causerie de dîner (1).

(1) Je pourrais citer plus d'une découverte ou méthode chirurgicale ayant eu un pareil berceau, et c'est seulement pour fournir une preuve à l'appui de ce que j'avance que je signale ici l'origine et la date de l'introduction ou plutôt de la généralisation de l'emploi des couteaux droits dans les amputations. Cette origine est sans doute assez peu connue pour offrir quelque aliment à la curiosité.

C'est à Louis que l'on doit cette substitution, et, chose assez singulière, l'illustre secrétaire de l'Académie de chirurgie ne vit dans cette modification que l'avantage de placer trois couteaux droits dans des caisses où l'on ne pouvait en ranger jusqu'alors que deux courbes.

Il avait eu cette idée à la suite d'une entrevue avec le célèbre comte d'Estaing, dont il avait pu apprécier la dextérité à découper les viandes à table à l'aide d'un grand couteau droit à ressort qu'il avait mis fort à la mode en 1780, au retour de sa campagne d'Amérique. On nommait ces couteaux *à la d'Estaing*. Louis les fit adopter par les chirurgiens, assez facilement d'abord, puis avec moins d'enthousiasme. (Voy. Lombard, *Clinique des plaies récentes*, etc. Strasbourg, an VIII.) — C'est avec intention que je dis qu'on ne doit attribuer à Louis que la généralisation de l'usage des couteaux droits : on s'en était servi avant lui.

C'est ce qu'il advint pour le fémur dont j'écris l'histoire; M. de Voyer aimait à en parler, ce que prouve la note suivante, découverte à son sujet dans de vieux papiers :

« M. Cochon-Duvivier, alors démonstrateur d'anatomie à » Rochefort, fut un jour interpellé dans un grand dîner par » M. de Voyer d'Argenson sur la possibilité d'extraire la totalité » d'un fémur; il crut devoir répondre par la négative, et fut » par suite assez étonné d'entendre raconter qu'il existait au » château des Ormes la preuve vivante du succès qu'il croyait » impossible (1). »

(1) Il est facile d'expliquer cette rencontre et même d'en fixer approximativement la date. Marc René, marquis de Voyer, fils de Marc-Pierre d'Argenson et lieutenant-général des armées, fut nommé en 1775 commandant de la Saintonge et du pays d'Aunis. Il s'occupa activement de son commandement, fit de nombreux voyages à Rochefort et s'y rencontra sans doute plusieurs fois avec Cochon-Duvivier. Ce médecin s'était, comme lui, dévoué à tout ce qui avait trait à l'assainissement des marais qui rendaient alors cette partie du département de la Charente-Inférieure si redoutable par ses fièvres. M. le marquis de Voyer étant mort en 1782, l'entrevue dont je parle a dû avoir lieu peu après l'opération de Pérault.

divisions où la muqueuse bronchique est fortement congestionnée et où se voient des rudiments de fausses membranes peu épaisses et peu adhérentes.

Ex. VI. — Enfant de quatre ans, mort au huitième jour de la maladie et au sixième de la trachéotomie. *Emphysème* vésiculaire dans presque toute l'étendue des deux lobes supérieurs, qui sont fortement bosselés, présentent çà et là des ampoules et ne crépitent nullement. *Hépatisation* de la languette inférieure du lobe supérieur et de tout le reste des poumons, dont le tissu est dur, friable, mais surnage le liquide.

Ex. VII. — Enfant de dix-huit mois, mort au quatrième jour de la diphthérite, et sans qu'on ait cru devoir faire l'opération. *Emphysème* des sommets et des bords tranchants; bronchio-pneumonie dans près des deux tiers des poumons, qui sont hépatisés et dont les fragments vont au fond du vase où on les projette. Il y avait des fausses membranes pultacées ou demi-liquides dans les bronches jusqu'aux petites divisions, et une congestion de la membrane muqueuse très-intense.

Ex. VIII. — Enfant de trois ans, mort au sixième jour de la diphthérite et au deuxième de la trachéotomie. *Emphysème* considérable des lobes supérieurs, encore plus marqué à droite; hépatisation rouge grise des deux lobes moyen et inférieur à droite, avec emphysème des bords tranchants; *congestion* mollasse et collapsus du lobe inférieur gauche. (Le sujet étant couché, un plan horizontal sépare nettement la portion congestionnée et enflammée de la portion emphysémateuse; tout ce qui est au-dessous de ce plan est rouge et congestionné, tout ce qui est au-dessus est blanc, exsangue, emphysémateux; pleurésie avec épanchement séro-fibrineux à droite.

Exemples de carnification ou de retour à l'état fœtal.

Ex. IX. — Enfant de cinq ans, morte trente heures après la trachéotomie, dans un état d'asphyxie complet.

Membrane muqueuse trachéale et bronchique rouge et injectée. Double congestion pulmonaire. Carnification au niveau des points où la congestion est le plus intense. Le tissu pulmonaire y est dense, résistant, comme charnu, non crépitant et couleur d'acajou foncé.

Ex. X. — Enfant de quatre ans, mort cinq jours et demi après l'opération.

Congestion pulmonaire disséminée dans plusieurs lobules isolés. A ce niveau, le tissu pulmonaire est d'un rouge violacé, non aéré, plus résistant et plus dense qu'à l'état normal, sans que nulle part il gagne le fond de l'eau où on le projette.

Il est inutile de multiplier ces exemples, qui suffisent pour faire saisir la relation qui existe entre l'atélectasie ou état fœtal et la congestion pulmonaire intense, comme on l'observe avec la bronchite pseudo-membraneuse. Je rappellerai au lecteur, comme type d'atélectasie, celui de l'obs. XI, où l'on voit l'état fœtal survenir comme conséquence de la bronchite pseudo-membraneuse.

Nous avons trouvé la pneumonie suppurée à une période ordinairement avancée de la diphthérite, du dixième au trente-deuxième jour.

Exemples de lésions multiples des poumons avec suppuration du parenchyme.

Ex. XI. — Jeune fille de dix-sept ans, morte le onzième jour de sa diphthérite et le troisième de la trachéotomie. Infiltration purulente de tout le lobe inférieur du poumon droit, qui est granuleux, et de la moitié inférieure du lobe moyen; noyaux de *pneumonie lobulaire* depuis la simple congestion jusqu'à l'hépatisation grise dans le poumon gauche; épanchement pleurétique à droite.

Ex. XII. — Enfant de cinq ans, morte au dixième jour (troisième de la trachéotomie). *Congestion* très-forte des poumons; *hépatisation* gris verdâtre du lobe inférieur gauche.

Ex. XIII. — Enfant de trois ans et demi, morte au onzième ou douzième jour de la maladie (dixième de la trachéotomie). *Congestion veineuse générale* du poumon droit; noyau d'hépatisation rouge, du volume d'une noix, dans le lobe supérieur de ce poumon; *hépatisation grise* de tout le lobe inférieur et de la base du lobe inférieur du poumon gauche; *fausse membrane pleurétique*, gélatineuse, de formation récente, à la surface des lobes enflammés.

Ex. XIV. — Enfant de cinq ans et demi, mort au quinzième jour de la diphthérite et sans que la trachéotomie ait jamais été indiquée. *Emphysème* des sommets; broncho-pneumonie double; hépatisation grise en certains points du parenchyme, qui est granulé à la coupe, friable, et ne surnage pas le liquide; *splénisation* en d'autres points, où le tissu se réduit en pulpe et gagne le fond de l'eau.

Ex. XV. — Enfant de cinq ans, mort au vingt-quatrième jour de la maladie (dix-septième de la trachéotomie). *Emphysème* des sommets et du bord tranchant des bases; *hépatisation* des deux poumons, surtout à la base et en arrière, grise en certains points, où le tissu pulmonaire s'écrase en pulpe putrilagineuse sous une faible pression et laisse écouler une sérosité purulente; congestion de toute la portion du parenchyme qui n'est pas emphysémateuse ou hépatisée.

Ex. XVI. — Enfant de vingt-sept mois, morte au vingt-sep_

Les faits de ce genre étaient tellement rares alors, et la publicité médicale si restreinte, qu'il n'y a pas à défendre d'ignorance le chirurgien remarquable que je viens de nommer, et dont le nom est encore vénéré en Aunis (1).

Mais les désarticulations devinrent bientôt moins extraordinaires, le merveilleux de celle de Gois s'usa sans doute, comme toute nouveauté, et l'amitié, comme la camaraderie, a d'ailleurs souvent des droits plus forts que l'amour pur de la science; aussi le fémur des Ormes fut-il donné, ainsi que nous l'avons dit, au comte de Jarnac pour son cabinet d'histoire naturelle (1).

Il y resta peu de temps. Épave pathologique de la chirurgie du XVIII^e siècle, il subit le sort des grandes choses du temps; il devint propriété nationale, fut confisqué pour cause d'émigration très-prompte de son troisième propriétaire, et enfin transporté au district de la commune d'Angoulême (2).

Il y fit peu après partie des collections affectées à l'École centrale instituée dans cette ville lors du rétablissement d'un enseignement régulier en France (3), et c'est là qu'il fut véritablement découvert vers les premières années de ce siècle.

(1) Pierre-Thomas Cochon-Duvivier, grand homme inconnu des biographes, né à Fressine, près Niort, le 9 novembre 1731, entra dans le service de santé de la marine en 1749 et fit d'abord de nombreuses campagnes dans le Levant, aux Indes, à la côte d'Afrique, etc. Il fit plus tard partie des escadres du marquis de Conflans, de Dubois de la Mothe (1757), de de la Touche-Tréville (1760).

Nommé démonstrateur d'anatomie en 1765 à Rochefort, il y devint chirurgien en chef en 1780, fut un moment proscrit pendant la Terreur, mais reprit la direction des hôpitaux du port après le 9 thermidor. Il consacra dès lors toute sa vie, non-seulement aux devoirs de sa profession médicale, mais encore à la réalisation des améliorations que l'étude de l'hygiène pouvait rendre applicables aux contrées marécageuses de la basse Saintonge. Membre du corps législatif, honoré de l'attention particulière de l'empereur Napoléon I^{er}, il est mort le 26 avril 1813. Son buste est placé dans presque tous les établissements publics de Rochefort comme celui d'un des bienfaiteurs du pays.

(1) Ce cabinet était fort remarquable, d'après des renseignements que m'ont fournis des personnes encore vivantes dans le pays.

(2) Cette translation eut lieu en 1792.

(3) L'École centrale d'Angoulême fut fondée en l'an V.

tième jour de la maladie (vingt-cinquième de la trachéotomie). *Emphysème* des sommets; *broncho-pneumonie double suppurée* des deux côtés.

Ex. XVII. — Enfant de trois ans et deux mois, morte au trente-deuxième jour d'une affection diphthéritique insolite et au huitième de la trachéotomie. Le lobe moyen du poumon droit, ferme et granuleux à sa surface, paraît avoir été le siége d'une pneumonie lobulaire; le lobe inférieur du même poumon, également compacte, contient dans son intérieur plusieurs abcès à parois déchiquetées, dont le plus considérable a le volume d'une petite noix.

Réflexions. — Au point de vue de la gravité des lésions, on peut voir par les exemples précédents que la pneumonie n'est pas d'autant plus considérable que la mort a eu lieu un plus grand nombre de jours après la trachéotomie; *qu'elle est aussi forte*, sinon plus intense, peu d'heures après la trachéotomie que plusieurs jours après cette opération, ce qui prouve évidemment que la pneumonie existait avant l'opération et n'a pas été causée par elle. Rappelons d'ailleurs, et cela est péremptoire, que la *pneumonie s'est développée sans opération préalable* chez les deux malades des exemples VII et XIV.

Pathogénie. — Au point de vue de la pathogénie, il est difficile de trouver un fait plus hautement significatif que celui de l'exemple IV : il permet de saisir, en quelque sorte, au passage la transition d'un état anatomique à l'autre; on y voit dans un même organe la phlegmasie se propageant d'un élément à un autre par voie de contiguïté, et changeant ainsi de forme et de nom sans changer de nature. Ainsi la phlegmasie diphthéritique s'était propagée du larynx à la bronche gauche; il y avait, par conséquent, bronchite pseudo-membraneuse. Mais, dans un organe aussi complexe que le poumon, la phlogose n'était pas restée circonscrite à la membrane muqueuse, elle avait intéressé le tissu conjonctif ambiant, et il y avait eu congestion ici, phlegmasie plus loin.

L'exemple V et l'exemple VII offrent beaucoup d'analogie avec le précédent, et nous aurions pu facilement multiplier les exemples, sans grand profit pour le lecteur. Si l'on comprend aisément le mode de production de la bronchite pseudo-membraneuse par voie de continuité, on comprend avec non moins de facilité, à l'aide d'un petit nombre d'exemples, la génération de la pneumonie par voie de contiguïté.

Mais puisque la diphthérite des voies aériennes a la plus grande tendance à se généraliser à presque toute l'étendue de la membrane muqueuse respiratoire, et que cette généralisation ne peut guère s'opérer sans qu'au contact des ramifications bronchiques envahies le tissu conjonctif se prenne à son tour, on voit, ainsi que nous l'avons dit tant de fois déjà, combien doit être fréquente la pneumonie dans le croup; et c'est en effet ce qui a lieu.

Je rappellerai encore, comme étant particulièrement caractéristique, le cas de l'obs. I, où nous voyons « les bronches tapissées dans presque toute leur étendue par une fausse membrane épaisse, la muqueuse sous-jacente d'une coloration rouge violacé, parfois noirâtre, » et où nous trouvons « les deux poumons carnifiés, à la base surtout, le gauche presque entièrement, la carnification étant le plus intense aux points où la rougeur et la diphthérisation des bronches sont le plus fortes.»

Citons aussi le sujet de l'obs. II, chez lequel « les poumons étaient envahis dans presque toute leur étendue par de la broncho-pneumonie, » et dont « les bronches étaient tapissées de fausses membranes solides dans les gros troncs et demi-liquides à partir des deuxièmes jusqu'aux troisièmes et quatrièmes divisions. »

J'ai dit et prouvé, je l'espère, que la broncho-pneumonie dans le croup survenait par voie de propagation; cependant il est admis par quelques médecins qu'elle peut être attribuée à la trachéotomie. Indépendamment des faits exposés plus haut, il suffira de citer des cas où la broncho-pneumonie se développe : 1° sans que la trachéotomie ait été faite; 2° dans des limites de temps où elle se montre habituellement quand on a fait cette opération; il suffira, dis-je, de citer ces cas pour démontrer indirectement qu'elle est due à la diphthérite des voies aériennes et non point à la trachéotomie.

Tels sont les cas suivants :

Obs. XIV. — Flock (Camille), âgé de cinq ans et demi, entre le 21 janvier 1859 dans le service de M. Bouvier. Il est malade depuis six jours, et ne présente de la raucité de la voix que depuis la veille. La toux et l'oppression augmentent bientôt; il y a de la suffocation dans la nuit qui précède son admission à l'hôpital.

C'est d'ailleurs un enfant robuste, plein d'intelligence et d'énergie, dont la face est encore colorée et les lèvres rouges. Cependant il a perdu l'appétit depuis la veille. A cela près, l'état général est satisfaisant.

Il y a de la couenne sur les amygdales et le pharynx, mais il n'y a pas de coryza. Les ganglions sous-maxillaires sont un peu tuméfiés, mais les ganglions cervicaux postérieurs ne le sont pas.

Le décubitus est indifférent; il n'y a pas eu d'agitation, ni, par contre, de somnolence.

La toux est rauque, demi-éteinte; la voix est éteinte pour les sons proférés *mezza-voce*, aiguë et éraillée pour ceux qui sont prononcés avec force. L'enfant se plaint d'étrangler. Il y a du sifflement laryngé perceptible à distance.

Le pouls est à 140, la respiration à 32 seulement, et *intervertie* avec forte dépression du creux épigastrique.

Le traitement antérieur a été nul. On fait vomir l'enfant. Plusieurs vomissements ne diminuent guère l'anxiété.

Douze heures plus tard, on constate à la main une vibration très-forte de la paroi thoracique par le fait de râles perceptibles d'ailleurs à l'auscultation en arrière, surtout à droite et à la base.

La nuit se passe assez bien.

Il gisait alors pêle-mêle avec les débris des collections provenant des confiscations révolutionnaires et aurait infailliblement disparu, comme la plupart des curiosités reconnaissant la même source (1), sans l'inscription que nous avons relatée.

Elle attira l'attention d'un médecin qui savait concilier l'amour des recherches avec les devoirs d'une large clientèle.

M. Tuffet (2), appelé en consultation à Angoulême, s'empressa d'y visiter ce qui existait encore du musée, et frappé, comme je l'ai été depuis, du certificat manuscrit de M. de Voyer, eut la pensée de sauver d'une destruction prochaine la preuve d'un fait chirurgical important.

(1) Il ne reste que peu de chose aujourd'hui de cette collection, longtemps pillée par les élèves du collége; quelques oiseaux et des minéraux, échappés à la dispersion, ont été donnés en 1853 au lycée d'Angoulême et y sont encore.

(2) Pierre-Louis-Agathe Tuffet, né, le 22 juillet 1769, à Saint-Maixent (Deux-Sèvres), entra dans le corps des médecins de la marine le 7 avril 1790. Il y servit avec distinction et devint en 1813 premier chirurgien en chef à Rochefort. C'était un esprit original et travailleur. Il est mort en 1828.

C'est aux démarches qu'il tenta que le musée de Rochefort doit de s'être enrichi du fémur de Gois; mais il fallut, pour l'obtenir, une négociation administrative et les instances personnelles d'un de nos parents, le docteur Blanlœil, praticien distingué d'Angoulême et chirurgien de l'ancienne École navale établie dans cette ville.

C'est, en définitive, ce dernier qui l'obtint du maire Lambert (1) et le déposa lui-même dans le musée, ce que constate la note suivante :

« Cette pièce a été accordée par M. Lambert, maire d'Angoulême, à M. Blanlœil, docteur en chirurgie, qui l'a déposée » dans le cabinet de cette école le 7 février 1815. »

Elle y est encore, et là probablement s'arrêteront ses voyages. Aussi terminerons-nous ici le long récit de ses pérégrinations.

M. Tuffet dit dans ses notes manuscrites qu'il avait fait quel-

(1) M. de Lambert, maire d'Angoulême de 1813 à 1815.

Le 22, le pouls est à 152; la respiration, à 36, n'est plus intervertie. La toux et la voix ont le même caractère éraillé que la veille, et ne sont pas éteints.

On croit pouvoir différer l'opération.

Le 23, même état. Cependant, vers le soir, il semble que la respiration soit soufflante au sommet droit.

Le 24, souffle manifeste dans la région scapulaire gauche, moins fort à droite au même point, bien que la matité y soit plus considérable.

Le sommeil a été assez bon la nuit précédente.

Il n'y a toujours pas d'indication d'opérer : la dyspnée est devenue thoracique; il n'y a pas de dépression de l'épigastre. La respiration est à 44, le pouls à 150. Face rouge, abattement, somnolence.

Ventouses vésicantes des deux côtés; vomitif.

Le 25, il y a décidément une *double pneumonie;* souffle au tiers supérieur et postérieur droit, avec grosses bulles; souffle plus intense, *presque caverneux* à gauche.

Pouls à 120 seulement, respiration à 40. Toux grasse, bien qu'encore laryngée; expectoration muqueuse; voix cependant plus éteinte que les autres jours. Néanmoins, les symptômes de péripneumonie prédominent désormais sur les symptômes du croup. (Bouillon et lait.)

Le 26, pouls à 140; respiration à 40, haute; plus de dépression épigastrique.

Matité absolue dans les deux tiers inférieurs de la poitrine à gauche; souffle lointain à la base; absence de râles (*pleurésie*); souffle au sommet droit, avec râles humides. Toux grasse, crachats muqueux.

Assez bon état général.

Les 27 et 28, voix toujours éteinte; toux quelque peu pseudo-croupale, peu fréquente.

Matité de toute la partie gauche de la poitrine en arrière. Un peu de sonorité au sommet en avant, avec souffle bronchique intense et râles presque caverneux.

Bruits morbides disparus à droite.

Pouls à 100 seulement, respiration à 44. Bon état général.

Le 29, tout fait présager la guérison, bien que la voix reste éteinte.

Le 30, matité et absence de respiration à gauche dans les deux tiers inférieurs seulement. Respiration supplémentaire à droite.

Le 3 février (dix-neuvième jour de la maladie), il n'y a plus de fièvre, même le soir. Frottement pleural de retour à gauche, à la base. Appétit revenu depuis deux jours.

Le 11, voix enfin revenue (au vingt-sixième jour de la maladie).

Le 18, rougeole depuis trois jours, qui n'exaspère pas la maladie thoracique.

Le 20, éruption morbilleuse disparue. Toux fréquente; souffle dans les deux tiers supérieurs gauches.

L'enfant sort enfin guéri dans les premiers jours de mars.

Réflexions. — On remarquera, eu égard à ce dont il s'agit actuellement, que la pneumonie est survenue à l'époque où elle se manifeste souvent alors que la trachéotomie a été faite; qu'elle a été double; qu'elle s'est compliquée de pleurésie. On remarquera encore que l'enfant a eu la voix éteinte pendant assez longtemps, ce qui prouve que le larynx a été pris et qu'il y a eu réellement croup, bien qu'on ait cru devoir temporiser. On remarquera enfin que, grâce probablement à l'excellence de sa constitution, cet enfant a guéri de son croup, de sa pneumonie double et de sa pleurésie; qu'il a même pu résister à la rougeole qui a traversé la convalescence de cette diphthérite, si complète dans son évolution envahissante.

Dans l'observation suivante, dont la terminaison fut fatale, l'intensité du mouvement pathologique fut telle, qu'en trois jours l'inflammation *spécifique* s'était étendue aux petites divisions des bronches, et l'inflammation *commune* avait envahi le parenchyme des poumons.

OBS. XV. — Besson (Auguste), âgé de dix-huit mois, entre le 1er mai 1859 dans le service de M. Gillette.

Arrivé du 28 avril seulement à Paris, gras et bien portant; il commence à tousser dans la nuit du 28 au 29; tousse davantage le 29; éprouve de la dyspnée dans la nuit du 29 au 30, laquelle continue le 30; enfin a des accès de suffocation dans la nuit du 30 avril au 1er mai.

Admis à l'hôpital ce même jour, il présente de l'eczéma devenu diphthéritique autour des oreilles, de l'angine couenneuse, et les symptômes non douteux du croup : le pouls est à 130, la respiration à VINGT-SIX seulement, *intervertie*, très-laborieuse, avec dépression profonde de presque toute la région diaphragmatique. Toux déchirée; pâleur extrême.

On ne fait pas la trachéotomie, en raison de l'âge peu avancé du sujet, de la généralisation de la diphthérite à la peau, et du mauvais état général.

La journée se passe dans une dyspnée continue et croissante. Un vomitif administré détermine quelques vomituritions sans résultat. Mort le soir à dix heures, *trois jours seulement après le début de la maladie.*

Autopsie. — Des fausses membranes peu épaisses tapissent tout le larynx, dont la lumière n'est pas complétement oblitérée. Fausses membranes lamelliformes dans la trachée-artère, semi-liquides ou pultacées *dans les bronches jusqu'aux petites divisions.* Vive injection de la membrane muqueuse, des voies aériennes, plus intense à mesure qu'on descend.

Broncho-pneumonie. — Près des deux tiers inférieurs des poumons sont hépatisés, rouges, friables; les fragments vont au fond de l'eau, où on les projette. Emphysème des sommets et des bords tranchants.

Réflexions. — La diphthérite suivit dans ce cas une marche presque foudroyante : juste trois jours après le début des premiers accidents, elle avait produit tous les désordres qu'elle peut entraîner; il y avait de la diphthérite dans toute l'étendue des voies aériennes (croup, trachéite et bronchite pseudo-membraneuses), de la broncho-pneumonie aux bases et de l'emphysème aux sommets. L'évolution était complète. Cette marche si rapide est fréquente chez les très-jeunes enfants; elle explique la gravité de l'affection chez eux : un organisme aussi fragile est peu propre à résister à des accidents aussi graves et qui se pressent en un si court espace de temps.

La trachéotomie ne fut pas faite en raison de la présence de la diphthérite autour des oreilles, du mauvais état général et de l'âge de l'enfant. Les succès de la trachéotomie au-dessous de deux ans sont, en effet, infiniment rares.

(*La suite prochainement.*)

---

ques tentatives pour arriver non-seulement à la possession de cet os, mais encore à la réunion des détails chirurgicaux de son extraction. Il n'a pu sans doute y parvenir, et notre feuilleton n'a pas eu d'autre but que de mener à bonne fin ce qu'on avait inutilement essayé avant nous.

Ce n'est pas sans peine que nous avons pu recueillir et coordonner les renseignements qui précèdent : on n'interroge pas facilement le passé.

Cependant ce genre d'investigations n'est point aussi futile que quelques esprits, sans doute très-embesognés du présent et de ce qu'il rapporte, ne semblent le croire.

Il porte au contraire enseignement, et le bienveillant lecteur voudra bien, je l'espère, approuver les conclusions que nous allons formuler en terminant ce travail.

CHAPITRE IV ET DERNIER.

Ces conclusions sont très-simples.

Nous voudrions :

1° Que les citations bibliographiques fussent complètes, quand on croit utile d'en faire, ce qui certainement ne peut nuire à personne, et surtout au sujet.

2° Qu'on se souvînt un peu de la boutade d'un auteur (que je n'ose nommer Franklin, de peur de manquer déjà à la précédente conclusion) au sujet des déménagements devenus si fréquents de nos jours, et qui n'épargnent pas les musées (1).

3° Qu'enfin on profitât un peu de l'histoire des pérégrinations du fémur de Gois pour aviser au meilleur moyen de protéger les pièces pathologiques des détériorations, pertes ou égarements, résultats variés des translations.

(1) Deux déménagements valent un incendie.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

M. *Velpeau* fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. *Liebreich*, d'un exemplaire de son Atlas d'ophthalmoscopie, représentant l'état normal et les modifications pathologiques du fond de l'œil visibles avec l'ophthalmoscope. M. Liebreich, dit M. Velpeau, a dessiné lui-même toutes ces planches, d'une fidélité remarquable. M. Liebreich, préparateur de M. Helmholtz à l'époque où ce physiologiste inventait l'ophthalmoscope, paraît être le premier qui ait fait l'application pratique de cet instrument.

L'Atlas d'ophthalmoscopie, qui vient compléter ses études, contient cinquante-sept figures tirées d'une collection importante appartenant à l'auteur.

L'étude des maladies de l'œil vient de faire ainsi, ajoute M. Velpeau, un progrès important. Sans accepter comme absolument démontré tout ce qu'ils avancent sous ce rapport, je n'hésite pas à dire que MM. Helmholtz et Liebreich d'abord, Græfe et Donders, Cusco et Follin ensuite, ont bien mérité de la science, et que l'ophthalmoscopie promet de faire de la sorte pour l'œil ce que Laennec a fait pour la poitrine en inventant l'auscultation médiate.

— M. *Rayer* s'associe aux éloges donnés par M. Velpeau au beau travail de M. Liebreich, et au juste hommage rendu à M. Helmholtz pour l'invention de l'ophthalmoscope. Les connaissances ophthalmologiques ont fait, dans ces derniers temps, de tels progrès, qu'on doit rendre grâces à M. Rouland, ancien ministre de l'instruction publique, d'avoir créé, dans la Faculté de médecine de Paris, un cours complémentaire d'ophthalmologie, confié à M. Follin. Les LEÇONS SUR L'EXPLORATION DE L'ŒIL, A L'AIDE DE L'OPHTHALMOSCOPE, que vient de publier ce professeur agrégé, ont paru à M. Rayer mériter, à cette occasion, une mention particulière.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un rapport général sur les maladies épidémiques qui ont régné dans l'arrondissement de Loon en 1862, par M. le docteur *Cuipon*. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Suquet*, médecin sanitaire à Beyrouth. — *c*. Un rapport de M. le docteur *Borie* sur une épidémie de variole qui a régné en 1862 à Saint-Germain (Lot). — *d*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans le département du Loiret. (*Commission des épidémies.*) — *e*. Un mémoire sur la charpie végétale, par M. le docteur *Chevreuse*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *f*. Un rapport de M. le docteur *Niepce* sur le service médical des eaux minérales d'Allovard (Isère) en 1862. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Daguina* (de Madrid), qui sollicite le titre de membre correspondant. — *b*. Une observation de rage, par M. *Decroix*, vétérinaire à la garde de Paris. (*Commission de la rage.*) — *c*. La description et le modèle d'un nouveau davier, par MM. *Andrieu* et *Delabarre*.

M. *Cloquet* offre pour la bibliothèque de l'Académie différents ouvrages de chirurgie, et entre autres quelques opuscules de Louis et de Santeuil.

M. *Larrey* fait hommage, au nom de M. le professeur *Courty* (de Montpellier), de la *relation d'une excursion chirurgicale en Angleterre*.

Discussion sur la rage.

M. *Piorry* présente *quelques réflexions sur la pathologie et le traitement de la rage*. Il croit qu'il est intéressant et utile d'établir une comparaison entre ce terrible mal et le tétanos. « Dans l'une et l'autre affection, presque toujours une blessure est le premier phénomène qui a lieu; des deux côtés, la plaie est le siége soit de douleurs, soit d'une lésion de nerfs, qui précèdent l'invasion du mal; dans les deux cas surviennent des attaques ou des accès qui annoncent une souffrance des centres nerveux. Dans l'une et l'autre maladie, le mal semble partir de la plaie et s'étendre vers l'axe nerveux; la mort est prompte et survient presque toujours à la suite d'accidents névriques dont la huitième paire paraît être le siége. La seule différence fondamentale entre la rage et le tétanos, c'est que la première succède à une blessure empoisonnée, tandis que dans la seconde, la plaie n'est point compliquée d'intoxication.

» D'après ces considérations, il y a lieu de *supposer* que le siége primitif de la rage, le point de départ des accès, n'est autre que la plaie infectée; que l'incubation de la maladie se fait dans la blessure; qu'une modification dans les nerfs de la plaie, une vibration, une *névropallie*, est le premier phénomène de chaque paroxysme, par suite de l'extension de l'oscillation nerveuse à l'axe cérébro-spinal et aux nerfs de la tête et du cou. »

Conformément à cette opinion sur la pathogénie de la rage, M. Piorry propose le traitement suivant : cautérisations profondes des morsures dès le début; cautérisations consécutives au moment même où les accès de rage se déclarent, à ce moment où la plaie devient douloureuse ou encore se recouvre de pustules; applications des vésicatoires morphinés sur la blessure et sur le trajet des nerfs principaux, entre la morsure et les centres nerveux; sulfate de quinine (2 ou 3 grammes) par la bouche ou par le rectum, dans le but de prévenir les accès ultérieurs; essayer le chloroforme et l'électricité.

Mon récit a montré l'excellent résultat de l'inscription manuscrite de M. de Voyer d'Argenson; que de fois n'a-t-on pas eu à regretter l'omission d'une précaution aussi simple!

Tous les faits curieux de notre science ne sont pas en effet assurés d'avoir un historien qui, grâce à l'hospitalité si large de la GAZETTE HEBDOMADAIRE et au libéralisme d'un éditeur, les sauve de la poussière des écoles, *alias*, des cendres de l'oubli.

Rochefort, juin 1861.

ERNEST BERCHON,

Chirurgien de première classe de la marine.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale de l'Association aura lieu le dimanche 1^er^ novembre, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, près de l'hôtel de ville.

L'entrée sera publique.

Ce même jour, à sept heures et demie du soir, aura lieu le banquet annuel de l'Association, au Grand-Hôtel, boulevard des Capucines.

Le prix de la souscription est de 20 francs.

On souscrit directement ou par lettre chez M. le docteur Brun, trésorier de la Société centrale, rue d'Aumale, n° 23.

— Par décret en date du 7 octobre ont été confirmées les nominations suivantes, faites à titre provisoire dans la Légion d'honneur par le général commandant en chef le corps expéditionnaire du Mexique, pour prendre rang du 14 août 1863 : — *Au grade d'officier* : M. Burlureaux, médecin-major de 1re classe. — *Au grade de chevalier* : MM. de Compigny, médecin-major de 1re classe; Mercadier, Borel, Palissat et Roy, médecins aides-majors de 1re classe; Fabre, pharmacien aide-major de 1re classe; Baillif, vétérinaire en second.

— Lundi 12, à midi, a eu lieu la réouverture des cours pour toutes les Facultés, à l'Université de Bruxelles. Cette année, cette séance solennelle a été tenue à l'ancienne maison du roi, Grande-Place, à cause des travaux de restauration et de reconstruction que subit en ce moment le palais de l'Université.

— Le concours pour l'externat dans les hôpitaux de Paris commencera le 21 octobre. Le jury de ce concours sera composé de MM. Besnier, Bucquoy, Fournier, Le Fort et Tillaux, *juges*; et de MM. Desnos et Panas, *suppléants*.

M. Piorry se rallie à la proposition déjà émise, de rédiger une instruction populaire sur la rage; il émet le vœu que la commission qui en sera chargée tienne compte des principes thérapeutiques qui viennent d'être exposés.

— M. *Robinet* pense qu'il serait urgent de savoir si, oui ou non, l'homme atteint de rage a envie de mordre. Les deux opinions contraires ont été émises dans le cours de cette discussion. Il importe de résoudre la question.

— M. *Piorry* croit que l'envie de mordre est un symptôme, sinon constant, du moins très-fréquent chez les hydrophobes. Cela résulte des faits qu'il a observés et des informations qu'il a prises dans les auteurs.

Lecture.

Thérapeutique. — M. le professeur *Courty* (de Montpellier) lit un travail *sur l'efficacité des injections locales de strychnine dans le traitement de la paralysie du nerf facial.*

Encouragé par les succès des injections d'atropine dans le traitement des névralgies, M. Courty a eu l'idée d'essayer des injections de strychnine sur divers troncs nerveux et même le long de l'axe médullaire dans les cas de paralysie.

Dans la plupart des paralysies, surtout des paralysies chroniques, les injections de strychnine sont demeurées impuissantes.

Elles ont réussi : 1° dans un cas de paraplégie, datant de près d'un an, chez une femme de quarante-cinq ans, ayant résisté à plusieurs traitements et guéri par l'action de quelques injections de strychnine au niveau de l'extrémité inférieure de la moelle épinière; 2° dans trois cas de paralysie du nerf facial, récente et observée chez un homme de cinquante-six ans, une dame de vingt-cinq ans et une jeune fille de vingt-deux ans.

Dans les trois cas, la maladie a été prise dès le début. La solution de strychnine a été employée au 100e et au 50e. Quelques gouttes, de 8 à 16, ont été injectées sur le trajet du nerf facial, entre sa sortie par le trou stylo-mastoïdien et son passage sur le col du condyle du maxillaire inférieur. L'injection a été répétée tous les deux ou trois jours. Trois injections au moins, six au plus, ont suffi pour dissiper entièrement, dans l'espace de dix à quinze jours, toute trace de paralysie dans tous les muscles de la face. Chez les trois malades, la guérison ne s'est pas démentie. (*Comm.* : MM. Grisolle, Barth, Trousseau.)

Chirurgie. — M. *Bonnafont* lit un *Mémoire sur trois cas de guérison de surdité produite par des tumeurs osseuses développées dans le conduit auditif externe.*

A propos de trois malades qu'il a eu récemment occasion de soigner, M. Bonnafont insiste sur une forme peu connue d'ostéite du conduit auditif externe, ostéite développée sur des sujets sains, complétement indemnes de tout principe spécifique. Pour faire cesser la surdité occasionnée par ces tumeurs osseuses, il a suffi de pratiquer le cathétérisme du conduit auditif à l'aide d'un mince stylet. Le pertuis étroit, obtenu par cette simple opération, a amené un prompt rétablissement de l'ouïe. « On comprend, ajoute M. Bonnafont, combien il est nécessaire, avant de commencer le traitement, de bien établir le diagnostic de la sensibilité du nerf par l'application de la montre sur les différentes parties des parois du crâne. Si le tic-tac est entendu, on peut hardiment annoncer au malade le rétablissement de l'ouïe, pour peu qu'on parvienne à franchir l'obstacle et à ménager une ouverture, si petite qu'elle soit, pour le passage des sons. »

— M. *Gosselin*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Malgaigne et Barth, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Legros (d'Aubusson), intitulé : De l'hémorrhagie pendant l'opération de la trachéotomie; procédé pour éviter la lésion du corps thyroïde.

Le mémoire de M. Legros contient d'abord un exposé des dangers de la trachéotomie pendant et après l'opération, et de l'utilité qu'il y aurait à n'avoir plus aucun écoulement sanguin au moment où l'on va ouvrir la trachée-artère. D'après M. le rapporteur, cette opinion, juste en principe, ne doit pas entraîner à de trop vives appréhensions ; car l'expérience a appris que l'hémorrhagie était habituellement veineuse, qu'elle s'arrêtait d'elle-même après l'ouverture de la trachée et l'introduction du dilatateur, et que si du sang tombait dans les voies aériennes, il était bientôt expulsé par la toux.... Mais M. Legros se préoccupe surtout de l'hémorrhagie artérielle pouvant provenir de l'incision de l'isthme du corps thyroïde hypertrophié. Il est possible aussi que la section de l'isthme hypertrophié soit accompagnée de la lésion du plexus veineux thyroïdien caché derrière lui.

Dans un cas pareil, M. Legros veut qu'avec un instrument mousse, la sonde cannelée, on décolle l'isthme trop volumineux, qu'on l'accroche et le tienne soulevé après ce décollement, qu'on examine s'il y a derrière lui quelque veine considérable ; s'il en est ainsi, qu'on la divise entre deux serres-fines; qu'enfin on ouvre la trachée au-dessous et en arrière de l'isthme, en se réservant de couper ultérieurement ce dernier avec l'écraseur linéaire, s'il était reconnu gênant pour le maintien de la canule....

L'auteur cependant réserve ce manuel opératoire pour les cas où l'hypertrophie de l'isthme est assez prononcée pour faire croire à un développement exagéré de ses vaisseaux. Dans cette limite, M. le rapporteur pense que l'innovation de M. Legros est avantageuse et doit être approuvée.

Ici M. Gosselin décrit l'opération telle qu'elle a été pratiquée par M. Legros, sur un enfant de quatre ans, qui se trouvait dans les conditions indiquées ci-dessus. La trachéotomie était faite pour l'extraction d'un corps étranger du larynx. L'heureux résultat obtenu par M. Legros démontre tout à la fois la facilité du décollement de l'isthme thyroïdien et l'innocuité de ce procédé.

La commission propose de remercier M. Legros (d'Aubusson) et de renvoyer son travail au *comité de publication.*

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 16 OCTOBRE.

M. *Worms.* Une communication.

Rapport de M. *Richard* sur la présentation de M. le docteur *Liebreich.* Scrutin d'élection pour M. le docteur Liebreich.

Scrutin pour M. le docteur *Bottini*, présenté membre correspondant.

Société de chirurgie.

SÉANCES DES 12 ET 19 AOUT 1863. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

STATISTIQUE DES URÉTHROTOMIES DE M. MAISONNEUVE. — PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ABDOMEN. — TAILLE PÉRINÉALE ; EXTRACTION DU CALCUL IMPOSSIBLE.

M. *Maisonneuve* a adressé à la Société le résumé statistique des opérations d'uréthrotomie qu'il a faites dans les hôpitaux pendant ces dix dernières années. Cette statistique comprend trois périodes : dans la première période, de 1853 à 1858, où M. Maisonneuve se servait de l'uréthrotome à lame découverte non émoussée et n'employait pas la sonde à demeure : 70 opérés; 65 guéris de l'opération, 5 morts par le fait de l'opération et 4 pour des causes étrangères.

Dans la seconde période, de 1858 à 1861, celle des grandes incisions avec le lithotome caché du frère Côme : 30 opérés;

24 guéris de l'opération, 6 morts par l'uréthrotomie, 2 morts pour des causes étrangères.

Dans la troisième période, de 1861 à 1863, où M. Maisonneuve a adopté son uréthrotome à lame découverte, mais émoussée, et l'usage rigoureux de la sonde à demeure après l'opération : 40 opérés; 39 guéris de l'opération, 1 mort.

C'est cette dernière période de sa pratique que M. Maisonneuve veut surtout qu'on considère pour apprécier sainement la valeur de ses procédés opératoires.

— M. *Deguise* a communiqué à ses collègues une observation de plaie pénétrante de l'abdomen dont voici les points les plus saillants : Un cultivateur de Saint-Maur, âgé de trente ans, est renversé, le 9 avril dernier, par un taureau et frappé d'un coup de corne à l'abdomen. Une portion d'intestin, dont la longueur est évaluée à environ 2 mètres, sort par une plaie située à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'aine droite, et dont l'ouverture cutanée a près de 15 centimètres d'étendue. Les médecins qui portent les premiers secours au malade essayent de faire rentrer l'intestin, et, au lieu de le réduire dans le ventre, le refoulent entre les muscles et les téguments. Un bandage contentif est appliqué sur le ventre, et c'est dans ces conditions que, trois heures environ après l'accident, le malade est transporté à l'hospice de Charenton. Il a la figure pâle, anxieuse, le pouls petit et lent, la peau froide, l'abdomen tendu et douloureux dans toute son étendue. L'intestin qui appartient à l'iléum a une coloration d'un rouge vif; sa chaleur est normale. En allant à la recherche de la communication péritonéale, M. Deguise trouve que la déchirure de la séreuse est loin de correspondre à la déchirure des parties molles extérieures. Elle n'admet guère que deux doigts et est fort audessus de la plaie externe, au fond d'un cul-de-sac qui a au moins 5 ou 6 centimètres de hauteur. Ce n'est qu'après avoir incisé ce cul-de-sac dans toute sa hauteur, et après avoir agrandi l'ouverture péritonéale, que M. Deguise put obtenir la réduction de l'intestin. Celle-ci fut maintenue par deux points de suture comprenant le péritoine et toute l'épaisseur des muscles abdominaux.

Le traitement consécutif fut très-simple : il consista surtout dans de la glace sur le ventre et des purgatifs légers. Enfin, quarante-huit jours après l'accident, le blessé quitta l'hôpital complétement guéri.

— M. *Dolbeau* a donné lecture d'une observation d'insuccès complet de la taille périnéale et des tentatives de broiement du calcul par la plaie.

Le malade avait trente ans et souffrait de la vessie depuis son enfance. A différentes reprises, il avait eu des hématuries, et, depuis six ans, il urinait à chaque instant et goutte à goutte. Le cathétérisme et le toucher rectal montrent que la vessie est remplie par un calcul volumineux. M. Dolbeau pratique la taille périnéale le 12 août; mais les tenettes glissent constamment à la surface du calcul, qu'elles n'embrassent qu'en partie. De nouvelles tentatives d'extraction sont faites après des débridements multiples du col vésical : le calcul ne peut être ébranlé. M. Dolbeau se décide à fendre le plus haut possible la cloison recto-vésicale; malgré cette incision, les tractions restent sans résultat. Cependant la pierre peut être saisie suivant son diamètre transversal. Le percuteur est introduit; mais la concrétion résiste aux efforts du marteau. Après une heure environ d'efforts, quelques débris de l'écorce de la pierre sont seulement obtenus. Avec un pareil volume du calcul, la cystotomie hypogastrique paraît impossible. Le malade est tellement épuisé qu'on craint de le voir mourir entre les mains du chirurgien. L'opération est laissée inachevée. Trois jours après, l'opéré succombe.

Sur le cadavre, la taille hypogastrique ne permet pas l'extraction du calcul. Celui-ci est ovoïde. Il a un grand diamètre vertical de 12 centimètres et un diamètre transversal de 8 centimètres; il pèse 603 grammes. Malgré son excessive dureté, il n'est composé que d'acide urique, d'urates alcalins et d'une très-petite proportion de phosphate de chaux.

La vessie était à colonnes, avec des parois épaisses, et d'un rouge violet. Les uretères et les bassinets étaient dilatés, les reins atrophiés, anémiés et ramollis.

M. Dolbeau fait remarquer une circonstance qui aurait dû être notée avant l'opération, parce qu'elle aurait permis de juger plus exactement du volume du calcul : non-seulement celui-ci faisait saillie dans le rectum, mais il pouvait être aussi senti au-dessus du pubis.

Ce qui ressort pour M. Dolbeau de cette observation, c'est que, dans les cas où le calcul sera senti chez un adulte au-dessus du pubis et remontera à l'enfance, il sera probablement trop volumineux pour être extrait par la taille et trop dur pour être broyé. Aussi M. Dolbeau n'osera-t-il pas intervenir activement.

M. *Voillemier* admet en principe que, toutes les fois qu'on a affaire à une pierre volumineuse et dont l'état de la vessie ne permet pas d'apprécier exactement la grosseur, il faut de préférence à toute autre recourir à la taille hypogastrique.

Relativement à l'action du chloroforme sur la vessie, action que M. *Morel-Lavallée* croit favorable aux tentatives d'extraction, M. Voillemier ne croit pas que le chloroforme empêche les contractions vésicales plus qu'il n'empêche les contractions utérines. Il a toujours vu chez les gens anesthésiés le liquide injecté dans la vessie repoussé avec force, comme si l'anesthésie n'existait pas.

MM. *Trélat*, *Debout* et *Dolbeau* nient aussi l'action du chloroforme sur les muscles vésicaux.

M. *Giraldès* pense que les calculs de 5 à 6 centimètres peuvent très-bien être extraits par la taille périnéale. Il en a extrait plusieurs par le périnée qui avaient cette dimension.

M. *Legouest* a observé récemment un léger accident produit dans une opération de taille sus-pubienne par la sonde de Belmas. A peine avait-il fait saillir le dard que le bouton sortit avec lui à travers la paroi vésicale. Non-seulement la sonde ne pouvait plus alors servir de guide au bistouri, mais, retenue par le bouton de la tige, elle ne pouvait plus être enlevée par l'urèthre. M. Legouest fut forcé d'ouvrir la vessie, sans conducteur, étant très-gêné par l'incision que son instrument mit en liberté. Un accident plus inquiétant fut une hémorrhagie manifestement artérielle qui suivit immédiatement l'extraction du calcul et ne fut arrêtée qu'au bout d'une demi-heure par d'abondantes injections d'eau froide dans la vessie.

M. *Voillemier* est convaincu que, dans la plupart des cas, il est facile d'arriver sûrement dans la vessie sans conducteur, après avoir incisé la paroi abdominale. Dans quelques cas seulement, où la vessie se refuse à toute injection et, revenue sur elle-même, se cache derrière le pubis, la sonde à dard peut être utile. Quant à l'hémorrhagie, M. Voillemier ne l'a observée qu'une fois; elle venait du corps même de la vessie, et l'écoulement du sang a trouvé un obstacle dans la rétraction de l'organe après l'extraction du calcul.

Dr P. Chatillon.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Sur quelques publications concernant l'hygiène.

Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité, par M. le professeur *Tardieu*. 2e édition. 4 vol. in-8. Paris, 1862, chez J. B. Baillière et fils. — Traité pratique d'hygiène industrielle et administrative, par M. *Maxime Vernois*. 2 vol. in-8. Paris, 1860, chez J. B. Baillière et fils. — De la main des ouvriers et des artisans au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale, par M. *Maxime Vernois*. Brochure in-8, avec 4 planches. Paris, 1862, chez J. B. Baillière et fils. — Rapport général de la commission des logements insa-

LUBRES DE LA VILLE DE PARIS POUR LES ANNÉES 1860 ET 1861, par MM. *Robinet* et *Trebuchet*. Brochure in-4. Paris, 1863. — TRAITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE, par M. *Michel Lévy*. 4e édition, 2 vol. in-8. Paris, 1862, chez J. B. Baillière et fils. — COURS D'HYGIÈNE, fait à la Faculté de médecine de Paris par *L. Fleury*. 2 vol. in-8, 1852-1861, et 1re livraison du tome III, 1863, chez Asselin.

(Suite et fin. — Voy. le numéro 39.)

— L'ouvrage de M. Vernois, comme le titre l'indique, est consacré à l'exposition et à la vulgarisation de notions pratiques d'hygiène professionnelle, un des sujets les plus obscurs, les plus délicats, les moins explorés et les moins connus de l'hygiène publique. Décrire le travail des principales industries, signaler leurs inconvénients et leurs dangers, établir la jurisprudence habituelle et légale de leur exercice, faire connaître le régime de ces professions, non-seulement en France, mais encore à l'étranger, telle est la tâche que l'auteur s'est donnée. Et nul plus que lui n'était capable de mener à bonne fin cette laborieuse entreprise. Attaché depuis longtemps au conseil d'hygiène de la Seine, M. Vernois a pris une part active à tous ses travaux, et il a lui-même inspecté presque toutes les industries et les divers objets dont il est question dans son traité. C'est donc avant tout une œuvre d'expérience, où l'écrivain raconte ce qu'il a vu et retrace les faits dont il a été témoin : *Quod vidit, scripsit*.

En manière d'introduction, M. Vernois expose des considérations sommaires d'hygiène publique générale, à l'usage de la ville et de la campagne. Dans ces pages, trop courtes, si on les mesure à leur degré d'utilité, on trouve des idées neuves et des vues personnelles, toutes inspirées par de nobles et généreux sentiments, toutes conformes aux intérêts bien compris des individus et des populations. Immixtion de l'hygiène dans la construction, la coordination et la distribution des habitations privées ; intervention plus grande et plus sérieuse des médecins dans la confection et l'adoption des plans des édifices publics, notamment des hôpitaux et des théâtres ; établissement d'une *censure alimentaire* à l'instar de la censure littéraire *morale ;* suppression des bureaux de nourrice, ce honteux trafic où trop souvent la mauvaise foi spécule sur la santé et la vie des enfants; création d'une *direction municipale*, placée sous l'action directe de l'autorité et sous la surveillance d'un service médical; prescriptions administratives pour l'assainissement des campagnes ; réorganisation du régime des chemins de fer au point de vue de la santé et de la sécurité des voyageurs ; répression plus efficace du charlatanisme médical et pharmaceutique, cette lèpre morale de notre profession ; cours publics et gratuits sur l'hygiène civile et populaire ; leçons appropriées à chaque âge dans toutes les écoles; publication et colportage de manuels, écrits en termes clairs et précis, sur toutes les matières qui regardent la pratique de l'hygiène ; enfin institution d'un *code sanitaire :* — telles sont les mesures nouvelles et les réformes utiles que M. Vernois réclame et que nous réclamons avec lui, comme un besoin de notre époque, comme une nécessité de notre organisation sociale. Mais, en attendant que ses vœux et les nôtres soient comblés et que commence cet âge d'or de l'hygiène, je voudrais que les beaux préceptes formulés dans ce chapitre fussent gravés en caractères ineffaçables à la porte des mairies de toutes les communes de France.

Après ce préambule, véritable programme d'hygiène publique générale, M. Vernois entre dans le cœur même du sujet. Il initie d'abord le lecteur à la législation servant de base à l'hygiène et à la salubrité publiques ; puis il le conduit dans les usines, les manufactures, les ateliers, les établissements publics et privés, où s'exercent des industries *classées* ou *assimilées*. Là, il décrit la topographie, l'organisation et les principales dispositions intérieures de chaque fabrique ; il montre et il explique les opérations et les manœuvres de chaque profession. Ces renseignements, toujours clairs, toujours précis, sont mesurés à l'importance de l'industrie et à son degré d'influence hygiénique. M. Vernois se contente de désigner, comme en passant, les industries simplement incommodes ; mais il s'arrête aux établissements dangereux ; il parcourt dans tous leurs détails ces milieux « où se fabriquent tant d'affections graves » ; il en signale les inconvénients ; il en dénonce tous les éléments d'insalubrité ; il pénètre jusque dans le secret le plus intime des causes obscures ou cachées de tant de maladies diverses, de tant d'infirmités incurables, de tant de morts prématurées ; il fait toucher du doigt et de l'œil ces agents toujours désagréables, souvent nuisibles, délétères ou toxiques, qui altèrent la santé des ouvriers, ou qui compromettent la sécurité du voisinage.

La source du mal étant connue, l'auteur en déduit et en indique le remède. Il prescrit les moyens les plus propres à combattre, à éloigner ou à neutraliser l'action malfaisante des industries insalubres ; et il donne les plus utiles conseils pour se soustraire à leurs inconvénients et pour se préserver de leurs dangers.

Le livre de M. Vernois est *rigoureusement* un ouvrage d'hygiène, c'est-à-dire dans lequel l'auteur se borne à étudier les agents d'insalubrité et les causes d'incommodité, inhérentes à diverses pratiques industrielles, et à proposer ou à conseiller les mesures d'assainissement capables de prévenir, de diminuer ou de faire entièrement disparaître ces fâcheuses influences. Mais il ne décrit point, contrairement à l'usage généralement suivi, les funestes effets de ces agents, les maladies que ces causes engendrent. Sans doute, les descriptions de ces maladies figurent dans les traités de pathologie, et leur connaissance est familière à tous les médecins hygiénistes. Mais peut-être n'aurait-il pas été hors de propos d'en rappeler les principaux caractères dans un ouvrage écrit pour l'éducation pratique des élèves, et destiné aussi à éclairer les manufacturiers, entièrement étrangers à toute notion de médecine, et à servir de manuel aux membres des conseils, des comités ou des commissions d'hygiène, dont la majorité se recrute hors du corps médical. Un tableau pathologique, tracé comme sait le faire la main de M. Vernois, aurait eu ce double avantage, en rapprochant l'effet de la cause, de mettre plus en relief l'action pernicieuse des agents délétères, de faire saisir plus vivement la genèse des phénomènes morbides, et de mieux faire ressortir aux yeux l'importance des prescriptions à suivre, l'utilité des précautions à prendre, la nécessité des améliorations à tenter et des réformes à opérer.

Tel qu'il est, néamoins, le TRAITÉ D'HYGIÈNE INDUSTRIELLE ET ADMINISTRATIVE est une œuvre considérable, qui atteint pleinement son but, celui de vulgariser des notions trop peu répandues, et de suppléer à l'insuffisance de l'enseignement de l'hygiène dans nos écoles. Car nous estimons avec M. Vernois, que cet enseignement sera imparfait et défectueux, tant qu'il restera purement théorique et qu'il ne sortira pas de l'amphithéâtre pour initier les élèves avec la matière même de l'hygiène et pour compléter leurs études par des démonstrations directes, par des promenades industrielles, des visites aux grandes usines et aux petits ateliers.

Un autre livre de M. Vernois, qui se rattache très-directement au précédent, et qui en est, pour ainsi dire, le complément et le corollaire, c'est celui qu'il a publié sous ce titre : DE LA MAIN DES OUVRIERS ET DES ARTISANS. C'est une étude très-minutieuse des déformations caractéristiques, des modifications anatomiques superficielles ou profondes, et des productions pathologiques variées, qui résultent de l'exercice de la plupart des professions industrielles ou artistiques. Et l'auteur ne se contente pas, comme pourrait le faire présumer le titre de son opuscule, de décrire les caractères propres à la main, il signale aussi les changements survenus aux bras, aux jambes, à la face, au tronc et à toute l'habitude extérieure. Quatre planches chromolithographiées reproduisent très-fidèlement les altérations de forme et de couleur des mains ou des pieds appartenant à seize métiers différents. On comprend tout l'intérêt que présentent de semblables recherches au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale.

Nous avons sous les yeux le dernier Rapport général des travaux de la commission des logements insalubres pour la ville de Paris pendant les années 1860 et 1861. Dans ses précédents rapports, la commission signalait à M. le préfet de la Seine les différentes causes intérieures et extérieures d'insalubrité des habitations et indiquait les prescriptions les plus propres à y remédier. Cette fois, elle agite deux grosses questions, deux questions d'un intérêt plus général et très-dignes de la sollicitude administrative, celle de l'introduction obligatoire de l'eau dans les maisons et celle de la responsabilité des locataires ayant élevé des constructions sur des terrains qui ne leur appartiennent pas.

A propos de la première question, la commission s'appesantit sur les inconvénients et les dangers de la malpropreté, démontre les avantages de la propreté, et indique les moyens de l'entretenir dans les habitations et sur la voie publique. Elle insiste avec raison sur les latrines, ces gouffres impurs, véritables foyers d'infection pour beaucoup de logements, et sur la nécessité d'adopter un bon système de vidanges. Elle fait ressortir l'importance hygiénique d'une bonne et large distribution d'eaux publiques, déclare qu'il n'y a pas de salubrité sans propreté, et pas de propreté sans eau salubre et abondante, et conclut à l'obligation pour chaque propriétaire de mettre à la disposition des locataires une suffisante quantité d'eau pour subvenir à tous les besoins domestiques et hygiéniques.

La seconde question soulève des principes de droit du plus haut intérêt. La commission les a abordés résolûment, traités avec une connaissance parfaite de la matière et résolus dans le sens le plus rationnel et le plus libéral. Pour mieux fixer la jurisprudence sur ce point délicat, elle a rappelé et discuté tous les documents légaux propres à bien définir les droits et devoirs respectifs du propriétaire du sol et du propriétaire des constructions; puis elle a sagement décidé que ces deux propriétaires sont responsables chacun en ce qui le concerne, mais non solidairement.

Ce rapport, que je voudrais pouvoir analyser plus longuement, fait le plus grand honneur aux lumières de la commission, et surtout au talent et au zèle de ses deux secrétaires, MM. Robinet et Trébuchet, dont les noms rappellent déjà de grands services rendus à l'hygiène publique, et qui ont résumé avec une rare lucidité et une remarquable érudition leurs propres travaux et ceux de leurs collègues. On ne saurait trop louer la réserve, la bienveillance et les ménagements que la commission des logements insalubres apporte dans l'accomplissement de sa délicate mission, ainsi qu'à l'esprit si libéral avec lequel elle interprète et elle applique la loi du 13 avril 1850.

Cette loi a soulevé bien des susceptibilités, bien des récriminations, bien des mécontentements. D'aucuns y ont vu une ingérance blessante de l'administration dans les affaires privées et une sorte d'attentat au droit de propriété. Je n'y vois, quant à moi, dans l'état actuel des choses, qu'une preuve éclatante de la sagesse et de la prévoyance du législateur, de sa constante sollicitude pour les intérêts de l'hygiène et de la santé publique. Il vaudrait mieux, sans doute, pouvoir se passer de réglementation en cette matière, et s'en rapporter uniquement à l'initiative éclairée des citoyens. Mais les saines notions d'hygiène sont encore trop peu répandues dans les masses; elles sont trop mal comprises et trop mal appliquées par les particuliers, pour qu'une discipline sanitaire ne soit pas une mesure de première nécessité. Quand tout le monde et chacun connaîtra mieux les moyens d'augmenter son bien-être, de protéger sa santé, d'éviter les causes d'insalubrité et d'échapper aux chances diverses de maladies, la tutelle administrative deviendra inutile, et la loi du 13 avril 1850 pourra être abrogée, l'éducation hygiénique du peuple en tiendra lieu. Mais, en attendant, il faut que l'administration supplée à l'ignorance du plus grand nombre et qu'elle intervienne activement pour garantir la santé publique contre les dangers résultant de la cupidité des propriétaires et de l'incurie des locataires.

— Présenter l'hygiène sous une forme dogmatique, la dégager de tout élément hétérogène, la distinguer nettement de la physiologie, de l'étiologie morbide, de la thérapeutique, de la météorologie, de la physique, de la chimie, etc., dont si souvent elle emprunte le secours ou réclame les lumières; la séparer franchement de ces sciences, tout en respectant les affinités qui les rapprochent ou les liens qui les unissent; la circonscrire dans des limites propres sans la dépouiller mal à propos; lui donner de l'originalité sans l'appauvrir; la justifier ainsi du reproche d'être un tout factice, un assemblage artificiel et sans cohésion; constituer, en un mot, l'*hygiotechnie*, — selon l'heureuse expression de M. L. Fleury, — ce n'était pas une entreprise facile.

Il fallait, pour atteindre ce but, rapprocher les travaux partiels, assembler les matériaux épars, faire un choix dans les traditions du passé et dans les acquisitions du présent, féconder tous ces germes disséminés que leur isolement rendait stériles, coordonner des éléments en apparence disparates, les rallier dans le faisceau d'une solide synthèse, les classer, les distribuer en groupes distincts, les soumettre aux lois d'une franche méthode, substituer des notions positives à des connaissances diffuses, des conclusions formelles à des préceptes équivoques, des principes rigoureux à des prescriptions vulgaires, et des règles précises à des sentences banales; il fallait, en définitive, donner un corps et une pensée à je ne sais quel fantôme qui avait nom *hygiène*.

C'est à Hallé que revient l'honneur d'avoir le premier posé les bases et tracé le cadre d'un enseignement méthodique de l'hygiène ainsi comprise. Le plan de l'illustre professeur, un moment sacrifié aux exigences des doctrines régnantes, a été repris et développé, dans ce qu'il a d'essentiel et de fondamental, par la plupart des hygiénistes contemporains, entre autres MM. Michel Lévy, Fleury et Becquerel, qui ne lui ont fait subir que les modifications réclamées par les progrès de la science ou imposées par la réflexion, par l'expérience, et aussi par les tendances et les convictions individuelles.

M. Michel Lévy a conservé les deux grandes divisions de l'hygiène établies par Hallé, et traité séparément de l'hygiène privée et de l'hygiène publique. Si cette distinction était fondée à la fin du siècle dernier, alors que les questions de salubrité, réduites à quelques expédients administratifs, n'étaient pas encore entrées dans le domaine de la science, à plus forte raison est-elle justifiée et doit-on la maintenir aujourd'hui qu'une puissante organisation sanitaire est venue détrôner le régime suranné des édits royaux et remplacer la routine des coutumes municipales; aujourd'hui que l'hygiène publique, déjà marquée du sceau de la consécration scientifique par les immortels travaux de Lavoisier, Bailly, Parmentier, Hallé, Cadet-Gassicourt, Parent-Duchâtelet, Fodéré, Thenard, Esquirol et Darcet, a reçu la plus vive et la plus féconde impulsion, grâce aux belles recherches et aux efforts dévoués de médecins éminents et de savants illustres.

Je n'ai pas besoin de dire que l'ouvrage de M. Michel Lévy est le traité dogmatique le plus complet que nous possédions sur l'hygiène. Inutile aussi de faire ressortir le mérite et l'importance d'un livre devenu classique dès son apparition, et que les praticiens et les élèves lisent et consultent avec un égal intérêt. Vingt années d'un succès toujours croissant dispensent de tout éloge et jugent bien mieux un écrit que ne pourrait le faire la critique la plus habile. Convaincu que succès, aussi bien que noblesse, oblige, M. Michel Lévy a pris à cœur de tenir toujours son ouvrage à la hauteur des progrès accomplis. Chaque nouvelle édition a été pour lui l'occasion de remaniements nouveaux et le sujet d'ampliations importantes. Dans la quatrième édition, qui a paru récemment, l'auteur a mis largement à profit les lumières que des débats mémorables et clos

à peine d'hier ont répandu sur les questions relatives au régime sanitaire, aux hôpitaux, aux habitations, à la salubrité des villes, aux eaux publiques, etc. Il a surtout enrichi les chapitres consacrés aux épidémies, à l'hygiène militaire et navale, des résultats les plus importants de sa périlleuse et utile mission à l'armée d'Orient; de sorte que, en plus des brillantes et solides qualités de ses aînées, cette nouvelle édition jouit des bénéfices « d'une observation personnelle qui s'est exercée sur des théâtres divers et sous des climats différents. »

Chargé de remplacer un maître éminent qu'une mort prématurée venait de ravir à la science, M. Louis Fleury justifia pleinement le choix de la Faculté en apportant dans l'accomplissement de sa tâche difficile ce talent solide, cette érudition profonde qui forment de vrais savants, et quelques-unes de ces qualités brillantes qui attiraient autour de la chaire d'Hippolyte Royer-Collard un nombreux et fervent auditoire. Esprit indépendant et peu fait pour suivre les sentiers battus; frappé des imperfections de l'enseignement hygiénique, que son illustre prédécesseur avait signalées avec une si rare sagacité; pénétré, comme lui, de l'utilité d'une réforme, M. Fleury reprit le plan de Hallé déjà modifié par Royer-Collard et lui fit subir des transformations plus radicales encore. Disciple et partisan dévoué d'Auguste Comte, le nouveau professeur conforma son programme à ses convictions philosophiques et s'efforça d'appliquer ces principes d'indépendance critique, de rigoureuse précision, de logique sévère et de systématisation méthodique qui constituent le caractère et le fond même de l'école positiviste. M. Fleury n'a pas la prétention d'avoir tracé un plan sans défaut et sans reproche. « Obligé d'accepter l'état actuel des choses et d'en subir les conséquences », il ne pouvait faire plier l'hygiène aux exigences absolues d'une méthode nouvelle, qui supposait elle-même une réforme préalable dans les diverses branches des sciences biologiques et sociologiques.

M. Louis Fleury a eu l'heureuse idée de soumettre au contrôle de la publicité un cours qui avait déjà subi avec succès l'épreuve de la chaire. Il serait inopportun de prononcer sur une publication encore incomplète. On ne peut aujourd'hui que féliciter l'auteur d'avoir dissipé la crainte trop généralement répandue qu'il ne laissât son œuvre inachevée. L'apparition récente de la XII^e livraison a fait mentir le proverbe, en prouvant une fois de plus que les absents n'ont pas toujours tort. Elle nous donne l'espoir que nous posséderons bientôt dans son entier un nouveau traité d'hygiène, plein de vues originales et d'aperçus élevés, un livre d'un style toujours soutenu, toujours correct, quelquefois éloquent, et qui tiendra une place distinguée dans la littérature médicale contemporaine.

Au milieu de beaucoup d'opinions divergentes, on trouve, dans les ouvrages dont il vient d'être question, un accord unanime à protester contre l'insuffisance de l'élément médical dans les conseils d'hygiène, et à revendiquer une influence plus active, une intervention plus efficace de la médecine dans toutes les questions qui intéressent la santé publique. « Là, dit M. Michel Lévy, est l'infirmité de notre institution sanitaire. Tandis qu'en Angleterre, en Allemagne et dans d'autres pays, une initiative réelle est assurée aux médecins investis de charges sanitaires, leur intervention, en France, est subalternisée ou absorbée par l'élément administratif qui décide et agit. Il est permis d'espérer pour la médecine un rôle plus efficace, fondé sur la réunion du savoir et de l'initiative, de la compétence et de l'autorité. » — « Pénétrez hardiment, s'écrie à son tour M. Fleury s'adressant à un auditoire d'élèves et de médecins, pénétrez, au nom de vos droits et de vos devoirs, dans le domaine de l'hygiène publique...; réclamez votre droit d'examen et d'intervention dans toutes les grandes questions d'éducation publique, de civilisation, de morale, de religion, de législation, de gouvernement...! »

Ces réclamations et ces vœux sont exprimés avec non moins d'énergie par MM. Tardieu et Vernois. Puisse, dans l'intérêt public, une revendication si légitime et articulée par des voix si autorisées, être entendue et ne pas rester une protestation stérile !

A. Linas.

V

VARIÉTÉS.

— Société centrale de médecine du département du Nord. — La Société centrale de médecine du département du Nord a arrêté, pour son concours annuel de l'année 1864, les questions suivantes :

Question de médecine. — Du traitement rationnel de l'hémorrhagie cérébrale, fondé sur l'étude des lésions anatomiques, sur leur nature et sur leur étiologie.

Questions de chirurgie. — 1° De l'ophthalmie sympathique, tant spontanée que traumatique, et de son traitement. (Examiner jusqu'à quel point l'excision de l'œil, le premier affecté et déjà détruit, peut influer d'une manière favorable sur l'état du second. — Appuyer ses assertions, non-seulement sur ses observations propres, mais aussi sur des tableaux statistiques raisonnés, dont on indiquera soigneusement les sources.) 2° Des lésions traumatiques de la main et des doigts.

Question d'accouchements. — De la nature du palper abdominal comme moyen de déterminer la position du fœtus, et surtout de rectifier les présentations vicieuses, soit avant, soit pendant le travail de l'accouchement.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS.—IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 23 OCTOBRE 1863. N° 43.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Compte rendu des travaux du Congrès médico-chirurgical de Rouen. — II. **Revue clinique.** Pathologie interne : Érysipèle du cuir chevelu. — Méningite aiguë. — Calculs biliaires. — Mort. — Autopsie. — III. **Correspondance.** Sur la lithotritie. — Séméiologie. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** Sur les altérations qui se produisent dans les tissus végétaux sous l'influence des agents irritants. — Recherches sur l'étiologie des affections puerpérales. — Sur l'organe des vaisseaux lymphatiques. — Lactation abondante chez une jeune mule. — Opération de la cataracte par le procédé de Schuff. — Extraction sans opération d'une pierre tombée dans la trachée. — Bougie perdue dans la vessie ; extraction. — Existence simultanée d'une grossesse normale et d'une grossesse extra utérine. — VI. **Bibliographie.** Thèses pour le concours d'agrégation (section d'accouchements). — Compte rendu de l'hôpital de la mission américaine à Canton pour 1862. — VII. **Variétés.** Association générale des médecins de France. — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.

I

Paris, 22 octobre 1863.

Compte rendu des travaux du Congrès médico-chirurgical de Rouen.

(Suite et fin. — Voir les numéros 41 et 42.)

SOMMAIRE. — Curabilité de la phthisie. — Section des polypes du larynx. — Épidémie de fièvre typhoïde. — Luxation fémorale chez les jeunes enfants. — Injection de nitrate d'argent dans les bronches des phthisiques. — Inhalation d'eaux sulfureuses dans les voies respiratoires. — Rétroversion de l'utérus. — Temporisation dans la hernie et le bec-de-lièvre. — Ablation des amygdales. — Traitement des kystes palpébraux et du nævus. — Présence de gaz dans le sang des femmes en couches. — Diagnostic des adhérences de la plèvre. — Opération du strabisme. — Diarrhée cholériforme chez les enfants. — Endémie goîtreuse des rives de la Seine. — Loi de production des sexes. — Opération de l'occlusion des lèvres. — Eaux de Bagnoles-de-l'Orne. — Traitement des maladies nerveuses. — Occlusion intestinale par calculs biliaires. — Clôture du Congrès.

SIXIÈME SÉANCE.

M. DESNOS lit un mémoire dont le but principal est de défendre la thèse de la *curabilité de la phthisie*. L'opinion contraire a sa source dans deux raisons : la première, c'est que beaucoup de travaux importants, publiés dans ces derniers temps sur cette maladie, ont eu pour base des faits recueillis dans les hôpitaux, où, en raison des fâcheuses conditions hygiéniques des malades, l'expression finale de l'observation est désespérante : il n'en est plus de même dans les classes aisées; la seconde raison est l'abus des déductions tirées de l'anatomie pathologique, de l'examen microscopique, qui, en détournant la pensée de l'étude des causes générales qui président à la formation du tubercule, et en nous montrant dans celui-ci un produit sans analogue dont l'organisme, vulgarisa l'opinion de l'incurabilité de la phthisie, opinion contre laquelle M. Desnos prend acte des protestations de l'antiquité personnifiée par ses plus illustres maîtres, et de l'époque actuelle représentée par les plus grands praticiens.

M. Desnos passe rapidement sur l'examen des divers procédés de guérison des tubercules, la cicatrisation des cavernes, la transformation crétacée, expression vicieuse, puisque ces agrégats pierreux sont principalement formés de phosphates de soude et de chaux. L'auteur discute surtout la question de la guérison du tubercule par absorption, manière de voir contestée par un grand nombre de pathologistes. Il attache beaucoup d'importance aux observations de M. Sée sur la résolution des ganglions lymphatiques sous l'influence des eaux de Nauheim. Il insiste particulièrement sur ce point que les investigations histologiques les plus récentes lui prêtent un nouvel appui. Actuellement, en effet, on n'admet plus guère l'existence, comme élément essentiel du tubercule, du corpuscule tuberculeux plus ou moins réfractaire à l'absorption; on reconnaît que le produit morbide est formé par des exsudats, des dépôts plasmatiques dégradés ou des formations cellulaires imparfaites, à diverses périodes d'évolution. Sa disparition par résolution se comprend beaucoup mieux, car on sait que la dégénérescence graisseuse est un des stades de l'évolution rétrograde des petites cellules qui entrent dans la composition du tubercule, et il est également acquis que la graisse s'absorbe facilement.

M. Desnos demande qu'on fixe bien les formes de tuberculisation susceptibles de guérison, qu'on s'entende bien sur les expressions *phthisie aiguë*, *phthisie galopante*. Si en effet la phthisie aiguë de MM. Trousseau et Jaccoud, phthisie galopante de la plupart des pathologistes, est susceptible de guérison ou d'amendement, la phthisie granuleuse doit être considérée actuellement comme fatalement mortelle.

M. MOURA-BOUROUILLOU joint à des considérations pratiques sur *les polypes du larynx* la lecture d'une observation de section d'un de ces polypes à l'aide d'un serre-nœud recourbé. Il rappelle que le premier, en 1860, il a signalé l'utilité de l'écrasement des polypes situés sur l'angle antérieur de la glotte, et

il blâme énergiquement l'introduction d'instruments tranchants dans la cavité laryngienne sans le secours du laryngoscope.

L'observation qu'il rapporte est celle d'un homme qui portait sur le bord libre de la corde vocale inférieure droite une tumeur du volume d'un grain de groseille; le cathétérisme du larynx au moyen d'une grosse bougie d'étain et la compression sur le cartilage thyroïde rendirent le polype flottant, mais sans arriver à l'écraser; des pinces de diverses formes ne donnèrent pas plus de succès. A l'aide de l'anse d'un serre-nœud portée à une profondeur de 10 à 11 centimètres, le polype fut saisi sans difficulté et enlevé sans résistance.

M. Levasseur donne *la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde*, observée dans sa clientèle. La maladie frappa dix membres d'une famille composée de dix-sept personnes; le plus jeune malade avait sept ans, le plus âgé soixante-deux ans. Grave par les symptômes d'adynamie très-prononcés qui donnèrent un caractère uniforme à tous les cas, la maladie n'en guérit pas moins dans tous, sous l'influence de l'aconit et d'une médication tonique. Les observations qu'a faites M. Levasseur lui font reconnaître que, dans cette circonstance, la maladie a présenté deux périodes, l'une croissante jusque vers le douzième jour, l'autre décroissante jusque vers la fin du troisième septénaire. L'aconit a formé la base du traitement dans la première période; le quinquina, les bouillons l'ont remplacé dans la seconde.

M. Fortin, externe des hôpitaux de Paris, lit un mémoire sur *le diagnostic de la luxation du fémur chez les jeunes enfants*. L'auteur s'attache à vérifier, pour les enfants, les données établies par M. le professeur Nélaton, sur les rapports du grand trochanter avec les saillies du bassin. Ses recherches ont porté sur trente-trois enfants à tous les âges, depuis la première semaine jusqu'à dix ans, et elles l'ont conduit aux conclusions déjà formulées dans la thèse de M. Labbé, savoir, que de la naissance à six mois, le grand trochanter est situé en avant de la ligne ilio-ischiatique (ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à la partie la plus saillante de la tubérosité sciatique); la distance varie entre huit et douze mois. A partir de cette époque, le trochanter se rapproche de la ligne, de sorte que vers trois ans son bord supérieur est à son niveau. Sur des enfants de sept, huit, neuf et dix ans, la ligne ilio-ischiatique passe sur la partie la plus saillante du trochanter. Ainsi, tandis que chez l'adulte la luxation ilio-ischiatique porte le trochanter en arrière de la ligne, chez un très-jeune enfant il suffit, pour constater cette luxation, que la saillie trochantérienne soit au niveau de cette même ligne. L'observation que M. Fortin rapporte, et qui concerne un enfant de deux mois et demi, confirme le résultat de ses recherches.

A l'exemple de M. Green (de New-York) et du professeur Bennet (d'Edimbourg), M. Gourdin s'est décidé hardiment à pratiquer des *injections de nitrate d'argent dans les voies respiratoires* d'un malade atteint de phthisie pulmonaire et épuisé par une expectoration abondante. Une sonde de gomme élastique fut introduite à une profondeur de 12 centimètres dans la trachée-artère, et l'on poussa, à l'aide d'une seringue de verre, 15 grammes d'une solution de nitrate d'argent à 2 pour 100; 12 grammes environ pénétrèrent; il y eut immédiatement une quinte de toux violente avec suffocation; mais cette crise ne dura que deux minutes; une demi-heure plus tard le malade n'accusait qu'un sentiment de cuisson légère vers la bifurcation des bronches. Tous ceux qui assistèrent à l'opération furent frappés du peu de trouble qu'elle avait produit.

Dès le lendemain, les crachats diminuèrent; neuf jours plus tard, seconde injection qui diminua encore davantage la quantité des crachats.

M. Gourdin conclut de ce fait que les injections de nitrate d'argent dans les bronches sont peu à redouter, que l'opération est facile et le deviendra plus encore par l'emploi du laryngoscope et de sondes spéciales qu'il s'occupe de faire confectionner.

M. Bourgeois lit un mémoire sur *l'efficacité du traitement des affections pulmonaires par la respiration de poussière d'eaux sulfureuses*.

M. Godefroy communique au Congrès, par l'intermédiaire de M. Avenel, un travail sur *la rétroversion de l'utérus et sa réduction du troisième au cinquième mois*. Ce travail ayant été publié antérieurement, nous croyons pouvoir nous abstenir d'en rendre compte.

La séance se termine par une communication orale de M. Bouteiller, qui expose quelques points de la pratique chirurgicale. Il passe successivement en revue les mauvais effets de la temporisation en présence des hernies étranglées, du retard apporté à l'opération du bec-de-lièvre chez les jeunes enfants; il cite des cas d'hémorrhagie consécutive à l'ablation des amygdales, les difficultés apportées à cette opération par l'adhérence des amygdales aux piliers antérieurs, et il termine par la relation de quelques cas de guérison de kystes de la paupière par incision extérieure, et de destruction de nævi par la circonscription complète au moyen de pustules vaccinales.

SEPTIÈME SÉANCE.

M. Hervieux donne lecture d'un mémoire sur *la présence des gaz dans le système circulatoire des femmes en couches*.

Le point de départ de ce travail important est l'observation d'une fille qui, dix jours après un accouchement, expira tout à coup à la suite d'un violent accès de colère. La fétidité des lochies avait nécessité des injections utérines neuf jours après l'accouchement; mais ces injections avaient été faites avec les plus grandes précautions et toutes les mesures prises pour empêcher la pénétration de l'air. La seconde injection avait été suivie d'une hémorrhagie assez abondante.

A l'*autopsie*, faite trente heures après la mort, on trouva le cadavre sans traces de putréfaction. Le cœur était distendu par un fluide élastique, ainsi que la veine cave inférieure. Le cœur fut enlevé sans perdre un atome de son contenu; à l'ouverture de la veine cave inférieure, il s'en échappa des gaz sans odeur. Les poumons étaient sains, sans emphysème ni congestion. Les veines iliaques primitives, les veines utéro-ovariques, les branches afférentes à la veine cave supérieure ne contenaient pas de gaz. L'utérus n'offrait pas de vestiges d'inflammation ni de suppuration.

Les gaz recueillis du cœur furent soumis à l'analyse; la plus grande partie fut extraite du ventricule droit; le ventricule gauche en contenait beaucoup moins. Le volume soumis à l'analyse représentait environ celui de 40 à 50 grammes d'eau. Sur 100 parties, on a trouvé :

Oxygène	. . . .	7
Acide carbonique	. . . .	11
Azote	. . . .	82
Total	. . . .	100

Ce fait soulève des questions importantes que M. Hervieux cherche à résoudre. Ces gaz provenaient-ils de la décomposition cadavérique? Elle n'existait pas. Peut-on en accuser les injections utérines? Elles avaient été faites avec toutes les précautions requises; les veines du bassin ne contenaient pas de gaz, et enfin ceux recueillis ne présentaient pas la composition de l'air atmosphérique. L'hémorrhagie serait-elle pour quelque chose dans les accidents ultimes? M. Hervieux est porté à l'admettre.

Après un historique complet de la question, où M. Hervieux passe en revue tous les faits rapportés et toutes les opinions émises, il admet l'exhalation spontanée des gaz pendant la vie aux dépens du sang. Les gaz trouvés dans le cœur de la malade qu'il a observée sont précisément les gaz du sang, et leurs proportions relatives rappellent celles qu'on observe pendant la vie. Quand la masse du sang a été appauvrie par des hémorrhagies abondantes, il ne répugne pas à la raison qu'à un moment donné ce sang altéré devienne tout à coup le théâtre d'une grave perturbation qui favorise le dégagement des gaz qu'il contient.

M. Duménil lit ensuite une courte note sur *le diagnostic des adhérences de la plèvre*. Il a eu, à différentes reprises, l'occasion de constater un symptôme qu'on doit ajouter à ceux fournis par l'auscultation : ce symptôme consiste dans un retrait de la partie inférieure du thorax dans l'inspiration; on voit ou l'on sent, par l'application de la main, que le bord inférieur de la poitrine est attiré à chaque inspiration vers la colonne vertébrale. M. Duménil a eu l'occasion de vérifier par l'autopsie la signification qu'il donne à ce phénomène, et il l'observe encore tous les jours chez un homme qui a eu une pleurésie compliquée de péri-hépatite.

M. Meyer cherche à réhabiliter *l'opération du strabisme*, beaucoup trop discréditée en France. Ce discrédit doit être imputé aux insuccès réels de l'opération; mais ces insuccès n'étaient eux-mêmes que la conséquence d'erreurs de diagnostic, de l'absence complète de distinction entre les diverses espèces de strabisme; il y a, en effet, des strabismes qui ne doivent jamais être opérés. Le mot *strabisme* n'a qu'une signification symptomatique; il faut tenir compte de ses causes. M. Meyer les range sous quatre chefs :

1° Disposition congénitale des muscles;

2° Ophthalmies du bas âge déterminant le strabisme, non pas, comme on le pense ordinairement, par la production de taches sur la cornée, mais par la propagation de l'inflammation aux muscles de l'œil;

3° Anomalies de réfraction, myopie et presbytie;

4° Affections de la choroïde et de la rétine. Dans ces cas, la tache jaune de la rétine peut perdre ses qualités normales, et le malade est alors obligé de recueillir les images sur un autre point de la membrane.

Toutes ces causes, que M. Meyer réunit dans un seul groupe, aboutissent à un strabisme par raccourcissement des muscles. Il appelle ce strabisme *concomitant*.

Dans un second groupe, l'auteur place les strabismes par troubles nerveux, par paralysie des muscles. Il donne à ceux-ci le nom de *strabismes paralytiques*.

Cette distinction des strabismes par raccourcissement des muscles et par perte de l'innervation est la base du diagnostic différentiel et du traitement. Dans le premier cas, quand on fait fixer un objet, l'œil strabique suit le mouvement de l'œil sain : c'est pour cette raison que M. Meyer lui donne le nom de *concomitant*, tandis que, dans le strabisme paralytique, l'œil malade ne peut plus accompagner l'autre. Le redressement est possible dans le strabisme concomitant en faisant fermer l'œil sain; il est impossible dans le strabisme paralytique si la paralysie est complète. Dans ce dernier, on observe un phénomène particulier, appelé par l'auteur *vertige visuel*, qui n'existe pas dans le strabisme concomitant; ce phénomène tient à une fausse appréciation de la distance des objets situés du côté du muscle paralysé, de telle sorte que, si le malade veut saisir un objet, il porte la main au delà de sa situation réelle. Cela tient, d'après l'auteur, à ce que nous apprécions les distances par l'effort de nos muscles; l'effort étant ici considérable pour compenser la perte d'innervation, nous jugeons l'éloignement des objets plus grand que la réalité.

Quand le strabisme concomitant est récent, il faut chercher à détruire sa cause, corriger les vices de réfraction par l'usage de verres convenables, exercer l'œil au moyen des verres prismatiques. Quand le raccourcissement du muscle est devenu constant, il faut opérer. Le procédé rationnel consiste à détacher l'insertion du muscle pour la reporter plus ou moins en arrière. L'opération est des plus simples : elle consiste à saisir le tendon avec un crochet mousse et à le détacher à son insertion même. Une des difficultés de l'opération est d'obtenir le degré de rétraction convenable en rapport avec la déviation. Il faut d'abord mesurer le degré du strabisme, puis, l'opération faite, en faisant porter l'œil plus ou moins du côté opposé, on obtient le degré de rétraction voulu. Le nombre des opérations de de Graefe dépasse 4500, preuve, dit M. Meyer, que l'opération peut être utile.

M. Duchesne résume, dans un court travail, *les caractères de la diarrhée cholériforme des enfants* et le traitement qui lui convient. Il insiste particulièrement sur l'importance que présente l'examen des matières pour faire juger du siége précis de l'inflammation et diriger dans le choix des moyens thérapeutiques à mettre en usage.

M. Vingtrinier communique au Congrès le résultat des recherches qu'il poursuit depuis longtemps sur *l'endémie goitreuse des rives de la Seine*.

Cette endémie se trouve répartie dans 23 communes échelonnées sur un parcours de 20 kilomètres dans les cantons de Pont-de-l'Arche et d'Elbeuf. Les observations nombreuses et mûrement réfléchies de M. Vingtrinier l'ont conduit à émettre sur les conditions de développement des endémies goîtreuses un certain nombre de propositions que nous résumons :

La cause des endémies goîtreuses ne perd pas de sa force elle se montre de nos jours active et permanente au même degré qu'autrefois.

L'absence de soins hygiéniques et les vices des localités concourent à la prédisposition de l'endémie, mais ne suffisent pas à la déterminer.

La nature des eaux ne l'explique pas davantage, puisqu'on

voit des pays pourvus d'eaux semblables, les uns épargnés, les autres affligés par le goître.

L'air peut transporter des épidémies à des distances variables; mais une endémie séculaire, existant en toute saison dans une localité circonscrite et épargnant à côté une localité semblable en apparence, porte à supposer une cause locale.

L'infection est le produit d'un détritus spécifique, le même partout où l'endémie existe. Des déplacements de terres provenant de pays endémisés ont amené le goître dans des contrées saines jusque-là.

L'existence d'alluvions anciennes ou récentes est l'unique condition qui se rencontre dans tous les pays à endémie; mais, comme le goître n'existe pas dans tous les pays où se trouvent des alluvions, il faut admettre qu'il y a de place en place dans ces terres des essaims inconnus à la manière des bancs de coraux.

L'admission d'une cause locale conduit à penser qu'il sera possible de sauver des milliers d'individus en assainissant les localités endémisées.

Dans quelques pages bien écrites et très-lucides, ayant pour titre : *Examen critique de la loi de production des sexes de M. Thury*, M. G. Pennetier met en relief toutes les raisons que la physiologie générale apporte à l'appui de cette théorie. Le degré de maturation de l'œuf est, on le sait, la clef du problème; les œufs récemment pondus produisent des femelles, ceux qui le sont depuis quelque temps donnent des mâles. Quelque intérêt que présente ce sujet, comme il est en dehors des sciences médicales dont nous devons nous préoccuper spécialement, nous ne nous y arrêterons pas davantage.

M. Weswatines lit un travail sur *un cas d'occlusion de la bouche, suite de sphacèle, et sur le procédé employé pour empêcher l'agglutination des lèvres.* Nous passons sur quelques détails pour arriver au point réellement curieux de ce fait. Par suite de négligence des parents, la bouche s'était presque complétement fermée ; il ne restait qu'un pertuis à peine apparent. L'incision avec le bistouri rétablit facilement l'ouverture buccale; mais ce qui était réellement difficile, c'était de trouver immédiatement un moyen d'empêcher le recollement chez un enfant de quinze mois. M. Weswatines imagina deux agrafes de fil de fer placées dans les commissures buccales artificielles et maintenues par des rubans de caoutchouc se nouant en arrière de la tête. Le moyen réussit autant qu'il était permis de l'espérer.

Mentionnons, pour terminer le compte rendu de cette séance, un travail de M. Bignon sur *Bagnoles-de-l'Orne, ses eaux et leur valeur thérapeutique*.

HUITIÈME SÉANCE.

M. Laurent donne, dans un travail intitulé : *Des indications dans le traitement des maladies nerveuses*, le résumé d'une œuvre plus considérable qu'il a entreprise sur le même sujet.

Il entend par *maladies nerveuses* toutes celles où le système nerveux occupe le premier rang. Il blâme la multiplicité des maladies nerveuses que l'esprit localisateur a créées, et n'y voit qu'une collection de phénomènes pathologiques qu'on doit rapporter à un petit nombre d'états morbides plus ou moins complexes et dont la nature se déguise à nos yeux sous des apparences protéiformes. On doit considérer fréquemment ces prétendues maladies comme autant d'expressions symptomatiques d'affections plus générales.

Quant aux indications, il les rapporte : 1° à l'étiologie; 2° à l'état morbide; 3° aux symptômes; 4° à la force médicatrice, qui peut être trop intense, trop faible ou irrégulière.

M. Laurent attache surtout une grande importance aux indications étiologiques; il reconnaît qu'on ne peut agir que difficilement et avec lenteur sur les causes prédisposantes; les indications puisées dans les causes déterminantes ont bien plus de puissance.

M. Duchaussoy lit un travail complet et remarquable sur *les occlusions intestinales produites par les calculs biliaires.* C'est une véritable monographie dont nous regrettons de ne pouvoir donner qu'un aperçu très-imparfait. M. Duchaussoy n'entend parler que des calculs qu'on rencontre dans l'intestin tels qu'ils y sont arrivés; il laisse de côté ceux qui ont subi un accroissement dans le tube digestif : ceux-ci sont véritablement devenus des concrétions intestinales. Ce travail repose sur 20 observations que l'auteur a analysées avec soin pour en déduire toute l'histoire de l'obstruction intestinale.

L'âge et le sexe constituent des causes prédisposantes importantes; presque tous les malades avaient passé quarante ans, et l'on ne compte que cinq hommes pour quinze femmes.

Vomissements au début, se reproduisant pendant toute la durée de la maladie, présentant quelquefois le caractère stercoral, même quand l'obstruction siége dans l'iléon ou le jéjunum; douleur abdominale violente et subite, avec exacerbations ayant leur siége principal au point de l'obstruction ; constipation, tuméfaction de l'abdomen occupant les parties supérieures et généralement moins prononcée que dans les autres obstructions; déplacement possible du calcul par la palpation, ictère dans les antécédents, tels sont les points principaux de la symptomatologie.

Les calculs biliaires peuvent causer l'obstruction de toutes les parties de l'intestin; mais ils se rencontrent surtout dans le duodénum, le jéjunum et l'iléon ; on en a vu dans le rectum comprimer la vessie et déterminer l'incontinence d'urine. Les calculs peuvent être serrés circulairement par l'intestin ou contenus dans une poche. L'état des parois intestinales au niveau de l'étranglement n'est pas toujours le même : quelquefois elles sont ulcérées, enflammées profondément, et ces altérations peuvent s'accompagner de péritonite. Au-dessus de l'étranglement, le tube digestif est distendu et quelquefois enflammé; au-dessous il est vide et resserré. On rencontre, dans certains cas, des cicatrices et des rétrécissements anciens, traces du passage de calculs qui ont franchi antérieurement l'intestin en y produisant des désordres. On comprend que ces rétrécissements jouent un rôle puissant dans l'arrêt des calculs consécutifs.

La vésicule biliaire est ordinairement profondément altérée; souvent elle est perforée et communique largement avec le duodénum, car c'est plus souvent par cette voie artificielle que les calculs se frayent un passage que par les voies naturelles.

Sur 20 cas, il y a eu 14 morts, ce qui porte à établir un pronostic un peu moins grave que dans les autres obstructions.

Le traitement consiste dans l'emploi modéré des purgatifs, des corps gras, des antiphlogistiques, des moyens mécaniques, tels que le massage et la pression. Relativement à l'emploi des purgatifs, M. Duchaussoy combat l'opinion de M. Maisonneuve, qui semble ne redouter nullement l'administration des purgatifs violents. Les corps gras facilitent le glissement du corps

étranger; les dissolvants peuvent aussi être employés, à la condition de les doser de manière à éviter une action trop irritante sur les intestins.

Après la lecture par M. Avenel d'une pièce de vers sur *la confraternité médicale*, M. Dubreuilh, président de la Société de médecine de Bordeaux, prend la parole, au nom de la Compagnie qu'il représente et de toutes les Sociétés de médecine, pour remercier celle de Rouen du bienveillant accueil qu'elle a fait à ses invités; il est heureux de pouvoir transmettre au corps médical des départements les souvenirs qu'il emportera du Congrès.

M. le Président donne ensuite lecture d'une lettre de MM. Vingtrinier et Leudet, demandant qu'une commission soit nommée pour préparer un second Congrès. La commission organisatrice du Congrès qui se termine, et composée de MM. Duchesne, Bouteiller, Laurent, Morel, Duménil, Bulard, est maintenue comme commission du futur Congrès, avec l'adjonction de MM. Vingtrinier et Leudet; cette commission pourra, en outre, s'adjoindre un ou plusieurs médecins des autres villes.

M. Giraldès prononce ensuite un discours dans lequel, après avoir résumé les travaux du Congrès, il manifeste l'espérance de voir l'exemple de Rouen suivi. Il remercie ses confrères de Rouen de l'accueil fait aux médecins de Paris et des départements, et l'assemblée de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant président.

Après la lecture du procès-verbal, la séance est levée à dix heures et demie.

Dr Duménil.

II

REVUE CLINIQUE.

Pathologie interne.

Érysipèle du cuir chevelu.—Méningite aigue.—Calculs biliaires. — Mort. —Autopsie, par le docteur Victor Duhamel.

Obs. — Une journalière appelée Angeline Piquet, âgée de soixante-trois ans, d'une taille élevée, d'une constitution forte, d'un embonpoint assez considérable, à Paris depuis trente ans, est admise à l'hôpital de la Charité, le 6 avril 1863, dans la division de M. Beau.

Cette femme est d'une intelligence très-bornée, mais sa mémoire paraît fidèle. Ses parents sont morts de maladies qui, d'après son récit, n'ont aucun rapport avec son état actuel. Elle est mariée, et a mis au monde cinq enfants; trois sont vivants, forts et de bonne santé; deux sont morts en bas âge. Elle a toujours habité des logements sains, se nourrit bien, n'a jamais eu de misère, boit peu de vin et presque jamais de liqueurs spiritueuses. Menstruée à vingt ans, elle l'a toujours été fort régulièrement jusqu'à l'âge de cinquante et un ans; la ménopause s'est faite peu à peu et sans dérangements notables d'aucune fonction.

Elle affirme n'avoir jamais été malade dans sa première enfance. De neuf à trente-huit ans, elle fut sujette à des névralgies sus-orbitaires, qui revenaient tous les sept à douze jours, s'accompagnant d'anorexie et de vomissements répétés. Ces névralgies, rebelles à tout traitement, auraient brusquement disparu à la suite d'une frayeur très-grande que la femme Piquet dit avoir éprouvée en croyant voir un de ses enfants frappé par la foudre.

En 1848, elle fut affectée d'un érysipèle de la face, et garda le lit cinq jours; en 1850 et 1859, elle eut deux autres érysipèles de la face, mais légers, puisqu'ils ne l'empêchèrent pas de travailler; en 1851, peu de temps après la cessation des règles, elle resta couchée cinq semaines pour une douleur dans la fosse iliaque gauche, et sur laquelle furent appliquées soixante-quinze ventouses en trois reprises. Enfin l'année dernière, dans le courant du mois d'août, à la suite d'une vive émotion morale, et au milieu d'une santé en apparence parfaite, elle fut affectée d'un ictère, sans fièvre, sans douleurs hépatiques, sans coliques ni vomissements; les urines devinrent foncées en couleur et troubles, mais continuèrent d'ailleurs à être aussi abondantes qu'à l'ordinaire. Reçue à l'hôpital de la Pitié, elle fut purgée plusieurs fois, et sortit guérie après un séjour de deux septénaires.

Sa maladie actuelle remonte à six semaines. Elle raconte qu'après une journée tout entière passée au lavoir elle fut prise le soir même par plusieurs accès de frisson suivis bientôt de céphalalgie et de douleurs pongitives à l'épigastre, s'irradiant dans tout le ventre et les deux hypochondres. Dans la nuit survinrent quatre à cinq vomissements de liquide amer et verdâtre. Le lendemain matin, les douleurs sont apaisées; il reste un malaise général, beaucoup de sensibilité du ventre, et la malade reste couchée pendant deux jours. Jusqu'au 4 avril, l'amélioration se maintient, mais la faiblesse est grande, l'appétit diminué, et l'épigastre continue à être le siége d'une douleur sourde, persistante; d'un autre côté, les urines deviennent plus rares, elles sont colorées en rouge brun, épaisses, et déposent au fond du vase un enduit sédimenteux, rougeâtre, très-adhérent. Dans la soirée du 4 avril, sans cause appréciable, récidive de frissons, de douleurs épigastriques, de coliques et de vomissements qui, après avoir persisté toute la nuit, se dissipent le lendemain matin. Forcée de chercher un asile à l'hôpital, la femme Piquet se présente à la consultation le 5 avril.

État le 6 *au matin*. — Décubitus de préférence sur le dos ou sur le côté droit; le repos sur le côté gauche est douloureux. L'embonpoint est conservé, la physionomie tranquille; l'intelligence ne paraît pas altérée; la peau est fine, blanche, le visage pâle, sans teinte ictérique, les sclérotiques normales, les lèvres fortes et colorées.

Le cœur et les poumons n'offrent rien de particulier à noter; le pouls est concentré et dur, à 75; la peau est chaude, sans sécheresse.

Les gencives sont pâles, sans liséré jaune, la langue humide, blanchâtre au milieu, rosée à la pointe et sur les bords; bouche sans amertume, soif ordinaire, appétit faible. Sensation d'engourdissement douloureux à l'épigastre et à la région hépatique; ventre souple, plat, sonore, très-sensible à la pression et à la percussion; pas de diarrhée. Le foie est limité en haut par la neuvième côte, en bas il ne déborde pas les derniers cartilages; il s'étend en dedans à 1 centimètre au delà du bord droit du sternum; on ne sent pas la vésicule biliaire. Urine facile, mais peu abondante, d'une couleur foncée, troublée par l'acide azotique et la chaleur, fortement sédimenteuse.

Œdème nulle part; nuit calme, sans sommeil; pas de céphalalgie.

Pendant quinze jours, les choses restent en cet état; on met deux vésicatoires à l'épigastre, l'un le 8, l'autre le 17, et l'on administre deux fois de l'huile de ricin dans le but de faire cesser la constipation. Le pouls est dur et plein, et ne monte pas au-dessus de 82.

Le 19, nausées fréquentes depuis hier matin; la malade a vomi en sept ou huit fois 500 grammes environ de liquide amer, jaune verdâtre; langue blanche partout; bouche pâteuse et tout à la fois amère; anorexie; soif vive; une selle dure hier, très-foncée en couleur; douleur épigastrique obtuse, presque continue; pas de douleurs spontanées dans la région du foie, qui est insensible à la percussion; l'urine est peu abondante, de couleur orangée, avec dépôt rougeâtre. Céphalalgie gravative, frontale et occipitale; cercle noir autour des yeux. Pouls régulier, fort, non dépressible, à 102; chaleur sèche, développée; vingt-quatre respirations par minute.

Le 20, apparition cette nuit d'un érysipèle qui recouvre tout le cuir chevelu, descend jusqu'aux deux régions parotidiennes, et a envahi les deux oreilles; les ganglions sous-maxillaires et ceux des parties latérales du cou ne sont ni douloureux ni enflammés; le pouls est accéléré, fort, régulier, à 100, la peau chaude et sèche; céphalalgie violente; trente-deux inspirations; soif ardente; anorexie complète; bouche pâteuse; langue sèche, blanche, piquetée; pas de nausées; constipation. (30 grammes d'huile de ricin.)

Le 21, l'inflammation érysipélateuse descend jusqu'au milieu du front; la joue gauche est colorée; intelligence conservée. Pouls à 108. Du reste, même état qu'hier.

Le 22, hier soir, frisson avec tremblement général pendant au moins une heure; agitation toute la nuit, sans délire; ce matin, deuxième frisson d'une demi-heure. La rougeur couvre d'une manière symétrique le cuir chevelu, le front, les deux joues, les paupières et le nez. Pouls large, régulier, à 106; peau chaude, sèche; céphalalgie intense; vingt-six inspirations. Langue sèche, piquetée de rouge; soif très-vive; douleur nulle à l'épigastre et dans l'hypochondre droit; ventre mou, indolore, non ballonné; pas de garderobe depuis quarante-huit heures.

Le 23, décubitus dorsal, plaintes continuelles; les paupières sont gonflées et abaissées, si on les soulève on ne remarque pas de strabisme; les pupilles sont également dilatées, sensibles à la lumière d'une bougie. La malade ne paraît pas entendre lorsqu'on lui parle; elle a déliré toute la nuit, et dans son agitation elle est tombée de son lit sur le sol. L'érysipèle

est, comme les jours précédents, peu considérable; il a envahi aujourd'hui tout le cou. Les membres soulevés retombent inertes; pas de soubresauts des tendons ni de mouvements convulsifs; la sensibilité, que l'on cherche à éveiller, paraît abolie sur toute la surface du corps. Quand on veut écarter les mâchoires avec l'extrémité d'une cuiller, on ne peut y parvenir. Le pouls est résistant, fort, régulier, à 112; la peau est sèche, moyennement chaude, la respiration bruyante, trente par minute.

Le 24, nuit tranquille; résolution des membres; rougeur érysipélateuse en partie effacée. Les yeux sont ouverts, fixes, sans expression; les pupilles contractiles, uniformément dilatées. On obtient quelques mots de réponse; la parole est lente, brève, mais bien articulée; c'est dans la tête que la malade dit beaucoup souffrir; elle n'accuse pas d'autres douleurs. Pouls fort, plein, intermittent, à 96; peau sèche, d'une température peu élevée; respiration régulière, naturelle, vingt-six par minute. La langue est facilement tirée; elle est sèche, râpeuse, d'un rouge vif; soif ardente; déglutition facile; pas de vomissements; constipation depuis trois jours.

Le 25, assoupissement profond depuis hier soir, d'où il est très-difficile de tirer la malade. Si on la questionne, les yeux s'ouvrent, se tournent alors lentement vers la personne qui l'interroge, et elle répond à voix basse par oui ou par non; on lui demande où elle a mal, et elle jette un cri de douleur en portant la main à son front; on ne remarque pas de dilatation pupillaire. La tête est renversée en arrière et immobile; résolution générale et égale des deux côtés; pas de contractions spasmodiques. La joue gauche est colorée, le reste de la face est d'une grande pâleur; on retrouve un peu de gonflement érysipélateux aux paupières et aux oreilles; narines pulvérulentes. Langue râpeuse, rouge; la déglutition des boissons se fait bien; pas de vomissements; constipation; rétention d'urine depuis deux jours. Pouls vibrant, non dépressible, irrégulier, intermittent, à 92; peau d'une température peu élevée, sèche; respiration irrégulière, non bruyante, quarante-six par minute.

A la visite du soir, la face était congestionnée, la tête toujours portée en arrière, la respiration trachéale, et la vie s'éteignit le lendemain, à quatre heures du matin, au milieu d'un coma profond.

Autopsie trente heures après le décès, par un temps sec, à + 8 degrés centigrades.

Aspect extérieur. — Rigidité cadavérique peu prononcée; décoloration des téguments, à l'exception de la joue droite, du cou, du dos et des fesses, qui offrent une coloration rouge vineuse assez intense. Dans les cheveux pullulent une quantité innombrable de gros poux.

Tête. — Le tissu cellulaire des paupières est injecté, gorgé de sérosité; l'inflammation bornée aux parties externes n'intéresse pas les parties molles qui se prolongent dans les cavités orbitaires.

La dure-mère adhère médiocrement au crâne; elle est saine et résistante, tous les sinus sont remplis de sang noir et liquide. En enlevant le cerveau de la cavité crânienne, il s'écoule une petite quantité de liquide céphalo-rachidien. L'arachnoïde est saine et transparente partout, si ce n'est de chaque côté de la grande scissure médiane, au niveau des corpuscules de Pacchioni; là on trouve une petite quantité de sérosité trouble. La pie-mère adhère peu à la substance cérébrale, et s'en détache sans en entraîner la moindre parcelle; elle est très-injectée de sang partout, principalement dans les anfractuosités cérébrales. Dans les points de la convexité du cerveau qui correspondent à l'infiltration purulente de la séreuse, les mailles de la pie-mère contiennent une petite cuillerée à café de pus blanc, de bonne consistance, disséminé assez irrégulièrement; on en trouve un peu plus à droite qu'à gauche de la scissure médiane. La substance cérébrale est ferme, d'apparence normale. Au niveau des foyers purulents elle ne paraît pas ramollie; si l'on y fait tomber un filet d'eau, celle-ci en détache avec peine quelques parcelles. Aucune altération dans l'intérieur du cerveau qu'un léger sablé général. Les deux ventricules sont sains; ils contiennent chacun une cuillerée à bouche de sérosité trouble, un peu rosée.

Le tissu du cervelet n'est nulle part altéré. A la face inférieure des lobes, et dans le voisinage de la protubérance, on trouve de chaque côté, dans une étendue de 3 centimètres environ, une couche de pus blanc, semi-liquide, en tout semblable à celui que nous avons rencontré à la face supérieure du cerveau. A ce niveau, l'état de la pie-mère est le même que ci-dessus.

Poitrine. — Ni adhérences, ni sérosité entre les deux plèvres. Les poumons ont une teinte d'un rouge livide; ils sont maculés de plaques noires et crépitent dans toute leur étendue, excepté sur leur bord tranchant, qui est privé d'air, et dont le tissu est hypertrophié. La pression entre les doigts en fait sourdre une sanie rougeâtre, spumeuse, plus abondante au sommet qu'à la base, et dans le poumon gauche que dans celui de droite.

Le cœur ne présente pas de lésions notables; le ventricule droit renferme un seul caillot, qui paraît de formation récente. Pas de liquide dans le péricarde.

Abdomen. — L'estomac est d'une intégrité parfaite; il contient un peu de liquide trouble. Les intestins ne sont pas distendus par des gaz; la face interne de l'intestin grêle est injectée, surtout dans le dernier tiers; elle ne paraît pas ramollie; celle du gros intestin est saine; dans la dernière partie du côlon, on trouve une certaine quantité de fèces solides, de couleur foncée; dans le rectum et l'S iliaque, on rencontre trois calculs biliaires isolés et disséminés dans la matière fécale : l'un est allongé, il a la forme et la grosseur de deux fortes amandes accolées; les deux autres, moins volumineux d'un tiers, sont cylindriques, à extrémités taillées en biseau; leur couleur est brunâtre, leur surface lisse, non mamelonnée; formés en grande partie de cholestérine, ils sont plus denses que l'eau et tombent au fond. Le foie ne dépasse pas le rebord cartilagineux des dernières côtes; il est assez volumineux; il mesure sur sa face convexe 29 centimètres de hauteur sur 19 de longueur; il est d'une couleur chamois presque uniforme; sa substance n'est pas ramollie, mais on trouve dans tous ses canalicules une poussière granuleuse, friable. Le calibre de l'artère hépatique est normal; les rameaux de la veine porte sont béants et perméables. Le vésicule biliaire et son conduit cystique ne forment plus avec le canal cholédoque qu'un tube creux, long de 9 centimètres, d'un calibre sensiblement égal partout, et assez large pour permettre l'introduction du doigt indicateur, dont la dernière phalange pénètre sans difficulté dans l'intestin par le pli de Water. Les tissus constituants de ce long canal ne paraissent pas avoir subi de dégénérescence; la muqueuse est blanche, et ne présente pas de traces d'inflammation ou d'ulcération.

Les autres organes sont dans l'état naturel.

RÉFLEXIONS. — Des faits qui précèdent résultent deux points saillants sur lesquels je me contenterai d'appeler l'attention. Ces deux points, parfaitement distincts et indépendants l'un de l'autre, sont : l'érysipèle du cuir chevelu et la méningite, d'une part; de l'autre, la présence des calculs biliaires et la disposition anatomique de la vésicule du fiel.

Une femme d'une bonne constitution arrive à quarante-huit ans sans éprouver d'autre dérangement dans sa santé que des névralgies fréquentes. A cet âge éclate un érysipèle de la face; en 1850 et 1859, il en survient deux autres. Ces trois exanthèmes se terminent d'une manière simple et rapide. En 1863, pendant un séjour à l'hôpital et dans le cours d'une maladie qui durait depuis deux septénaires, maladie assez mal caractérisée d'ailleurs, mais qu'on peut rapporter au tube gastro-intestinal, un dernier érysipèle apparaît brusquement au cuir chevelu. Trente-six heures plus tard, de nouveaux accidents se déclarent, tels que frissons violents et répétés, suivis bientôt de céphalalgie, d'agitation, etc., en un mot de symptômes qui permettent de diagnostiquer une inflammation des méninges. La mort arrive le quatrième jour. L'autopsie révèle du pus à la surface de l'encéphale, une dilatation considérable des canaux cystique et cholédoque, puis enfin des calculs biliaires dans l'intestin.

L'érysipèle du cuir chevelu a-t-il pris naissance sous l'influence d'une cause immédiate et directe? A-t-il été sollicité par les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvait alors la femme Piquet? Ou bien en ferons-nous honneur à cette disposition diathésique que notre malade paraît avoir contractée depuis 1848 aux affections de ce genre? Il n'existait à la tête ni trace de coup ni plaie récente; aucun agent irritant n'y avait été appliqué. En outre, je me suis assuré que, depuis plus d'un mois, il ne s'était pas montré d'érysipèle dans la salle Sainte-Marthe ou dans celles qui lui sont contiguës. Quant à la part d'influence qu'il convient d'accorder à la prédisposition dont j'ai parlé plus haut, elle ne sera douteuse pour personne; mais il est à peine besoin de dire que son degré d'action me paraît impossible à établir.

Du reste, je n'ai pas à m'étendre sur ces questions, et je me hâte d'arriver à l'objet principal de cet écrit, c'est-à-dire au pronostic fâcheux qui a pu être fait aussitôt l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Trois érysipèles antérieurs surviennent au milieu d'une santé en apparence parfaite et suivent leur évolution sans présenter le moindre caractère grave; un quatrième se déclare chez le même sujet, déjà

malade et alité, et, bien que peu considérable, il est suivi d'une méningite rapidement mortelle.

Ainsi envisagé, ce fait est confirmatif de cette loi générale formulée pour la première fois par un maître illustre et sanctionnée depuis lors par les observations de MM. Chomel et Blache, à savoir que l'érysipèle prend toujours un haut degré de gravité quand il débute chez un individu malade ou convalescent, et que celui du cuir chevelu en particulier détermine souvent l'inflammation des membranes du cerveau.

Je ne pousse pas plus loin ces réflexions; si courtes qu'elles soient, elles me paraissent suffisantes pour faire voir la liaison intime qui a existé dans la production successive et rapide de l'érysipèle et de la méningite chez le sujet qui vient de nous occuper. J'ajoute que c'est surtout au point de vue de ce rapport de cause à effet que ce cas m'a paru mériter de prendre place dans la science.

Pour ce qui regarde les calculs dont l'existence n'a été révélée qu'à l'autopsie, on peut dire que rien, pendant la vie, n'en put faire soupçonner la présence. Un seul ictère était survenu, au mois d'août 1862, sans autres troubles appréciables qu'une légère teinte ictérique et des urines louches, non sédimenteuses. Jamais le foie ne fut le siége de symptômes importants et ne donna lieu à cet ensemble de phénomènes qu'on a coutume de désigner sous le nom de coliques hépatiques. Après la mort, les conduits biliaires sont trouvés très-distendus; mais leurs parois ne sont pas hypertrophiées; leur muqueuse est parfaitement saine, et l'examen le plus minutieux n'y fait pas découvrir de traces d'érosion ou de rougeur. Or, les concrétions retrouvées dans l'intestin étaient, on s'en souvient, volumineuses, inégales et dures. De cet ensemble de faits, je me crois autorisé à conclure que, si les canaux cystique et cholédoque n'ont pas présenté d'obstacle sérieux à la migration des calculs, c'est que la dilatation si remarquable de ces conduits était ou congénitale ou fort ancienne, mais non acquise.

III

CORRESPONDANCE.

Sur la lithotritie.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi, à propos du *nouveau perfectionnement apporté à la lithotritie*, dont il est question dans votre numéro du 16 octobre, p. 683, de mettre sous les yeux de vos lecteurs les extraits suivants d'un mémoire que j'ai publié dans le numéro d'avril 1848 du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, et qu'on trouvera également dans le volume de RECHERCHES que j'ai publié en 1856.

« Pour briser un calcul d'après le procédé généralement mis en usage, il faut au moins deux brise-pierres (l'un à dents, l'autre à cuillers), lesquels présentent tous deux des défectuosités dont le résultat est d'allonger l'opération....

» Je crois donc avoir grandement simplifié l'opération en remplaçant ces deux instruments par un seul (à mors plats), et avoir fait disparaître en même temps les causes de lenteur et de souffrances que je viens d'énumérer... »

Puis je décris cet instrument à mors plats, et je montre qu'il a sur celui à dents l'avantage de saisir plus facilement les fragments, de les pulvériser tous, gros et petits, et qu'il ne s'engorge pas comme celui à cuillers.

« Je ne rejette cependant pas, ajoutai-je, d'une manière absolue le lithotribe à dents, mais je le réserve pour les calculs extrêmement durs, et seulement pour les morceler.

» D'après ce qui précède, il est évident que toutes les fois que les débris peuvent être expulsés, mon lithotribe à mors plats est de beaucoup préférable aux autres, puisqu'il les remplace tous, qu'il agit simultanément comme eux tous, et qu'il n'a pas leurs défectuosités.

» Mais... souvent les débris ne peuvent s'échapper... Si donc je fournis un moyen de les extraire avec facilité, lors même que l'urine ne peut sortir, j'aurai complété ma tâche... »

Je décris ensuite une sonde à double courant, dont un canal très-large est destiné au passage des fragments, et l'autre, creusé dans les parois du premier, permet de pousser dans la vessie un courant d'eau, soit à l'aide d'une seringue, soit au moyen d'un grand irrigateur.

Agréez, etc. AUG. MERCIER.

Séméiologie.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Dans le compte rendu du Congrès médico-chirurgical que vous avez publié, M. Duménil m'attribue le procédé d'extraction modifiée, combinaison de l'iridectomie à l'extraction de la cataracte. Dans mon discours, j'ai exposé que déjà, en 1854, M. de Graefe avait discuté son utilité, et que MM. Mooren et Jacobson, dans des mémoires récemment publiés, ont fait connaître les résultats brillants qu'ils ont obtenus par ce procédé opératoire.

Agréez, etc. L. WECKER.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

CHIRURGIE. — *Du succès de l'ouranoplastie avec ou sans ossification périostique*, par M. *C. Sédillot*. — L'auteur, s'appuyant sur les succès obtenus par Langenbeck et par lui-même, s'attache à dissiper les craintes qu'inspire généralement aux chirurgiens la pratique de l'ouranoplastie et à détruire les objections alléguées contre cette opération. Il démontre qu'on ne doit redouter ni l'exfoliation des os de la voûte palatine mis à nu, ni le défaut de résistance des lambeaux muqueux, ni la mortification de ces lambeaux. « L'expérience, dit M. Sédillot, a démontré que la voûte palatine dénudée par le chirurgien n'était pas frappée de nécrose, qu'elle se recouvrait parfaitement d'un nouveau périoste, et que les lambeaux détachés et réunis sur la ligne médiane y acquéraient une épaisseur, une résistance et une solidité suffisantes pour l'obturation et le rétablissement fonctionnel des deux cavités naso-buccales.

» D'autre part, en pratiquant l'ouranoplastie en deux temps, de manière à n'atteindre en premier lieu que les artères palatines postérieures et n'intéressant la naso-palatine qu'après le rétablissement des anastomoses de la moitié postérieure du voile, on échappe aux dangers de la gangrène, et la vitalité des lambeaux reste assurée.

CHIRURGIE. — *Note sur l'innocuité et sur l'efficacité de la cautérisation des cavités utérines*, par M. *A. Courty*. — La cautérisation actuelle de la cavité cervicale de l'utérus a été pratiquée par M. Courty plus de trois cents fois. Il a recueilli les cent premières observations il y a plus de six ans; il a suivi les malades, il s'est assuré de l'innocuité des suites, de la conservation des dimensions normales de l'orifice utérin, du retour naturel de la menstruation, de la grossesse, enfin de la parturition normale. Il affirme n'avoir constaté, à la suite de cette cautérisation, aucun accident, ni primitif, ni consécutif.

La cautérisation de la cavité du corps a été faite par lui plus souvent encore. Il se sert du crayon de nitrate d'argent fondu, qu'il porte jusque dans la cavité utérine. A ce moment, au lieu de l'en retirer intact, il le casse et le précipite dans cette cavité, de manière à l'y abandonner.

M. Courty ne connaît pas de moyen plus héroïque que le séjour du crayon de nitrate d'argent fondu dans la cavité utérine, dans le traitement des granulations fongueuses de cette cavité, pour lesquelles Récamier avait inventé sa curette, et

surtout dans le traitement des leucorrhées chroniques et rebelles, qui font, chacun le sait, le désespoir des malades et des médecins. Il n'a pas constaté d'accidents sérieux à la suite de ce mode de traitement. D'abord certains accidents locaux, tels que la cautérisation du vagin, sont prévenus par l'introduction à demeure d'un tampon chargé d'eau salée qui neutralise le nitrate d'argent. L'inflammation est prévenue par de grands bains, des irrigations vaginales, le repos absolu. Pour la cavité du corps comme pour celle du col, et plus encore que pour la surface de ce dernier organe, l'existence bien avérée d'un état inflammatoire est une contre-indication formelle à l'emploi du fer rouge ou des caustiques. Cette seule règle fera éviter bien des malheurs.

L'auteur attribue l'innocuité de ce procédé à ce que le crayon de nitrate d'argent est enveloppé de mucus qui se coagule autour de lui, et dès lors ce n'est plus qu'à travers cette enveloppe que se produit un échange entre le caustique et les sécrétions de la cavité utérine.

Quant à l'innocuité de la cautérisation en général, M. Courty l'explique par deux raisons : la première, c'est qu'habituellement la cautérisation porte sur des tissus exubérants hypertrophiques, et le tissu propre de l'organe n'est pas atteint ; la seconde, c'est que cet état physiologique dans lequel se trouve continuellement l'utérus, et qui l'assimile en quelque façon aux organes en train de se développer, facilite singulièrement pour lui les réparations de tissu. (*Comm.:* MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert [de Lamballe].)

Micrographie. — *Nouvelles recherches sur les ferments et sur les fermentations*, par M. *J. Lemaire*. — L'auteur rapporte de nombreuses expériences d'où il résulte, contrairement aux idées émises par M. Pasteur, que le *Bacterium termo* et le Vibrion linéole constituent le même animal à un degré différent de développement; qu'on ne saurait admettre, en conséquence, que les *Bacterium* absorbent l'oxygène et les Vibrions l'acide carbonique; qu'il n'existe pas de ferment spécial pour chaque espèce de fermentation.

M. Lemaire divise la fermentation putride en deux périodes qu'il appelle *fétide* et *d'épuration*. Dans la période fétide, il a constaté trente espèces de Microzoaires. La période d'épuration est annoncée, lorsqu'on opère à la lumière, par l'apparition de la matière verte. Alors les Infusoires qui ont provoqué la période fétide disparaissent peu à peu, et, dans les expériences que l'auteur a faites, il les a vus remplacés par des Englé- niens, des Vorticelles et des *Protococcus*.

L'épuration peut être telle, sous l'influence de la matière verte, que de l'eau croupie, noire, infecte, devienne limpide et potable.

M. Lemaire a étudié l'influence qu'exercent les milieux sur le développement des ferments.

Il s'est assuré que, dans les matières animales et végétales neutres, ce sont des Microzoaires qui commencent la décomposition, et, lorsque les liqueurs deviennent acides, des Microphytes apparaissent, et les animalcules deviennent immobiles.

Dans les substances franchement acides, ce sont des Microphytes qui commencent la décomposition, et, lorsque les acides sont transformés de manière à ne plus nuire aux Microzoaires, ces petits animaux apparaissent, et avec eux d'autres phénomènes chimiques. L'apparition des espèces appartenant au règne végétale et au règne animal lui paraît subordonnée à la composition chimique des substances.

L'auteur ne saurait admettre la théorie de M. Pasteur sur l'acétification du vin. Il pense, avec les chimistes et les fabricants, qu'indépendamment de l'action du ferment il y a aussi oxydation directe.

Suivant M. Lemaire, l'influence des acides sur le développement des tissus des végétaux permet d'expliquer des questions encore obscures. C'est à l'acidité de la sueur, du sang du ver à soie et de la salive que l'on peut attribuer le développement des Microphytes dans certaines affections cutanées rebelles, dans la muscardine, et de l'*Oidium albicans* dans le muguet. Le tannin, le quinquina et les acides végétaux sont antiseptiques, parce qu'ils agissent comme poison sur les Microzoaires. C'est pour le même motif que le houblon agit comme conservateur de la bière. (*Comm.:* MM. Milne Edwards, Cl. Bernard, Longet.)

Anatomie comparée. — *Sur la structure du système nerveux des Mollusques gastéropodes*, par M. *Salvatore Trinchese*. — L'auteur conclut de ses recherches :

1° Que le système nerveux des Mollusques se compose des mêmes éléments que ceux des animaux vertébrés ; 2° que les différents noyaux médullaires du collier œsophagien ont une structure différente ; 3° que, chez les types où la centralisation des noyaux médullaires est le plus marquée, la fusion de ceux-ci ne s'accomplit dans le ganglion du pied que vers sa moitié, et que, à ses régions supérieure et inférieure, les noyaux sont séparés; 4° que l'élément nerveux pénètre dans l'intérieur des fibres musculaires de ces animaux (fibres lisses) et s'y termine en pointe. (*Comm.:* MM. Milne Edwards, Blanchard.)

Thérapeutique. — *De l'alcoolé de Guaco, de ses effets prophylactiques et curatifs dans les maladies vénériennes, de son influence dans le pansement des plaies*, par M. *N. Pascal*. — L'auteur s'est servi d'un alcoolé où il avait associé les principes du *Mikania Guaco* et de ceux du *Guao* de Cuba.

« Les expériences qui ont établi d'une manière positive les propriétés hygiéniques et médicinales de cet alcoolé, affirme M. Pascal, comprennent aujourd'hui une période de sept années. Commencées en Italie en 1857, elles ont été continuées en France depuis 1859, et les observations des médecins italiens ont été largement complétées ou confirmées par celles de plusieurs membres du corps médical français dont l'autorité n'est point contestée. » (*Comm.:* MM. Rayer, Jobert [de Lamballe].)

Pathologie. — *Sur les lésions cérébro-spinales consécutives au diabète*, par M. le docteur *Marchal* (de Calvi). — L'auteur s'est proposé, dans ce mémoire, d'établir que des lésions cérébro-spinales sont souvent produites par le diabète, tandis que, jusqu'à présent, on n'avait considéré ces lésions que comme pouvant occasionner le diabète. Il cite à l'appui vingt-trois observations, desquelles il résulte, suivant lui, que la congestion et l'apoplexie cérébrales, la paralysie ascendante, le trouble des facultés intellectuelles, etc., se sont présentés à titre d'accidents diabétiques. Dans un des cas qu'il rapporte, il y eut ulcération de la cornée et fonte de l'œil, comme chez les animaux que Magendie rendait diabétiques sans le savoir en les nourrissant de sucre exclusivement. Il termine par un rapprochement entre la goutte et le diabète, qu'il considère, dans sa variété la plus commune, comme *la goutte dans le sang*. La goutte, le diabète, le rhumatisme, la gravelle acide, les dartres, sont des manifestations congénères de la grande diathèse urique. (*Comm.:* MM. Andral. Cl. Bernard, Longet.)

Pathologie. — *Sur la présence d'Infusoires du genre* Bacterium *dans le sang humain*, par M. *Tigri*. — Cette note, adressée de Sienne et écrite en italien, renferme onze observations desquelles l'auteur croit pouvoir conclure : « 1° que, dans le sang de l'homme et dans des conditions spéciales de maladie, peuvent se développer, durant la vie, des Infusoires du genre *Bacterium ;* 2° que des Infusoires du genre *Monas* et *Vibrio* se montrent dans le sang des cadavres, s'y développent et peuvent être considérés comme agents de la putréfaction. » (*Comm.:* MM. Velpeau, Rayer, Cl. Bernard.)

Hygiène. — M. *Mandet* adresse de Tarare une note sur un moyen tendant à vulgariser l'emploi du *sulfate d'ammoniaque* pour rendre les *mousselines* ininflammables.

— M. *Wildberger*, qui avait déjà précédemment adressé à l'Académie plusieurs publications concernant des procédés de son invention pour les *traitements orthopédiques*, lui envoie aujourd'hui de Bamberg trois nouveaux opuscules se rapportant au même sujet.

— M. *Bourgogne* adresse un ouvrage Sur l'érysipèle.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Un rapport de M. le docteur *John Lacase* sur les épidémies qui ont régné en 1862 dans l'arrondissement de Montauban. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Un mémoire de M. le docteur *Labalbary* sur les *kératophytes.* (*Comm.:* MM. Gosselin et Desportes) — *c.* Un rapport sur le service médical des salles militaires de l'hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault en 1863. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Labalbary* sur l'*hypospadias au point de vue médico-légal.* (*Comm.:* M. Jobert.) — *b.* Une lettre de M. le docteur *Blandet* sur les maladies épidémiques actuelles d'une certaine partie du faubourg Saint-Antoine. (*Commission des épidémies.*) — c. Une lettre de M. *Decroix*, vétérinaire à la garde de Paris, contenant des renseignements sur la rage à Constantinople. (*Future commission de la rage.*) — *d.* Une lettre de M. *Boudin*, contenant des chiffres nouveaux sur la fréquence des cas de rage dans les divers États de l'Europe. (*Même commission.*) — *e.* Un pli cacheté de M. le docteur *Rennert*, agrégé libre à la Faculté de Strasbourg. (*Accepté.*)

M. *Depaul* offre en hommage : 1° un Traité d'histologie, au nom de l'auteur M. le Dr *Fort*; 2° une brochure Sur le typhus contagieux des bêtes bovines, par M. *Nanzio* (de Naples).

M. *Larrey* présente, au nom de MM. *Bachelet* et *Froussart*, médecins militaires, un opuscule Sur la rage, opuscule accompagné d'une lettre dans laquelle les deux auteurs expriment leur surprise que leur nom n'ait même pas été prononcé à l'occasion de l'opinion qui attribue la rage canine spontanée à la non-satisfaction des appétits sexuels.

M. *Bouillaud* appuie la réclamation de MM. Bachelet et Froussard, dont il a lu la brochure avec le plus vif intérêt.

M. *Bouley* s'excuse de n'avoir pas exposé la théorie de MM. Bachelet et Froussard, en raison des thèses singulières et peu physiologiques sur lesquelles elle repose.

Discussion sur la rage.

M. *Bouley* lit la première partie de sa réplique et du résumé général de la discussion.

Nous en donnerons l'analyse quand le travail sera terminé.

Nominations.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une *Commission des associés et correspondants nationaux.* Sont nommés : MM. *Velpeau*, *Blache*, *Grisolle*, *Poggiale*, *Bouley.*

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société de chirurgie.

SÉANCES DES 26 AOUT ET 2 SEPTEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

SITUATION DE L'S ILIAQUE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS. — HYPERTROPHIE ET PROCIDENCE DE LA LANGUE. — RÉTRÉCISSEMENT DE LA TRACHÉE. — SYPHILIS TRANSMISE PAR LE VACCIN.

M. *Dolbeau*, en présentant à la Société la thèse de M. Bourcart, a exposé en quelques mots les conclusions de ce travail, accompli sous son inspiration et dans lequel l'auteur a déterminé la situation de l'S iliaque chez le nouveau-né.

On sait que M. Huguier conseille de faire l'opération de l'anus artificiel à droite et non à gauche, l'S iliaque occupant, selon lui, la fosse iliaque droite. Cette proposition a été souvent combattue. M. Bourcart a consacré à son examen de nouvelles recherches : sur 150 autopsies, il a trouvé 111 fois l'S iliaque à gauche; 6 fois cet intestin occupait le petit bassin; 33 fois il se portait transversalement de gauche à droite, ainsi que l'a indiqué M. Huguier. Les recherches expérimentales faites par l'auteur confirment les données anatomiques : ainsi, en incisant à gauche, on trouve toujours l'S iliaque, soit qu'elle se présente immédiatement à la plaie (14 fois sur 16), soit qu'il faille la chercher vers l'angle supérieur et externe de la plaie (2 fois sur 16). En opérant à droite, on ne rencontre qu'exceptionnellement l'S iliaque (4 fois sur 16). Le cæcum se présente le plus souvent (12 fois sur 16).

M. *Giraldès* a fait remarquer que Curling avait déjà démontré les mêmes propositions que M. Bourcart, et que lui-même a toujours trouvé l'S iliaque à gauche dans toutes les opérations de Littre qu'il a pratiquées.

— M. *Legouest* a donné lecture d'un rapport sur une observation de M. Pasturel (d'Alban), relative à l'amputation d'une langue hypertrophiée et procidente. Il s'agit d'une jeune fille qui, un mois après sa naissance, avait contracté l'habitude de sortir la langue de la bouche et de la maintenir au dehors, bien qu'elle pût aisément faire rentrer cet organe dont les fonctions n'étaient altérées en aucune façon. Dès l'âge de trois ans l'enfant ne pouvait plus replacer la langue dans sa situation normale. A quatorze ans la langue était quatre ou cinq fois plus volumineuse qu'à l'état normal et atteignait par son extrémité la base du menton. Quatre ans auparavant, M. Bertrand (de Montpellier) avait réduit et maintenu l'organe en place avec un appareil dont l'usage avait été bientôt abandonné. M. Pasturel fit la section à l'aide de l'écraseur, en vingt-quatre minutes. Il se produisit immédiatement une hémorrhagie en nappe qui augmenta, et bientôt après le sang coula en jet par plus de six vaisseaux artériels. Ceux-ci ne purent être liés à la surface de la plaie et l'hémorrhagie fut arrêtée par la ligature en masse du moignon. La plaie mit un mois et demi à se cicatriser. L'auteur reproche à l'écraseur de ne pas empêcher l'hémorrhagie, de rendre difficile la recherche et la ligature des artères à la surface d'une plaie contuse comme celle que fait cet instrument. Il lui reproche enfin la lenteur et l'irrégularité de la cicatrisation.

Il n'est douteux pour personne, comme l'a fait observer M. Legouest, que les hémorrhagies sont plus rares dans les opérations par écrasement que dans celles qu'on fait avec l'instrument tranchant. Quant à la lenteur et à l'irrégularité de la cicatrice, elles pourraient bien être attribuées dans ce cas particulier à la ligature en masse de la langue.

L'acupressure ayant été signalée par l'auteur parmi les moyens hémostatiques à employer après les amputations de la langue, M. Legouest a rangé ce moyen au nombre des curiosités chirurgicales. Cette appréciation de l'acupressure a soulevé une protestation de M. *Giraldès*, qui croit que ce moyen est appelé à rendre des services, et de M. *Foucher*, qui a expérimenté le premier en France la méthode hémostatique de M. Simpson, et a traduit le mémoire de l'auteur anglais dans la Gazette hebdomadaire (1860, p. 20).

M. Foucher a pratiqué, en se servant de l'acupressure, trois amputations, l'une de la cuisse, les deux autres de la jambe. Les aiguilles ont été retirées, vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures après l'opération. Il ne s'est pas produit d'hémorrhagie, mais la réunion par première intention n'a pas été favorisée, comme l'espérait M. Simpson. M. Foucher ne prétend pas que l'acupressure puisse remplacer toujours la ligature, mais il la croit utile en plus d'une circonstance : ainsi les artères ossifiées qui se rompent sous le fil à ligature, celles qui sont situées au fond d'une plaie anfractueuse, contuse, seront

facilement comprimées par l'aiguille. Dans les hémorrhagies secondaires, alors qu'il est impossible de voir le vaisseau qui fournit le sang, on se servira de l'acupressure avec grand avantage.

— M. *Demarquay* a communiqué une observation de rétrécissement de la trachée guéri par la trachéotomie et par l'emploi d'une nouvelle canule dilatatrice.

Le malade, âgé de vingt-huit ans, était affecté d'une laryngo-trachéite depuis près d'une année. La voix était très-voilée, la respiration très-bruyante. Le larynx semblait plus rapproché du sternum, et la trachée-artère plus grosse qu'elle ne doit l'être. Pendant la déglutition le larynx restait immobile. La dyspnée, l'amaigrissement et la déperdition des forces étaient extrêmes. Il fallut se décider à intervenir. A peine M. Demarquay eut-il ouvert la trachée qu'il reconnut un rétrécissement de ce conduit au-dessous du sternum. Ce rétrécissement ne se laissait pas traverser par une grosse sonde d'homme, à plus forte raison n'était-il pas franchi par une canule, et l'asphyxie était imminente. M. Demarquay essaya de forcer le rétrécissement avec son petit doigt. En déployant une force considérable il réussit à le franchir, et put y faire pénétrer une petite canule. Celle-ci put suffire pendant vingt-quatre heures, en attendant que M. Robert ait fabriqué une canule dilatatrice. Cette canule, très-longue, pouvait atteindre la limite inférieure de la partie rétrécie; elle était formée de quatre valves susceptibles de se rapprocher pour franchir le rétrécissement, et de recevoir ensuite une série de canules de plus en plus volumineuses. Le malade a guéri grâce à l'emploi de cet instrument.

M. Demarquay a rencontré déjà quatre rétrécissements de la trachée. Les deux premiers étaient le résultat, l'un d'une morve chronique, l'autre de la syphilis. Faute d'instruments convenables pour dilater la trachée, les malades moururent. Le troisième malade avait un rétrécissement inflammatoire qui portait surtout sur la membrane muqueuse; il fut incisé, et le malade a guéri. Le quatrième malade, celui pour lequel a été faite la canule dilatatrice, avait aussi un rétrécissement inflammatoire, mais celui-ci comprenait en même temps que la muqueuse les cerceaux cartilagineux de la trachée et la membrane fibreuse.

M. *Chassaignac* a montré un enfant de deux ans vacciné un mois auparavant, et qui semble un exemple frappant de syphilis transmise par la vaccine. D'après les renseignements fournis par la mère, il ne pourrait y avoir d'infection syphilitique héréditaire. Rien d'irrégulier n'a été remarqué dans la marche des pustules vaccinales. Le quinzième jour, les cicatrices paraissaient définitives; mais peu après la mère a observé à leur place trois ulcérations, une à gauche, deux à droite. Ces ulcérations se sont étendues au point d'acquérir les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Elles sont indolentes et reposent sur une base dure. Les ganglions de l'aisselle sont engorgés des deux côtés. Les ganglions cervicaux sont aussi légèrement développés. L'une des cicatrices du vaccin présente un soulèvement papuleux; sous l'oreille droite se trouve une papule cuivrée caractéristique. Sur la poitrine, sur l'abdomen et dans le dos apparaît une éruption roséolique de date très-récente et qui a aussi sur plusieurs points la forme papuleuse.

MM. *Cullerier*, *A. Guérin* et *Guersant* ne doutent ni de l'existence de la syphilis ni de son origine vaccinale. L'évolution syphilitique a suivi l'évolution vaccinale, comme cela a été indiqué par M. Viennois. Il y a eu deux incubations bien positives. Il paraît que l'enfant sur lequel on a pris le vaccin a saigné.

Le petit malade, présenté de nouveau dans la séance suivante, offrait alors une roséole beaucoup mieux caractérisée et une plaque muqueuse à l'anus. Mais les taches cutanées n'ont pas paru à M. *Depaul* avoir l'aspect syphilitique, et, comme il n'a pas trouvé la plaque muqueuse de l'anus, il reste dans le doute. Dans un très-grand nombre de cas, il a vu, comme dans celui-ci, les pustules de la vaccine s'ulcérer, les plaies s'élargir, puis tout cela disparaître sans qu'il y ait aucune évolution syphilitique. D'ailleurs, la bonne apparence du petit malade éloigne, aux yeux de M. Depaul, l'idée d'une affection syphilitique. Cette dernière raison n'a pas convaincu MM. Cullerier et Guérin, qui trouvent dans la date récente de la syphilis l'explication de la bonne constitution apparente du petit enfant. Quant aux caractères spécifiques de l'éruption des chancres indurés du bras, des engorgements ganglionnaires, des plaques cuivrées et muqueuses, ils ne leur semblent pas douteux. Les renseignements demandés sur l'enfant vaccinifère n'ont pu encore être fournis.

D^r P. CHATILLON.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Sur les altérations qui se produisent dans les tissus végétaux sous l'influence des agents irritants, par le docteur L. WALDENBURG (de Berlin).

Les discussions qui se sont élevées à l'occasion de la *Pathologie cellulaire*, ne pouvaient manquer de provoquer des recherches sur les modifications qui se produisent dans les cellules végétales quand elles sont soumises à l'action des agents dits irritants. Les travaux de ce genre trouvent leur place naturelle à côté de l'étude des transformations qui s'opèrent, dans les mêmes circonstances, dans les cellules animales des tissus dépourvus de nerfs et de vaisseaux. Virchow lui-même avait fait remarquer que les phénomènes qui se produisent de part et d'autre sont fort analogues, et la doctrine générale du chef d'école ne pouvait que s'applaudir de ce rapprochement. Nous doutons fort, pour notre part, que la théorie de l'inflammation puisse en tirer des arguments favorables à la théorie de M. Virchow, mais il n'y en a pas moins là un nouvel élément à ajouter à ceux auxquels tout le monde s'adressait jusqu'alors pour définir l'inflammation.

Le travail de M. Waldenburg est fort long, et il nous serait difficile d'en donner un aperçu complet sans dépasser les limites assignées à ces revues. Nous essayerons toutefois de donner une idée générale des points essentiels.

L'auteur s'est adressé à la fois à l'expérimentation directe et à l'étude des productions *morbides* que l'on peut observer dans le règne végétal (noix de galle, réparation des solutions de continuité, etc.). L'intérêt principal de ces recherches est en grande partie concentré dans la première série des faits, où le problème, posé dans des conditions arbitraires, se trouvait réduit à sa plus grande simplicité. Dans ces expériences, M. Waldenburg observait, par exemple, les modifications que produisaient dans les éléments histologiques d'une jeune pousse végétale la présence d'un séton, ou bien une cautérisation circonscrite, potentielle ou actuelle, etc.

Les conclusions générales qui ressortent pour l'auteur de la double investigation à laquelle il s'est borné, sont, en résumé, les suivantes :

A la suite des lésions des tissus végétaux, quelle que soit d'ailleurs la nature de l'agent irritant, on voit apparaître deux groupes de phénomènes, dénotant une métamorphose soit régressive, soit progressive.

La première de ces métamorphoses porte sur le contenu des cellules et se dénote tout d'abord par une décoloration jaune de la chlorophylle; elle aboutit à la mortification des tissus, soit avec conservation de la membrane d'enveloppe des cellules, soit avec destruction de cette membrane. Dans le premier cas, les tissus se fanent; dans le second, ils se putréfient.

La métamorphose progressive se manifeste par une augmentation de volume des cellules, par leur multiplication (néoplasie) et par l'épaississement de leurs membranes d'enveloppe. C'est ce que l'on observe dans la formation des cicatrices végétales, des hypertrophies circonscrites, etc.

Ces deux modes de métamorphose peuvent se manifester toutes deux simultanément; dans d'autres cas, l'une ou l'autre apparaît seule, à l'exclusion de l'autre.

Les tissus qui se trouvent dans la proximité immédiate de la lésion subissent généralement la métamorphose régressive, tandis que la métamorphose progressive a ordinairement son point de départ dans les cellules qui se trouvent à une certaine distance de la partie atteinte directement par l'agent irritant.

Il est des cellules qui ne sont susceptibles que de la métamorphose régressive et qui ne paraissent pas se prêter à la transformation progressive. Plus le développement physiologique s'opère activement dans un tissu, plus ce tissu est apte à devenir le siége d'une évolution morbide. Dans des tiges jeunes, très-succulentes, les diverses lésions provoquent dans toutes les cellules la métamorphose progressive. Dans d'autres, certains tissus privilégiés participent seuls à la néoplasie. Les cellules qui forment les deux couches superficielles des feuilles et dont le développement physiologique est renfermé dans des limites fixes et étroites, ne sont généralement pas aptes à une prolifération pathologique. Ce n'est qu'exceptionnellement (et notamment lorsque c'est un jeune bourgeon qui est soumis à une irritation longtemps prolongée) qu'elles peuvent devenir le point de départ d'une formation hypertrophique ou cicatricielle.

La tendance aux productions morbides s'éteint pendant le temps d'arrêt que subit l'accroissement physiologique et reparaît avec l'activité de cette évolution.

Dans la prolifération des cellules végétales, la nature des éléments de nouvelle formation n'est pas dans un rapport obligé avec celle des cellules préexistantes. C'est ainsi que l'on voit le parenchyme cortical, le cambium, la moelle, donner tous également naissance à des cellules subéreuses.

La métamorphose progressive aboutit tantôt à la production d'un tissu *cicatriciel* fourni également par tous les tissus normaux; tantôt à la multiplication, à l'épaississement et à l'accroissement en volume des éléments spécifiques de chacun d'eux, c'est-à-dire à l'*hyperplasie* et à l'*hypertrophie*; tantôt enfin à la formation de véritables *tumeurs*.

Dans la métamorphose régressive, les cellules perdent d'abord la faculté de se nourrir selon le type physiologique. Le contenu des cellules dont les propriétés métaboliques sont troublées, cesse d'opérer les échanges normaux par voie d'exosmose et d'endosmose; il reste plus ou moins stationnaire; c'est une véritable *stase* qui se produit. Ou bien, les cellules reçoivent plus de liquide qu'elles n'en cèdent; elles augmentent de volume et leur contenu *se trouble*.

Lorsque le contenu des cellules, où se produit cette stase, contient des substances qui subissent volontiers une transformation passive, cette modification se produit avec une grande facilité; à la stase succède alors une *dégénération passive*, type de la métamorphose régressive. C'est ainsi que la chlorophylle se transforme en xantophylle; les cellules cessent alors ordinairement de vivre, et le tissu qu'elles composent se fane.

Lorsque la stase pure et simple persiste pendant quelque temps sans que le contenu des cellules se modifie, elle peut cesser subséquemment et laisser s'opérer le développement normal. Le résultat définitif est alors simplement un *arrêt de développement*.

Lorsque des influences extérieures défavorables viennent à agir sur des cellules atteintes de stase ou de dégénération passive, on les voit subir un nouveau mode de transformation régressive; c'est le *ramollissement* simple ou *putride*, avec destruction simultanée de la membrane d'enveloppe et du contenu des cellules.

Ainsi, dans les tissus végétaux comme dans les tissus animaux, on rencontre, d'une part, la métamorphose progressive, avec augmentation de volume et prolifération des cellules, se manifestant sous forme de régénération, d'hypertrophie ou de production de tumeurs; et, de l'autre part, la métamorphose régressive qui a pour terme la mort des tissus. Dans les deux règnes, l'irritabilité nutritive et formatrice se présente avec des caractères différents, en rapport avec le rôle physiologique des divers tissus. D'une façon générale, on peut dire que les phénomènes qui sont la conséquence de l'irritation sont de même nature dans les tissus animaux et dans les tissus végétaux, et ils aboutissent à des modes de terminaison semblables.

Voilà pour les analogies; mais de même que tous les tissus d'une plante ou d'un animal ne réagissent pas d'une manière identique, de même il y a entre les actes morbides des tissus des deux règnes des différences générales, et ces différences ne tiennent pas seulement à l'absence des vaisseaux et des nerfs dans les tissus des plantes.

Les cellules végétales ont une membrane d'enveloppe, épaisse, ligneuse; elles sont étroitement juxtaposées et non réunies entre elles par une substance intercellulaire; le liquide qui sert à leur nutrition ne circule pas librement; il chemine de cellule en cellule; aussi les cellules végétales ne peuvent-elles subir rapidement une augmentation considérable de volume. Elles ne sont susceptibles que d'un accroissement lent, à la condition qu'elles rencontrent dans les parties voisines une faible résistance, et en subissant généralement un déplacement plus ou moins marqué. Les éléments nouvellement formés dans des cellules dont l'enveloppe s'épaissit de plus en plus, restent juxtaposés et comme stratifiés.

Dans les cellules animales, la membrane d'enveloppe est mince, élastique; elles sont ordinairement plongées dans un tissu intercellulaire peu résistant, et nourries par un liquide qui, même en dehors des vaisseaux sanguins, circule autour d'elles dans des vaisseaux et imbibe la substance intercellulaire. Sous l'influence d'une action irritante elles peuvent subir rapidement, et presque instantanément, un accroissement considérable et produire ainsi la tuméfaction inflammatoire. Elles ne sont pas étroitement serrées les unes contre les autres; et les cellules nouvellement formées peuvent s'isoler et devenir libres dans la substance intercellulaire.

Lorsque le travail morbide s'opère lentement, la plupart de ces différences s'effacent, et l'on voit se produire, par un enchaînement à peu près identique, l'hypertrophie, l'hyperplasie, les tumeurs.

Sous l'influence de l'irritation nutritive, les cellules végétales, en recevant dans leur intérieur un excès de liquide nutritif, ne tardent pas à présenter une tuméfaction avec aspect trouble de leur contenu (*Trübe Schwellung*, Virchow), et c'est là le point de départ de leur métamorphose progressive ou régressive. Lorsque les cellules végétales s'assimilent rapidement une plus grande quantité de sucs, on constate seulement que leur contenu se trouble, et c'est là, le plus souvent, le début de la dégénération; sous l'influence d'une irritation *formative*, elles augmentent généralement de volume sans que leur contenu se trouble.

La métamorphose passive du contenu de la cellule végétale à l'état de stase, lui donne généralement une couleur brune, avec conservation de la membrane cellulaire; dans la cellule animale, c'est la dégénérescence graisseuse qui survient et qui est suivie de la destruction de la membrane d'enveloppe. Les cellules végétales sont plus souvent atteintes de *nécrose*; dans les cellules animales, la *nécrobiose* est plus fréquente.

La gangrène, la putréfaction surviennent enfin de la même manière dans les deux règnes, lorsque des agents chimiques extérieurs viennent à agir sur des cellules déjà atteintes de nécrose.

Dans ce parallèle, on a pris surtout pour type des tissus animaux, le tissu connectif avec ses cellules plasmatiques. Les différences sont moins marquées si l'on étudie, par exemple,

les tissus épithéliaux ou glandulaires, et surtout le tissu cartilagineux. Dans celui-ci, la disposition matérielle des éléments est fort analogue à celle des tissus végétaux, et les modifications qu'ils subissent à la suite de l'irritation sont presque identiques.

Après l'exposé que nous venons de résumer, l'auteur aborde la question de savoir jusqu'à quel point les modifications des tissus végétaux, qu'il a étudiées, peuvent être rapprochées ou être séparées de l'inflammation. Nous ne le suivrons pas dans cette discussion, dans laquelle il part de ce fait que les plantes, douées comme les animaux de forces *nutritives* en *formatives*, en diffèrent en ce qu'elles sont dépourvues des forces *fonctionnelles* et, par suite, d'irritabilité fonctionnelle. Telle est la différence créée par l'absence des vaisseaux et des nerfs. La question se réduit par conséquent à savoir si parmi les signes cardinaux, classiques, de l'inflammation, ceux qui sont sous la dépendance de la circulation et du système nerveux, peuvent être mis de côté, tout en laissant subsister la possibilité de définir l'inflammation. En ramenant la question à ces termes, l'auteur nous paraît être dans le vrai, mais il nous paraît également certain que les faits sont aujourd'hui insuffisants pour y répondre affirmativement. Quant aux autres déductions qui se rattachent à ces diverses prémisses, il est trop facile de les faire pour que nous en parlions ici. (*Archiv für pathologische Anatomie*, t. XXVII, 1863.)

Recherches sur l'étiologie des affections puerpérales, par le docteur Mayrhofer.

L'auteur de ce travail poursuit depuis longtemps des recherches sur la signification, au point de vue des affections puerpérales, de la présence des vibrions dans les sécrétions vaginales. On ne saurait déduire jusque-là aucune conclusion définitive des résultats auxquels ont abouti ces investigations. Il est toutefois intéressant de faire observer que M. Mayrhofer n'a trouvé les vibrions que 15 fois sur 89 dans les lochies de femmes bien portantes; tandis que chez 38 accouchées atteintes d'affections puerpérales, ils s'y montrèrent constamment, à deux exceptions près. En outre, chez les femmes de la première série, il ne les a jamais observés pendant les quatre premiers jours des couches; 3 fois sur 16 il les a rencontrés le cinquième jour, et 12 fois sur 41 après le cinquième jour révolu. Les lochies des accouchées comprises dans la seconde série, contenaient au contraire à peu près invariablement des vibrions dès les premiers jours, à partir de l'apparition des accidents.

M. Mayrhofer est, en conséquence, disposé à admettre là un rapport étiologique, soit que dans les cas d'endométrite les vibrions trouvent un terrain favorable à leur développement, soit que, par leur migration à l'intérieur de l'utérus, ils deviennent la cause déterminante, ou l'une des causes déterminantes des affections puerpérales.

Si les faits observés par l'auteur se trouvaient confirmés par des recherches ultérieures la façon dont il pose la question serait parfaitement légitimée. C'est, dans tous les cas, un problème qui mérite de l'attention. (*Wien. med. Jahrb.*, 1re livr., 1863.)

Sur l'origine des vaisseaux lymphatiques, par M. le professeur Ludwig (de Vienne).

Dans les longues recherches qu'il a faites sur les dernières racines des vaisseaux lymphatiques et sur l'origine des lymphatiques, le professeur Ludwig a eu pour collaborateurs MM. Noll, Krause, Schwanda et Tomsa. Il est juste que ces noms ne soient pas séparés, mais nous ne saurions dans ce qui suit faire la part de chacun de ces savants. Nous renvoyons les personnes que ce petit point historique intéresserait aux travaux de détail qu'ils ont publiés précédemment (*Zeitschrift für rationnelle Medizin*, 1re série, t. IX, p. 52, et 2e série, t. VII, p. 148. — *Wiener mediz. Wochenschrift*, 1858. — *Wiener Akademische Sitzungsberichte*, t. XLVI, p. 185 et 221).

Les études histologiques de M. Ludwig ont porté exclusivement sur le testicule du chien. On s'est servi, d'une part, de divers procédés d'injection rétrograde, et, d'un autre côté, de pièces sur lesquelles on avait obtenu la réplétion du système lymphatique en liant les troncs efférents sur l'animal vivant, et que l'on faisait durcir dans une dissolution de chromate de potasse, et enfin dans l'alcool. Les injections ont été faites par les troncs efférents, préalablement distendus au besoin sur l'animal vivant, à l'aide de la ligature. On a employé invariablement, pour obtenir une injection lente et sûre, la pression d'une colonne suffisante de mercure. A part les masses solidifiables usitées, on a fait surtout usage d'une dissolution de gélatine colorée soit avec le bleu de Prusse soluble, soit avec l'oxyde de fer soluble préparé par dialyse à l'aide du chlorure de fer basique. Ces deux substances, étant très-peu diffusibles, avaient été choisies pour éviter les effets défavorables de l'imbibition.

Sur une pièce bien injectée, on constate d'abord que la tunique albuginée est recouverte d'un réseau de vaisseaux lymphatiques munis de valvules, réseau qui est immédiatement sous-jacent à la tunique séreuse.

De ce réseau partent de nombreux rameaux qui perforent la tunique albuginée pour se rendre soit dans les cloisons fibro-celluleuses qui segmentent le parenchyme testiculaire, soit dans les interstices des tubes séminifères.

Les vaisseaux qui traversent l'albuginée sont réunis entre eux par de nombreuses anastomoses. Leur trajet, dans l'épaisseur de la tunique fibreuse, est loin d'être rectiligne; il peut être comparé assez justement à la ligne que décrivent les marches d'un escalier. Les vaisseaux traversent en effet les divers feuillets dont se compose l'albuginée, à des hauteurs différentes et après avoir parcouru une certaine distance dans chacun de leurs interstices successifs.

Arrivés dans les cloisons fibro-celluleuses du testicule, ils suivent par paires le trajet des vaisseaux sanguins et se terminent de deux façons différentes.

Les uns, conservant la structure de vaisseaux distincts, se rendent au corps d'Highmore; ils y forment un plexus à mailles extrêmement serrées, duquel naissent des rameaux qui se réunissent aux vaisseaux efférents et se rendent ensuite à l'épididyme.

D'autres sont en communication directe avec des lacunes qui existent dans l'interstice des éléments propres des testicules. Les vaisseaux qui présentent cette disposition sont ceux qui cheminent à la surface des cloisons cellulo-fibreuses. Ils présentent sur celle de leurs faces qui correspond au parenchyme testiculaire un grand nombre de perforations; c'est par ces perforations que leur cavité est en continuité avec les lacunes qui représentent leur origine ultime.

Ces lacunes existent dans les interstices qui séparent les tubes séminifères, les vaisseaux sanguins et les trabécules du tissu connectif. Ces divers éléments sont sur des pièces bien injectées, plongés dans l'intérieur même de la masse injectée.

Les lacunes dont il s'agit ne possèdent pas de parois propres. Elles sont immédiatement limitées par les tissus mêmes dont il s'agit.

On voit par là que les capillaires sanguins ne sont pas en contact immédiat avec les éléments propres des tissus : ils en sont séparés par ces lacunes sous forme de fentes, dans le réseau anastomosé desquelles circule la lymphe.

Cette disposition a été également constatée dans la muqueuse du tube digestif, par MM. Bruecke et His, et dans la substance corticale des reins, par MM. Ludwig et Zawarykin. (*Medizinische Jahrbücher*, 1863, 4e livr.)

Lactation abondante chez une jeune mule, par M. Cirotteau.

Il s'agit d'une jeune mule qui, *le jour même de sa naissance*, donnait du lait en abondance. Les mamelles avaient 10 centimètres de longueur sur 8 de largeur; le lait ressemblait

exactement à celui de la mère par les caractères physiques, et ne devait pas s'en éloigner sensiblement par les caractères chimiques, puisque, analysé par M. Poirault, pharmacien de Poitiers, il a donné les résultats suivants :

Eau	88,15
Beurre	1,20
Sucre de lait et sels solubles	9
Caséum	1,65
	100,00

Telle est aussi, à peu près, la proportion moyenne du beurre, du sucre et des sels solubles dans le lait de la jument adulte ; peut-être même la proportion de 1,20 de beurre est-elle supérieure à la moyenne.

« Je ne sache pas, ajoute l'auteur, que les annales de la » science aient enregistré un fait semblable à celui que je rap- » porte. » Pour notre part, nous ne sommes pas assez initié à l'histoire de la médecine vétérinaire pour être en mesure de contester cette assertion. Ce qui est bien avéré, c'est que, dans l'espèce humaine, on constate très-souvent l'existence de glandes mammaires bien développées, avec sécrétion de lait *physiologique*, chez des enfants.

Il est certain encore qu'on en a rencontré chez de jeunes filles vierges, et même chez l'homme. C'est, pour le dire en passant, une exception qui a enlevé quelque peu de sa signification médico-légale à l'existence de la lactation chez des femmes soupçonnées d'accouchements clandestins. (*Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*, 4e série, n° 29.)

Opération de la cataracte par le procédé de Schuff,
par M. Workman.

L'inconvénient de donner aux procédés le nom des auteurs, et la confusion facile qui peut en résulter d'un nom avec un autre, nous obligent à donner tout d'abord ce détail, c'est que le docteur Schuff (de Berlin) a été autorisé depuis son mariage à changer son nom en celui de Waldau ; mais c'est sous le nom de Schuff que le procédé a été connu et qu'il est encore appelé en Prusse et en Angleterre. Malgré les cas de guérison déjà publiés, nous devons attendre, avant d'apprécier ce procédé, que des faits plus nombreux aient montré son innocuité et sa supériorité sur les autres méthodes connues ; nous nous bornerons seulement à le décrire.

Les paupières écartées avec un ophthalmostat et l'œil fixé avec des pinces à griffes, le chirurgien avec un couteau à iridectomie, de Jaeger, fait sur le bord de la cornée une incision égale au cinquième de sa circonférence. Avec des pinces il tire au dehors un morceau de l'iris et en excise un cinquième environ, mais en ménageant sa circonférence adhérente. Le bord du cristallin vient faire saillie à la plaie, le chirurgien introduit alors une petite curette et l'enfonce dans l'œil jusqu'à ce qu'elle ait dépassé l'équateur de la lentille cristalline. Inclinant le manche en arrière et poussant la pointe en avant, du côté de la chambre antérieure, il retire comme dans une cuiller la plus grande partie de la lentille. La curette réintroduite retire les autres fragments cristalliniens.

Cette opération est faite souvent en ce moment au Royal London ophthalmic Hospital, elle donne, dit M. Workmann, de beaux succès ; mais nous pensons qu'il serait prématuré de se prononcer encore sur sa valeur, car à priori elle ne nous paraît avoir que des désavantages sur les autres méthodes. (*Medical Times and Gazette*, oct. 1863.)

Extraction sans opération d'une pierre tombée dans la trachée, par M. Henri Power.

Henri N..., âgé de quarante-cinq ans, laboureur, d'une forte constitution, avait l'habitude, pour se tenir la bouche humectée de salive pendant son travail, d'y garder un petit caillou. Le 23 juillet 1863, en faisant une inspiration brusque, il sentit que la pierre venait de tomber dans la trachée. La gêne qu'il en éprouvait était peu considérable ; il s'adressa immédiatement cependant aux médecins de son village, et l'on essaya d'abord, mais sans succès, de l'émétique. On le fit placer ensuite la tête en bas, pendant qu'il cherchait à tousser fortement. Cette expérience fut répétée plusieurs fois sans succès, le corps étranger remontait jusqu'au larynx et redescendait aussitôt. Le patient vint à Londres et s'adressa à Guy's Hospital où l'on répéta les mêmes tentatives ; mais l'inutilité de ces moyens ayant fait proposer une opération, le malade alla à la consultation de Westminster Hospital. M. Power le fit coucher sur le ventre, la tête pendante, lui conseillant d'inspirer fortement et de tousser. Au moment d'une secousse de toux, un coup violent lui fut appliqué sur le dos, et à la grande joie du blessé, un caillou assez gros fut lancé sur le sol après avoir séjourné quarante-cinq heures dans la trachée. Ses dimensions étaient les suivantes : longueur 22 millimètres, largeur 18 millimètres, épaisseur 6 millimètres ; la circonférence était celle d'une pièce de 1 franc ou à peu près. La forme discoïde du corps étranger permet de comprendre comment il avait pu passer et repasser dans l'étroite ouverture du larynx. (*Lancet*, sept. 1863.)

Bougie perdue dans la vessie ; extraction,
par M. W. Fergusson.

Obs. — S. H..., âgé de dix-neuf ans, était dans l'habitude de se sonder. Le 12 mars 1863, la bougie, enfoncée à une trop grande profondeur, lui échappa, et toutes les tentatives du malade pour la faire sortir n'eurent d'autre effet que de l'enfoncer jusque dans la vessie. Le 18 mai seulement, M. Fergusson fut appelé. Le cathétérisme lui permit très-facilement de reconnaître le corps étranger ; mais, en raison du long temps qui s'était écoulé depuis l'introduction de la bougie, il crut devoir prévenir son malade avant de le chloroformiser pour l'opération ; que la taille serait nécessaire si l'extraction ne pouvait avoir lieu par les voies naturelles.

Un instrument lithotriteur fut introduit, et la bougie fut saisie entre ses branches ; mais à peine le corps étranger fut-il engagé dans le canal qu'il échappa des mors de l'instrument. Après plusieurs tentatives avec le lithotriteur uréthral, le lithotriteur vésical fut de nouveau introduit, et cette fois avec succès : une bougie n° 6, longue de 12 pouces, fut retirée entière. Elle avait été heureusement saisie par une de ses extrémités. Aucun accident ne suivit l'opération.

La difficulté de l'extraction d'un corps long et flexible, mais aussi assez fragile, n'était pas la seule raison qui eût forcé le chirurgien à songer à l'éventualité de la taille ; il était à craindre qu'après deux mois de séjour dans la vessie, la bougie ne fût recouverte d'incrustations augmentant encore son volume et sa fragilité. Le hasard servit l'opérateur en lui faisant saisir la bougie par l'extrémité ; mais il eût été plus assuré d'avance du succès s'il eût eu à sa disposition les instruments si ingénieux imaginés pour cet usage par MM. Charrière et Mathieu. (*The Lancet*, 1863.)

Existence simultanée d'une grossesse normale et d'une grossesse extra-utérine, par M. Pennefather.

Madame H..., âgée de trente-huit ans, mère de cinq enfants, fit une fausse couche en août 1861 et devint de nouveau enceinte. Le 4 septembre 1862 elle accoucha d'une fille à terme après six heures de travail. Le volume de l'abdomen fit suspecter une grossesse gémellaire, mais après quelques heures d'attente et une observation attentive l'accoucheur crut à la coexistence d'une tumeur ovarique et appela M. Pennefather. Ce médecin constata une tumeur sur le côté gauche de l'ombilic, mais il put percevoir les battements cardiaques d'un second enfant et administra l'ergot de seigle. Les contractions amenées par le médicament ne s'étendant pas à la tumeur, après une demi-heure les contractions cessèrent, et M. Pennefather diagnostiqua une grossesse intra-utérine compliquée de grossesse extra-utérine. La mère se rétablit très-rapidement et reprit de l'embonpoint et des forces.

Le docteur Oldhan consulté crut à une tumeur ovarique, le

docteur Ramsbothan se rangea à l'opinion de M. Pennefather. La santé de la malade resta excellente pendant quatre mois, mais à la fin de janvier 1863 elle dut réclamer des soins. Le 14 février, le médecin qui la soignait trouva de la fluctuation dans la fosse iliaque gauche, et croyant, ainsi que deux autres médecins appelés en consultation, à l'existence d'un kyste de l'ovaire, plongea un trocart dans la tumeur, aucun liquide ne sortit, mais la canule fut retirée couverte de matière fécale. La plaie guérit rapidement, et pendant dix jours l'état fut excellent. Bientôt il survint du ténesme et une extrême émaciation.

M. Pennefather fut appelé de nouveau auprès de la malade, et en examinant au spéculum il trouva, faisant issue dans le vagin, un os du crâne d'un fœtus. Ayant alors endormi la malade il réintroduisit le spéculum, retira un des pariétaux et l'occipital et au milieu d'une masse charnue volumineuse les clavicules et les omoplates. La pince saisit fortement le sternum et entraîna au dehors un fœtus mâle du volume d'un enfant à terme. Des injections furent faites dans le vagin, souillé par les matières fécales qui étaient mélangées aux débris du fœtus. Pendant quelques jours toutes les matières fécales passèrent par le vagin, mais elles reprirent bientôt la voie ordinaire. Le 4 mai les forces étaient revenues, l'appétit était excellent; la malade avait pu faire sans inconvénient un long trajet en chemin de fer, et sa santé s'améliorait sous tous les rapports. (*Lancet*, mai 1863.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Thèses pour le concours d'agrégation (section d'accouchements). Paris, 1863.

Des cas de dystocie appartenant au fœtus, par M. le docteur *Joulin*. — De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse, par M. le docteur *Salmon*. — Des vomissements incoercibles pendant la grossesse, par M. le docteur *Guéniot*.

Un professeur, dont je tairai le nom, à qui l'on demandait son opinion sur le dernier concours d'agrégation pour la section d'accouchements, répondit, sans trop hésiter et d'un air demi-satisfait : « Beaucoup d'érudition, peu d'originalité; beaucoup de science empruntée, pas assez d'expérience personnelle. »

Ceux qui n'ont point assisté aux épreuves du concours (et nous avons le regret d'être de ce nombre) pourront juger si ce professeur avait raison, en lisant les trois thèses dont je vais présenter une courte analyse, et qui sont l'œuvre des candidats les plus méritants.

Je commence par la thèse de M. Joulin, le vainqueur de ce tournoi obstétrical.

Un de ses concurrents lui a reproché, m'a-t-on dit, d'avoir fait, non point une thèse, mais simplement une énumération, — j'ajoute savante et complète, — des cas de dystocie appartenant au fœtus. J'ai souvenance d'avoir entendu adresser le même reproche, il y a onze ans, dans un concours d'agrégation de chirurgie, à un très-brillant candidat. Celui-ci, pour toute réponse, définit ce qu'il entendait par le mot thèse, établit une ingénieuse distinction entre la thèse et la monographie, et prouva victorieusement que son travail présentait toutes les qualités requises et remplissait toutes les conditions de la chose définie. La Faculté se tint pour satisfaite, et le candidat fut nommé. Même aventure et même fortune sont advenues à M. Joulin. Voyons néanmoins comment il a envisagé et traité le sujet, et si le reproche de son contradicteur était bien fondé.

L'auteur divise les cas de dystocie par cause fœtale en onze classes : 1° *excès de volume du fœtus sans altération morbide;* 2° *excès de volume par développement pathologique;* 3° *présentations* ou *positions vicieuses;* 4° *procidence* ou *direction vicieuse des membres;* 5° *inclusion parasitaire;* 6° *présence de fœtus multiples adhérents;* 7° *erreur de lieu dans le développement du fœtus;* 8° *réunion* ou *fusion d'une partie du fœtus avec l'utérus ou ses annexes;* 9° *difformités;* 10° *ruptures et lésions produites par le fœtus;* 11° *tumeurs.*

Il faut savoir gré à M. Joulin des efforts qu'il a faits pour jeter quelque lumière sur ce difficile sujet, pour recueillir et grouper méthodiquement les cas épars dans les annales de la science, et pour compléter ainsi un chapitre qui offre plus d'une lacune, même dans nos traités d'obstétrique de date récente.

Quelques-unes des divisions précédentes sont bonnes, utiles, pratiques, et méritent d'être conservées. Il en est d'autres qui peuvent paraître contestables et dont il est permis de discuter l'opportunité : telles sont la septième et la dixième classe.

La septième classe se rapporte à la grossesse extra-utérine : « La grossesse extra-utérine, dit M. Joulin, est certainement un des cas de dystocie par cause fœtale le plus irrémédiable qu'il nous soit donné d'observer... » Bien que formulée en termes très-affirmatifs, je doute que cette opinion soit du goût de tous les accoucheurs. Dans la grossesse extra-utérine, il n'y a pas, il ne peut y avoir d'accouchement. Or, point d'accouchement, point de dystocie. A vrai dire, la grossesse extra-utérine n'est pas un état physiologique, c'est une sorte d'accident morbide, et de la pire espèce, « car, ainsi que l'observe très-justement M. Joulin lui-même, à peu près constamment la mort de la mère et surtout de l'enfant en est la conséquence. » Le chapitre consacré à cette prétendue variété de dystocie est donc un hors-d'œuvre, à moins qu'il ne trouve sa justification dans la description d'un procédé nouveau que l'auteur propose pour amener la mort du fœtus extra-utérin : ponction capillaire et injection d'une solution concentrée de strychnine ou d'atropine. De toute manière, la grossesse extra-utérine rentre dans les attributions du chirurgien et devient justiciable de la médecine opératoire. Ce n'est pas plus un cas de dystocie que ne l'est un kyste pileux de l'ovaire.

La dixième classe, relative aux ruptures et aux lésions du vagin, de la vulve et du périnée, se comprend moins encore que la précédente. Ce ne sont pas là des cas de dystocie, ce sont des blessures, des accidents traumatiques produits par le fœtus, il est vrai; ce sont les conséquences, les résultats de la dystocie, et nullement la dystocie elle-même. Comment un esprit aussi subtil que M. Joulin a-t-il pu confondre ainsi la cause avec l'effet?

Les divisions d'une bonne classification en médecine doivent non-seulement être bien distinctes, nettement séparées et irréductibles, mais elles doivent encore tendre vers un but pratique et répondre à des exigences cliniques bien déterminées; autrement, ce ne sont plus que des distinctions ingénieuses et superflues dont le moindre défaut est de charger inutilement la mémoire et d'embarrasser le praticien. On peut se demander si la cinquième et la onzième classe de M. Joulin remplissent bien les conditions essentielles d'une bonne taxonomie médicale. On trouve, en effet, dans la onzième classe, consacrée aux *tumeurs*, des faits qui, de l'aveu même de l'auteur, appartiennent vraisemblablement à l'inclusion parasitaire; et *vice versâ*, dans le chapitre de l'inclusion parasitaire, je ne vois que des tumeurs, pédiculées ou non, solides ou demi-solides, qui figureraient aussi bien dans la onzième classe. Au demeurant, qu'importent à l'accoucheur l'origine et la nature de la tumeur? Que ce soient les restes informes d'un fœtus endocimien, ou un kyste dermoïde, une production fongueuse ou stéatomateuse, cela peut être d'un grand intérêt au point de vue anatomo-pathologique; mais quelle valeur ont ces distinctions sous le rapport obstétrical? Ce qui me paraît d'une bien autre importance, c'est le volume de la tumeur, sa forme, son siége, sa consistance et les qualités physiques de son contenu. La tumeur est-elle volumineuse ou de dimension médiocre? est-elle pédiculée ou sessile? adhérente ou mobile? solide, liquide ou mixte? Siége-t-elle sur les membres ou sur le tronc du fœtus? à la partie supérieure du corps ou

à la partie inférieure? dans la région thoraco-abdominale ou dans la région dorso-lombaire? Voilà des questions qui sont, à mes yeux, du plus haut intérêt pratique, et qui peuvent fournir à l'accoucheur de précieuses indications pour le pronostic et le traitement. Car de toutes ces conditions découlent naturellement les lenteurs, les difficultés et les entraves du travail, les obstacles apportés à la progression et au passage du fœtus, les dangers courus par la mère, la terminaison funeste ou favorable de l'accouchement. C'est aussi d'après ces conditions que le praticien réglera la mesure et la forme de son intervention, et décidera la conduite à tenir, les manœuvres à faire ou les opérations à pratiquer. Nous aurions donc préféré une division reposant sur de pareilles bases à une classification juste peut-être au point de vue de l'histoire naturelle de la dystocie fœtale, mais d'une portée clinique fort contestable.

Et maintenant, pour revenir à la question réservée plus haut, le travail de M. Joulin a-t-il bien les caractères essentiels d'une thèse? Qu'est-ce donc qu'une thèse, dans l'espèce? Pour les uns, c'est une étude *complète* sur une question donnée; pour les autres, c'est la solution d'un ou de plusieurs des points les plus délicats, les plus obscurs, les plus litigieux ou les moins explorés d'un problème scientifique ou médical. Je ne connais point d'autres définitions de la thèse en médecine. Eh bien! nous le disons à regret, l'œuvre de M. Joulin ne remplit aucune de ces conditions fondamentales. Ce n'est point une étude complète de la question, car le plus souvent (et ceci est une omission grave) l'auteur garde le silence sur le diagnostic, le pronostic et le traitement; ce n'est pas non plus la solution de quelque point spécial et difficile du problème proposé; car, en évitant toute discussion sur le diagnostic et sur les indications thérapeutiques, l'auteur tourne adroitement les difficultés, écarte les embarras et se crée une tâche commode.

Pour nous, le travail de M. Joulin est une monographie *ébauchée*, très-artistement écrite, et dans ce style élégant et pur qui a mérité à l'auteur un rang distingué dans la presse scientifique. Nous sommes persuadé que le nouvel agrégé ne se contentera point d'une esquisse sur une question si importante, et que la deuxième édition de sa thèse de concours sera un mémoire complet sur la dystocie de cause fœtale.

On ne peut guère adresser à la thèse de M. Salmon les reproches dont celle de M. Joulin nous a semblé passible. Cette fois, nous avons affaire rigoureusement à une véritable monographie, à une étude très-achevée sur la *rétroversion de l'utérus pendant la grossesse*. Prolégomènes, définition raisonnée, synonymie, historique, fréquence, causes et mécanisme, séméiologie, variétés, diagnostic différentiel, pronostic, marche, durée, terminaison, traitement, manœuvres, procédés opératoires, rien ne manque... Je me trompe : il n'y a point de paragraphe consacré à l'anatomie pathologique. Encore M. Salmon pourrait-il objecter que, dans l'espèce, l'anatomie pathologique se confond avec la symptomatologie et qu'il n'a pas négligé de parler des lésions en décrivant les signes.

Les erreurs et les fautes de détail sont rares dans la thèse de M. Salmon; et, d'ailleurs, elles sont généralement de si peu d'importance qu'il faudrait être d'humeur bien procédurière pour lui en chercher querelle. Toutefois, nous croyons qu'il a au moins exagéré le rôle de l'âge dans la production de l'enclavement de la matrice. A nos yeux, les nombreux documents qu'il cite à l'appui de cette opinion ne prouvent absolument rien quant à l'influence de l'âge; ils ne servent qu'à faire ressortir la haute valeur étiologique des couches antérieures répétées ou de la multiparité. Autre remarque : l'auteur admet et décrit une première espèce de rétroversion qu'il nomme inclinaison de la matrice en arrière. Est-ce là une espèce bien légitime, et M. Salmon lui-même ne la rend-il pas très-contestable en rappelant, quelques lignes après, que la matrice, pendant les premiers mois de la grossesse, « est dans une sorte de rétroversion, » dans un état normal d'inclinaison en arrière?

Envisagée dans son ensemble, cette thèse porte l'empreinte d'un esprit sévère, méthodique, mais qui pousse un peu loin peut-être l'usage des procédés analytiques. M. Salmon a morcelé son sujet à l'infini, si bien qu'en plus d'un endroit il l'a obscurci plutôt qu'éclairé par un excès de divisions et de subdivisions. Les observations elles-mêmes conservent rarement leur intégrité ; leurs éléments, soumis à une sorte de fragmentation méthodique, sont distribués selon leur affinité dans les différents chapitres. De là résulte un luxe incroyable de citations et d'exemples, que je me garderais bien d'imputer à M. Salmon si cette manière ne révélait des scrupules exagérés dont le vrai mérite lui-même doit savoir se défendre. M. Salmon, en effet, se défie plus qu'il ne faut de sa propre valeur et compte avec trop de modestie sur le secours d'autrui; chez lui, l'excès d'érudition nuit un peu à la critique, et la personnalité s'efface trop derrière les innombrables autorités qu'il invoque.

Nos critiques, peut-être un peu sévères, n'amoindrissent en rien le mérite réel de la thèse, qui restera, malgré l'arrêt du sort et des dieux, une des œuvres les plus remarquables et les plus justement remarquées du dernier concours.

M. Guéniot définit ainsi les vomissements incoercibles pendant la grossesse : « Vomissements portant par eux-mêmes une atteinte grave à la santé de la femme et résistant à l'emploi judicieux d'un certain nombre de moyens thérapeutiques.» Conformément à cette définition, l'auteur fait entrer dans son sujet tous les vomissements, quelles que soient leur nature et leur cause, qui menacent plus ou moins prochainement l'existence de la femme grosse, et qui se montrent, absolument ou seulement pendant un temps plus ou moins long, rebelles à toute médication.

Les contradicteurs de M. Guéniot n'ont pas dû manquer de critiquer cette définition, de reprocher à l'auteur de n'avoir pas serré la question d'assez près, de ne l'avoir pas circonscrite dans les limites précises de sa portée pathologique, d'avoir brisé une unité morbide bien déterminée, d'y avoir arbitrairement introduit des éléments étrangers, d'avoir enfin jeté une confusion regrettable sur un point d'obstétrique que des travaux récents paraissent avoir bien élucidé. Beaucoup d'accoucheurs, en effet, distinguent aujourd'hui très-formellement les vomissements incoercibles des vomissements simplement rebelles ou opiniâtres. Ils font des premiers une classe à part, une affection distincte, ayant sa physionomie spéciale et sa signification caractéristique. Ils entendent par vomissements incoercibles des vomissements absolument réfractaires à toute médication et qui, par leur persistance, amènent une perturbation profonde dans l'économie, entravent les phénomènes de nutrition, produisent tous les désordres de l'abstinence prolongée et finalement mettent en danger la vie de la femme. Ces vomissements, indépendants de toute lésion organique, mais liés essentiellement à la gestation et résultant sans doute de l'action sympathique de l'utérus gravidé sur l'estomac, ne disparaissent qu'avec l'état de grossesse; le seul traitement héroïque qui leur convienne, le seul qui puisse en triompher, c'est l'avortement provoqué, ou, pour parler un langage plus orthodoxe, l'accouchement prématuré artificiel.

Voilà, suivant maints critiques, comment M. Guéniot devait envisager et traiter la question qui lui était échue au sort. Et alors il devait laisser de côté, ou plutôt ne signaler qu'à propos du diagnostic différentiel, les vomissements liés à une affection abdominale organique, qui empruntent leur opiniâtreté et leur gravité à la lésion même et non à la grossesse, ainsi que les vomissements symptomatiques de la dyspepsie, de la gastralgie, de l'embarras gastrique, dont la gestation n'est pas la cause essentielle, mais dont elle est quelquefois seulement la cause aggravante, et qui, cédant le plus ordinairement à un

traitement rationnel, ne sauraient, à parler rigoureusement, être rangés parmi les vomissements dits *incoercibles*.

Pourquoi donc M. Guéniot a-t-il suivi une voie différente? C'est, comme il nous l'apprend lui-même, pour satisfaire à toutes les exigences du problème posé par le jury dans les termes suivants : « Des vomissements incoercibles *pendant* la grossesse. » C'est ce mot *pendant* qui évidemment a donné le change à l'auteur. Il s'est laissé tellement éblouir par cet adverbe qu'il a mal vu le mot *incoercibles*, véritable nœud gordien de la question. Et de fait, le lecteur jugera sans doute, comme nous, qu'il y avait un peu matière à équivoque et qu'il est bien permis d'invoquer en faveur du candidat le bénéfice des circonstances atténuantes. On y est d'autant mieux disposé qu'en admettant l'interprétation donnée par M. Guéniot à la question de la Faculté, son travail devient une excellente thèse; car il renferme un savant exposé, d'un des accidents les plus redoutables, quoi qu'en ait dit Cazeaux, auxquels soient exposées les femmes enceintes, et une histoire très-complète des vomissements *opiniâtres pendant* la grossesse.

Comme on peut le prévoir par ce que nous venons de dire, ce n'est pas nous qui formerons opposition au jugement du professeur cité dans les premières lignes de cet article.

A. Linas.

Compte rendu de l'hôpital de la mission américaine à Canton pour 1862, par le docteur John Kerr.

Les Anglais et les Américains ont compris depuis longtemps que la meilleure manière de porter chez les peuples réputés barbares les progrès de la civilisation consiste à leur en montrer d'abord les avantages matériels visibles pour tous. Les missionnaires chrétiens feront moins pour la Chine que n'ont fait jusqu'à présent à Pékin, à Shang-Haï, à Canton, les missionnaires de la science venus d'Angleterre et d'Amérique. Le compte rendu de l'hôpital américain de Canton, publié par le docteur Kerr, nous en fournit une nouvelle preuve.

Pendant l'année 1862, cet hôpital donna des soins ou des conseils à 24 693 malades; sur ce nombre, le dispensaire de Fuh-Shan compte 6205 consultants, et celui de Shang-King 2560.

Plusieurs personnages importants du pays vinrent y réclamer les bienfaits de la médecine : l'un vint de la province de Kwangsaï se faire opérer de deux cataractes; un autre fut soigné pour une hydropisie; le gouverneur du district de Tien-Peh fut traité pour un rétrécissement uréthral, et, lorsqu'il retourna dans sa province, il emmena avec lui un des élèves de l'hôpital pour continuer le traitement commencé.

275 malades furent soignés à l'intérieur de l'hôpital, presque tous pour des affections chirurgicales, et quelques-uns subirent des opérations importantes. Quatre jeunes Chinois ont suivi pendant l'année les cours faits à l'hôpital et forment le premier noyau d'une école de médecine chinoise. (*Edinburgh Medical Journal*, 1863.)

VII

VARIÉTÉS.

Association générale des médecins de France. — L'assemblée générale de l'Association aura lieu le dimanche 1er novembre, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, près de l'hôtel de ville.

Ce même jour, à sept heures et demie du soir, aura lieu le banquet annuel de l'Association, au Grand-Hôtel, boulevard des Capucines.

C'est par erreur que cette assemblée générale a été annoncée comme devant être publique. Cette année, comme les années précédentes, ne seront admis que les membres de l'Association et les médecins munis de billets d'invitation.

— La demande en expropriation des domaines de Ville-Évrard et de Vaucluse, près Paris, destinés à des asiles publics d'aliénés et à des quartiers de pensionnaires, vient d'être approuvée par le conseil d'État. Un décret impérial, signé jeudi dernier, prescrit l'exécution immédiate de cette mesure administrative.

— L'adjudication de l'Asile clinique des aliénés et du Bureau central d'examen et de répartition a eu lieu le 11 septembre dernier. Les travaux sont actuellement en cours d'exécution, sous la direction de M. Questel, architecte du palais de Versailles et membre du conseil des bâtiments civils. Les plans ont été dressés d'après le programme et les indications de M. le docteur Girard de Cailleux.

— M. le docteur Bulard, médecin adjoint de l'asile de Saint-Yon, à Rouen, vient d'être nommé directeur médecin en chef de l'asile des aliénés (femmes) de Lille. — M. le docteur Brunet, médecin préposé responsable de l'asile de Niort, vient d'être nommé directeur médecin en chef de l'asile de Dijon. — M. le docteur Laurent, médecin adjoint à l'asile de Quatre-Mares, passe en la même qualité à l'asile de Saint-Yon, à Rouen. — M. le docteur Broc, interne à l'asile de Pau, est nommé médecin adjoint à l'asile de Quatre-Mares.

— Par arrêté du 17 octobre 1863, M. Drouet, professeur suppléant pour les chaires des sciences accessoires à l'École préparatoire d'Angers, est nommé professeur adjoint de pharmacie et toxicologie à ladite École.

— Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : M. le docteur Manes, médecin inspecteur adjoint de l'établissement thermal des Eaux-Bonnes ; M. le docteur Broca, chirurgien en chef, depuis trente-huit ans, de l'hôpital d'Oloron (Basses-Pyrénées).

— M. Trousseau est, dit on, à la veille de prendre sa retraite comme professeur à la Faculté. Notre éminent confrère avait manifesté depuis longtemps l'intention de résilier ses fonctions dès qu'il aurait atteint la limite d'âge qui lui donne droit à la retraite.

— Un concours pour les prix des internes sera ouvert le mardi 3 novembre, à midi, à l'administration de l'Assistance publique.

— M. le docteur Gaulay vient de mourir à Saumur (Maine-et-Loire), âgé de quatre-vingt et un ans, à la suite d'une longue maladie.

— M. le docteur Charles Rolland, de Florentin (Tarn), vient de mourir à l'âge de trente-sept ans.

— L'ouverture du concours de l'externat qui a eu lieu aujourd'hui au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique a été marquée par un incident regrettable.

Un ancien élève des hôpitaux, âgé de cinquante ans, et qui d'ailleurs avait été, pour des faits graves, rayé de la liste des élèves externes, s'est introduit violemment dans l'amphithéâtre, où sa présence a été l'objet de désordre et de troubles.

De concert avec MM. les membres du jury, le directeur de l'administration a levé la séance, et une décision ultérieure a fait savoir que le concours était supprimé pour cette année.

Nous apprenons à l'instant qu'une protestation contre les désordres dont une infime minorité les a rendus victimes a été rédigée et signée déjà par un grand nombre d'élèves. Nous espérons que cette démarche permettra à l'administration, qui a su jusqu'à présent conserver intacte l'institution du concours, de se montrer indulgente.

— MM. les professeurs particuliers qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours à l'École pratique sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu le vendredi 30 octobre, à midi précis, dans la salle du conseil de la Faculté.

VIII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Étude sur les mariages consanguins, et sur les croisements dans les règnes animal et végétal, par le docteur *Ant. Chipault*. Brochure in-8 de 112 pages. Paris, Germer Baillière. 2 fr. 50

De l'atrésie des voies génitales de la femme, par le docteur *Albert Puech*. In-4 de 165 pages. Paris, F. Savy. 5 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS.—IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 30 OCTOBRE 1863. N° 44.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Académie de médecine : Discussion sur la rage. — II. **Revue clinique**. Pathologie interne : De la phlébite faciale. — III. **Correspondance**. Congrès de Rouen. — IV. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — V. **Revue des journaux**. De l'inflammation de la vessie et des artères ombilicales chez les enfants nouveau-nés. — VI. **Bibliographie**. De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle. — VII. **Variétés**. — Ouverture des cours d'hiver de la Faculté de médecine de Paris. — VIII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres. — IX. **Feuilleton**. Considérations touchant l'influence des races sur le résultat des opérations chirurgicales.

I

Paris, 29 octobre 1863.

Académie de médecine : DISCUSSION SUR LA RAGE.

Essayer une revue critique de la discussion sur la rage pourra paraître une entreprise téméraire, ou pour le moins superflue, après le résumé si complet, si lucide et si habilement exposé par M. Bouley, un des maîtres de la tribune dans notre Académie. — Par la manière savante et lumineuse dont il a présenté et traité la question, dès l'origine ; par le talent qu'il a mis ensuite à développer et à défendre ses opinions, l'éminent orateur s'est acquitté brillamment des devoirs imposés à un rapporteur, ceux de choisir et de préparer le terrain du débat, d'engager la lutte, de soutenir la contradiction et de faire prévaloir les vues de la commission, dont il est à la fois le mandataire et le héraut d'armes. A cet égard il est difficile de faire mieux et aussi bien que M. Bouley ; mais nous croyons qu'il est possible de faire autrement ; et nous allons le tenter. Au lieu donc de reprendre les discours un à un et de suivre les orateurs pas à pas, comme doit le faire un rapporteur obligé de plier aux nécessités d'une réplique, nous, qui ne sommes pas tenu par les mêmes exigences, nous envisagerons la discussion sous un autre aspect et à son point de vue le plus général. Il ne peut y avoir, en effet, qu'un grand intérêt à examiner d'une manière sommaire et précise le point de départ, l'objet, les éléments, le but et les résultats de ce débat, où s'agitait un des problèmes les plus obscurs et les plus graves dont la science doive poursuivre et dont l'humanité puisse réclamer la solution.

Le 12 novembre 1861, M. Boudin vint lire devant l'Académie de médecine un mémoire *sur la rage au point de vue de l'hygiène publique et de la police sanitaire*. Comme la plupart des autres travaux du même auteur, celui-ci était basé sur des recherches statistiques, dès longtemps poursuivies avec un zèle dont on peut contester l'efficacité, mais à la persévérance duquel il serait injuste de ne pas applaudir. M. Boudin était ainsi conduit à révoquer en doute la sponta-

FEUILLETON.

Considérations touchant l'influence des races sur le résultat des opérations chirurgicales (1).

Un fait saillant ressort des débats engagés à l'Académie de médecine, et il n'est pas permis de le rejeter dans l'ombre : les opérés dans les hôpitaux anglais guérissent mieux que les nôtres. La chirurgie anglaise est plus audacieuse que la chirurgie française, téméraire même, et ses résultats surpassent néanmoins ceux qu'obtient cette dernière. Des statistiques à l'abri de toute critique en font foi, et l'on a toujours eu raison contre ceux qui essayaient d'en affaiblir le témoignage. La différence signalée entre les résultats n'est pas accidentelle ni de peu d'importance, mais constante et considérable : nous l'avons indiquée plus haut, elle n'est pas moindre de 15 à 20 pour 100. Il faut donc accepter ce fait, tout pénible qu'il nous paraisse ; le fait accepté, il faut en rechercher la cause. Nous les avons, on ne peut invoquer comme cause l'impéritie de nos opérateurs, ni même le défaut de soins consécutifs donnés aux opérés. Les chirurgiens français comprennent tous aujourd'hui l'importance de ces soins, et en reconnaissent l'influence décisive sur le succès des opérations. On ne peut davantage accuser l'insalubrité de nos hôpitaux : nous venons de le voir, nos hôpitaux sont pour la plupart supérieurs aux hôpitaux anglais ; que dans quelques salles on diminue un peu le nombre des malades, et nous aurons réalisé un état sanitaire, sinon irréprochable, tel du moins qu'on ne saurait lui imputer des malheurs constants et répétés. Quelle peut donc être la cause

(1) L'article qu'on va lire est emprunté au CORRESPONDANT et détaché d'un article étendu et très-intéressant sur l'assistance publique. Il est le développement d'une pensée qui a été émise au cours de la discussion sur l'assistance hospitalière. La part que nous avons prise à l'étude de cette grave question nous imposait presque le devoir de reproduire des considérations qui complètent heureusement nos propres appréciations, et se recommandent, d'ailleurs, par la forme élevée dans laquelle elles sont exprimées. *(Note de la rédaction.)*

néité de la rage canine, à nier l'influence étiologique de la continence forcée, de la température et des changements atmosphériques ; d'où il concluait logiquement à l'excellence prophylactique, au maintien et à l'observance rigoureuse des mesures de police administrative : taxe des chiens, musellement permanent, séquestration et même occision immédiate des chiens mordus par des animaux enragés ou suspects.

Voilà qui est clair. L'Académie était saisie, non point officiellement, mais simplement à titre officieux et par un médecin distingué qui ferait assez bonne figure dans ses rangs, de la question de savoir quels seraient les moyens les plus efficaces et les plus puissants à opposer au développement et à la propagation de la rage. C'était donc surtout un problème d'hygiène et de salubrité publique. Mais M. Boudin avait compris que, pour le résoudre, il fallait, au préalable, aborder et décider un certain nombre de questions préjudicielles, telles que : l'origine de la rage et les espèces animales susceptibles de la contracter et de la communiquer, le nombre annuel des animaux enragés, le nombre annuel des victimes dans l'espèce humaine, la proportion des personnes mordues par des chiens enragés et des personnes atteintes de la rage, l'influence du sexe considéré comme cause prédisposante de la rage chez le chien, le mode de contagion, l'apparition spontanée de la rage chez les animaux, l'action des températures extrêmes sur le développement de cette maladie, la durée de son incubation, enfin la possibilité d'en établir le diagnostic certain chez les animaux, notamment chez le chien.

On sait de quelle manière et à l'aide de quels documents ces questions ont été traitées et résolues par M. Bouley dans son remarquable rapport, et, après lui, par les deux orateurs qui ont pris la part la plus active et la plus éclatante à la discussion, MM. Tardieu et Vernois. On n'a pas oublié surtout quel rôle important la statistique a joué dans cette affaire. Pouvait-il en être différemment lorsque tous les bons esprits s'accordent à la regarder comme le procédé de solution par excellence et la clef même du problème, en ce qui concerne l'étude hygiénique de la rage. Déjà, d'ailleurs, elle a fait ses preuves ; et le riche tribut et les beaux états de service qu'elle a fournis dans la discussion académique, par l'organe de M. Tardieu et de M. Vernois, permettent d'espérer que, dans un avenir prochain, la science possédera tous les éléments de conviction nécessaires pour l'élucidation des points encore controversés de l'histoire et de la pathogénie de la rage. Toutefois, il est indispensable de s'entendre sur les conditions et les lois d'une bonne statistique, et nous ne trouvons pas inutile, quant à nous, « la petite leçon » servant d'exorde au discours de M. Vernois. Nous estimons, comme lui, que la statistique ne doit être abandonnée ni à la fantaisie qui crée des calculs de probabilité, ni à l'arbitraire qui se contente de chiffres approximatifs. Il faut un critérium et des principes servant de règle commune à tous les observateurs. Sinon, comment arriver à des résultats homogènes et précis, à des conclusions identiques et légitimes? comment, en d'autres termes, donner à la statistique cette rigueur mathématique qui, seule, peut en faire un moyen presque infaillible d'investigation? Partant de ces données, M. Vernois a découvert le côté faible, la partie défectueuse et vulnérable des statistiques de M. Bouley; et il nous semble que l'honorable rapporteur, malgré sa remarquable dextérité, ne s'est pas mis entièrement à l'abri de la « mitraille » de son adversaire.

Mais rentrons dans le cœur même de la question, et revenons au point essentiel et fondamental du débat, à la prophylaxie de la rage.

Jusqu'à ce jour quelles ont été les précautions recommandées et les moyens imaginés pour préserver l'homme des atteintes de cet horrible fléau? La taxe, le musellement, l'enchaînement ou la laisse, la séquestration préventive, l'empoisonnement et l'occision des chiens errants ou suspects. On sait maintenant ce qu'il faut penser de la plupart de ces mesures ; l'expérience et le temps ont démontré l'insuffisance des unes, les inconvénients et même les dangers des autres ; et MM. Tardieu, Vernois et Bouley viennent de faire bonne justice de l'impôt sur les chiens, de la muselière et de la laisse. Il faut savoir gré à ces éminents observateurs d'avoir condamné hautement les pratiques surannées d'une impuissante routine, d'avoir cherché à dégager la prophylaxie de la rage du vain attirail des expédients de police administrative, afin de la replacer sur un terrain plus académique, le terrain de l'hygiène. Mais n'allons pas plus loin sans restituer à chacun la part qui lui revient dans l'exécution, encore incomplète, de cette importante réforme. S'il est juste d'en faire remonter l'initiative à M. Dumas, et d'en trouver l'origine dans l'institution de l'enquête permanente de la rage au sein du Comité consultatif d'hygiène publique, ne faut-il pas aussi reconnaître combien le savant rapporteur de cette enquête, M. Tardieu, a contribué par son zèle et par ses lumières à féconder l'entreprise et à en préparer le succès? Il ne faut pas oublier, non plus, que, longtemps avant le rapport de M. Bouley, le Conseil de salubrité de la Seine pu-

---

des insuccès réels de la chirurgie française? Cette cause a été, suivant nous, à peine entrevue à l'Académie de médecine. Seul, M. Velpeau, l'un des plus autorisés, il est vrai, de la savante compagnie, l'a indiquée en quelques termes d'une rudesse toute chirurgicale. « A quoi tient donc, dit cet éminent professeur, que les opérations chirurgicales paraissent mieux réussir en Angleterre qu'en France? Si ce fait était bien démontré, je ne crois pas qu'il fallût en rechercher la raison dans la différence du régime chez les opérés, ni dans les conditions hygiéniques des hôpitaux. Peut-être vaudrait-il mieux admettre une sorte d'immunité en faveur de la *chair* des Anglais, qui, par une sorte de privilége physiologique, serait plus réfractaire que la chair des Français aux accidents qui suivent les grandes opérations. »

Cette pensée, qui ouvrait au débat des horizons nouveaux, ne fut pas relevée ; elle ne reparut plus. Cependant elle livre, d'après nous, la vraie raison des faits. Les succès qu'obtiennent les grandes opérations en Angleterre sont avant tout une question de race. Opérés en France, les Anglais y guériraient avec le même bonheur que chez eux; opérés en Angleterre, nous y trouverions les mêmes et funestes accidents qui viennent compromettre pour nous et anéantir le succès des opérations les mieux conduites. Les faits n'auraient pas manqué pour la démonstration de cette thèse, si l'attention se fût portée dans cette direction. La pratique civile, la pratique hospitalière, la médecine militaire eussent fourni chacune des preuves directes et irrécusables, et leur ensemble eût entraîné les convictions. Nous ne pouvons, en ce moment, puiser à toutes ces sources. Toutefois, afin de faire ressortir cette vérité importante, nous retracerons une triste et récente expérimentation faite par la chirurgie française sur les exemples et les incitations de sa rivale d'outre-Manche. Nous voulons parler de la pratique de l'opération connue sous le nom d'ovariotomie. Nous tâcherons de ne pas effaroucher le lecteur par une technologie trop spéciale, tout en exposant sincèrement les faits, afin d'en retirer les enseignements qu'ils renferment.

bliait une instruction relative aux chiens enragés, et que, le 2 juillet 1862, M. Vernois lisait devant ce conseil un travail *sur la prophylaxie administrative de la rage*, travail publié au mois d'octobre de la même année dans les ANNALES D'HYGIÈNE, et où l'auteur signale formellement l'utilité d'une « instruction, courte et précise, sur les symptômes principaux et les plus habituels qui annoncent le développement de la rage chez le chien. » Enfin, et pour sortir de l'enceinte académique, un vétérinaire distingué, M. André Sanson, publiait, en 1860, dans la SCIENCE PITTORESQUE, sous ce titre significatif : *Le meilleur préservatif de la rage*, une étude de la physionomie des chiens et des chats enragés; et M. Bergeron, à propos d'un cas de rage observé sur un enfant, à l'hôpital Sainte-Eugénie, disait à la Société médicale des hôpitaux, le 11 décembre 1861 : « C'est l'hygiène publique qui doit combattre avant tout la propagation de la rage. A tout ce qui a été fait dans cette voie, ne serait-il pas utile d'ajouter une instruction qui éclairât les populations sur les véritables symptômes de cette maladie, un tableau des signes auxquels on peut reconnaître les animaux enragés ? »

Si donc, M. Bouley ne peut pas revendiquer la priorité de l'idée, il lui reste l'honneur de l'avoir portée à la tribune académique, de l'avoir jetée ainsi au grand jour d'une éclatante publicité et d'en avoir assuré la réalisation et le succès par la haute sanction qu'elle va recevoir bientôt, et par le retentissement que lui a déjà donné une brillante discussion.

Mais une instruction, même telle que la conçoit et telle que la veut l'honorable rapporteur, un exposé sémiologique, quelque parfait qu'il soit, est-ce là le dernier mot de la science et l'*ultima ratio* de la prophylaxie de la rage? Nous ne le pensons pas. Assurément, c'est un bon moyen pour mettre l'homme en garde contre les caresses dangereuses d'un chien familier, source très-féconde d'accidents rabiques; mais ce sera une cuirasse inutile contre la dent d'un animal étranger qui, dans un accès de rage, se ruera inopinément sur sa victime. A Dieu ne plaise, cependant, que nous contestions l'utilité si généralement reconnue de cette mesure; mais il ne faudrait pas, non plus, en exagérer la portée au point d'oublier ou de négliger des moyens de préservation plus héroïques encore. Quand on a reconnu ou soupçonné l'existence de la rage chez un chien, il reste autre chose à faire : il faut l'isoler ou le détruire. Nous voudrions donc qu'on n'attribuât à la connaissance des signes de la rage que la valeur d'un salutaire *avertissement*, et qu'on la présentât modestement comme le prélude de mesures préventives réellement efficaces. Aussi sommes-nous avec M. Reynal contre M. Bouley, pour le maintien et la prescription absolue de la séquestration des chiens suspects.

Ce n'est pas tout. Il ne suffit pas d'apprendre aux hommes à se garantir de la rage. L'humanité attend plus et mieux encore de la science. « La rage est un de ces fléaux dont il est permis à la science et à une administration vigilante de poursuivre l'extinction, » a dit M. Tardieu. « La rage doit disparaître, la rage disparaîtra, » a dit, après lui, M. Vernois. Nous prenons acte de l'engagement souscrit au nom de la science par les deux éminents hygiénistes, et nous souhaitons que leurs vœux se réalisent, en dépit du scepticisme et des sinistres prédictions de M. Bouley. Mais, pour arriver à un résultat si extraordinaire et si désirable, ce n'est pas assez de connaître les symptômes et les effets de la rage, de se mettre en garde contre ses atteintes et d'opposer une barrière à sa propagation. Il faut encore, il faut surtout attaquer et combattre le mal dans sa racine; il faut, pour anéantir le fléau, en étouffer le germe. En vain, on s'en prend à la rage communiquée! c'est la rage *spontanée*, la rage *principe*, comme l'appelle M. Vernois, qu'il importe de poursuivre à outrance; car elle est, ainsi que l'observe M. Tardieu, la principale cause de la persistance de cette affreuse maladie.

On a nié son existence, c'est un tort; autant vaudrait nier la spontanéité du charbon, de la morve, de la variole et des autres maladies virulentes et contagieuses. Cette opinion répugne au simple bon sens médical et ne soutient pas l'examen. Mais on est surpris que M. Bouley, qui croit si fermement à la rage spontanée, ne partage pas les convictions de M. Tardieu et de M. Vernois, sur la nécessité de connaître les caractères essentiels de cette forme primaire, de rechercher les conditions de son développement et de découvrir les lois de sa pathogénie, pour arriver à une prophylaxie certaine et définitive de l'hydrophobie rabique. Cependant il est aisé de comprendre quel grand pas la médecine aura fait vers l'anéantissement de la rage, le jour où elle parviendra à percer le mystère de ses causes originelles et à déterminer les influences encore cachées qui président à son évolution spontanée. C'est là une tâche difficile, avouons-le; mais elle n'est pas au-dessus des efforts d'une observation rigoureuse et d'une investigation soutenue.

Déjà des auteurs graves et dignes de créance ont fait peser de fortes préventions sur la continence forcée des

---

L'ovariotomie (qu'on me permette ces courts détails préalables) consiste à extirper les kystes volumineux qui se développent, chez la femme, sur l'un ou l'autre ovaire. Ces kystes croissent toujours, et finissent par occasionner des accidents incompatibles avec l'exercice des fonctions vitales. Soumis au traitement purement palliatif de la ponction, ils se reproduisent avec acharnement, et entraînent enfin l'organisme à l'épuisement dernier et à la mort. Le remède radical est évidemment l'extirpation, si elle est jugée possible. Cette espèce de parasite enlevée, l'économie est rendue à la vie normale ; les forces naturelles, n'étant plus déviées vers ces productions étrangères, reprennent leur direction légitime, et la restauration générale s'effectue heureusement. Mais, pour enlever ces tumeurs d'un énorme volume, il faut ouvrir largement l'abdomen, et manœuvrer dans les profondeurs de la cavité viscérale la plus vaste, la plus disposée à l'inflammation, et dont, en même temps, l'inflammation est la plus redoutable. Les nécessités de l'opération conduisent souvent à des manœuvres longues, multipliées, à des dilacérations étendues, à des luttes presque violentes contre les résistances qui surgissent. Telle est l'ovariotomie, dans sa sombre et trop réelle physionomie. Cette formidable opération fut pratiquée pour la première fois, et avec succès, en France, vers la fin du siècle dernier; la relation en a été conservée dans les MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE des années 1782 et 1783. Depuis lors, cependant, nos chirurgiens ne renouvelèrent pas cette tentative, toute heureuse qu'elle eût été. Mesurant par la pratique journalière ce que leur art permet de tenter, ils jugèrent une opération pareille au-dessus des forces mêmes de la nature, et pensèrent qu'un cas exceptionnel ne pouvait faire loi ; ils répugnèrent à sacrifier de nombreuses victimes, pour rencontrer dans ce nombre un succès imprévu. Ce succès ne leur paraissait pas, et avec raison, une suffisante compensation aux malheurs par lesquels il fallait l'acheter. Ils renoncèrent à l'extirpation des kystes de l'ovaire, et les traitèrent uniquement par les ponctions successives, et dans ces dernières années par les

chiens, sur la non-satisfaction des appétits vénériens si exigeants chez ces animaux. Ni les dénégations de M. Boudin, ni les lazzis mythologiques de M. Bouley ne parviendront à ruiner une opinion à laquelle les croyances populaires et l'autorité d'observateurs distingués, tels que M. Lobligeois et M. Leblanc, donnent un si grand poids. Quand il s'agit d'un mal aussi redoutable que la rage, d'un mal dont l'étiologie est encore si obscure, si incertaine, on ne doit pas opposer une fin de non-recevoir au témoignage d'hommes compétents. En supposant, avec les deux praticiens cités plus haut, que la privation des rapports sexuels pour les chiens tienne à la disproportion de un sur quatre entre les mâles et les femelles, quel inconvénient y aurait-il à essayer de rétablir l'équilibre par le système de la taxe inégale, ou même par l'extermination de l'excédent des chiens? Car, au demeurant, et n'en déplaise à messieurs des Sociétés protectrices, périssent tous les chiens plutôt qu'un seul homme!

M. Leblanc, qui a longuement disserté sur l'étiologie de la rage spontanée, donne une telle prépondérance à la continence canine, qu'il n'accorde aucune valeur aux autres causes présumées. Néanmoins, nous croyons, avec M. Vernois, que les circonstances de race, d'espèce, d'âge, de sexe, de pays, de saison, de climat, de régime, d'habitudes, etc., constituent aussi des éléments étiologiques d'une haute importance, et dont il ne faut pas négliger l'étude dans la pathogénie de la rage spontanée, si l'on veut en faire la base d'une très-sérieuse préservation.

M. Bouley n'est point de l'avis de M. Vernois, qui voudrait voir figurer dans l'instruction populaire le diagnostic différentiel des maladies du chien offrant avec la rage une apparente analogie. Il nous semble pourtant qu'il ne serait pas inutile, sans entrer dans de longs détails, de signaler ces affections et de les caractériser par quelques mots, afin d'épargner les terreurs et les angoisses de l'inoculation rabique aux personnes qui auraient été mordues simplement par des chiens au moment d'un accès d'épilepsie, d'une crise dentaire ou d'une convulsion vermineuse. Si la crainte de la rage est une chose salutaire, il faut convenir que la certitude de ne pas avoir cette affreuse maladie est plus salutaire encore.

Un point d'une importance extrême, et à propos duquel le savant rapporteur n'a pas hésité à se ranger parmi « les sectateurs de Saint-Thomas, » c'est qu'un chien ou un chat furieux, mais non enragés, puissent donner la rage à l'homme et à d'autres animaux en les mordant. Sans doute, ce fait est « étrange, effroyable »; mais en quoi répugne-t-il à la raison? Les émotions vives produisent chez l'homme des modifications brusques dans la sécrétion des larmes, de l'urine, de la sueur et du suc intestinal, des éruptions cutanées subites, des crises épileptiformes ou des spasmes éclamptiques instantanés; pourquoi donc la colère et la douleur ne provoqueraient-elles pas aussi, par l'intermédiaire du système nerveux, une perversion soudaine de la sécrétion buccale ou de la salive, chez des animaux essentiellement prédisposés comme le chien et le chat? Connaissons-nous assez les causes, le mode d'explosion et la marche de la rage spontanée, pour être autorisés à nier qu'elle puisse éclater ainsi d'une manière brusque et transitoire, sous l'influence d'une impression violente?

M. Bouley redoute les conséquences désastreuses de cette « désespérante doctrine », et il ne voudrait pas que le public fût mis dans la confidence des « affirmations téméraires » de M. Vernois... et, aurait-il pu ajouter, de M. Tardieu. Mais l'ignorance du danger n'est-elle point plus funeste encore; et ne serait-il pas à la fois charitable et prudent de prévenir les gens, avec toutes les réserves et toute la discrétion possibles, des risques auxquels s'exposent les grands et les petits enfants, qui se font un malin plaisir d'agacer les chiens, d'irriter les chats, de taquiner et de tourmenter les animaux?

Nous ne saurions souscrire avec trop de force, en terminant, aux conseils si sages, aux préceptes si utiles que MM. Gosselin, Beau et Piorry ont formulés sur le traitement médical de la rage. En présence d'un mal si terrible, et réputé jusqu'à présent incurable, il est permis de tout tenter, médications rationnelles et recettes empiriques. L'expectation ne serait qu'une lâche retraite devant l'ennemi, qu'une honteuse abdication devant le danger.

A. Linas.

II

REVUE CLINIQUE.

Pathologie interne.

De la phlébite faciale, par le docteur Blachez, chef de clinique.

La phlébite, maladie si bien étudiée de nos jours, présente en dehors de ses caractères fondamentaux certains symptômes

---

injections iodées, qui, dans les cas très-simples où le kyste ne forme qu'une seule poche, amènent souvent une guérison durable.

Cependant, en Amérique et en Angleterre, l'opération proscrite chez nous se vulgarisa peu à peu. Les chirurgiens affirmèrent ne pas rencontrer ces accidents terribles si redoutés ici, et obtenir la guérison fréquente d'une maladie presque toujours mortelle. Tant que ces enseignements nous vinrent de l'autre côté de l'Atlantique, la distance des lieux, les incroyables témérités de la chirurgie américaine, le défaut de contrôle dans une société où la liberté individuelle règne en maîtresse absolue, les excès du charlatanisme et d'une publicité intempérante, notre ignorance de la valeur des hommes qui parlaient et écrivaient, toutes ces circonstances nous rendirent fort incrédules, et nous demeurâmes paisibles dans nos traditions de chirurgie timide. Mais lorsque les exemples nous arrivèrent de l'autre côté du détroit, lorsque nous vîmes à Londres des chirurgiens considérables pratiquer l'ovariotomie et la faire entrer dans le courant ordinaire des opérations légitimes, lorsque nous apprîmes leurs succès et que nous les pûmes contrôler, lorsque des statistiques accréditées nous en révélèrent le nombre inattendu, l'émotion nous gagna et l'esprit de résistance céda peu à peu. Plusieurs de nos chirurgiens les plus distingués se rendirent à Londres, observèrent des malades opérées précédemment et guéries, virent pratiquer l'ovariotomie et suivirent les conséquences de l'opération : tout doute fut levé dans leur esprit; l'ovariotomie était une belle conquête de la chirurgie moderne, et ils revinrent décidés à la populariser parmi nous.

Ces faits se passaient dans le temps même où était agitée à l'Académie de médecine la question hospitalière. L'insalubrité attribuée à nos hôpitaux, les funestes effets de l'agglomération des opérés, l'importance des soins hygiéniques et consécutifs, tous ces points, mis en relief dans les débats académiques, furent pris en grande considération par ceux qui désiraient importer et naturaliser en France les hardiesses chirurgicales

particuliers qui varient suivant les organes ou les parties envahies. Sous ce rapport, la phlébite faciale se distingue par des phénomènes tout spéciaux, et dont la cause se trouve facilement dans la disposition anatomique des veines et dans les larges anastomoses qui les font communiquer avec les sinus intra-crâniens.

Nous rejetons à la suite de l'observation que nous donnons ici les considérations auxquelles peut donner lieu l'étude de la phlébite faciale, et qui nous ont paru dignes d'un certain intérêt.

Obs. — Le 16 juillet 1863, on apportait à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, dans le service dirigé par M. le docteur Gérier, médecin principal, un homme âgé de quarante-trois ans, du 1er régiment des voltigeurs de la garde. Cet homme était malade depuis plusieurs jours. Depuis cinq jours environ, une rougeur avec tuméfaction légère de la peau s'était manifestée à la partie supérieure de la face; la région était douloureuse; il y avait de la fièvre, de l'anorexie. La maladie fut considérée comme un érysipèle léger, et deux potions vomitives furent administrées à deux jours d'intervalle. L'état du malade ne s'amenda nullement, et quand on l'apporta, le 16 juillet, à l'hôpital, il présentait l'état suivant : Constitution moyenne; embonpoint conservé. Le malade est dans un état de subdelirium des plus marqués. A la partie supérieure de la face, on observait de la rougeur avec empâtement sur les deux côtés du nez, les paupières et le front; le gonflement s'avançait sous le cuir chevelu jusqu'au niveau de la suture fronto-pariétale; les paupières étaient œdémateuses, la douleur tellement vive qu'il fut impossible de les entr'ouvrir et d'examiner le globe de l'œil. Tout ce qu'on put apercevoir, c'était un chemosis double, mais beaucoup plus développé à droite.

En examinant de plus près la surface malade, on remarquait que la rougeur n'était pas uniforme, mais disposée par plaques d'une teinte un peu livide, et qui suivaient le trajet des veines fronto-temporales. Ces veines se présentaient sous l'aspect de cordons saillants, durs, d'une coloration violacée. Il y avait une fièvre intense; le pouls était très-fréquent et mou, la langue fortement chargée. Depuis plusieurs jours le malade était constipé.

M. le docteur Gérier, auquel nous devons ces renseignements, fut particulièrement frappé de deux circonstances : le défaut de proportion entre l'étendue de la lésion locale et l'intensité des symptômes généraux, et la présence de ces veines dilatées, comme variqueuses, qui lui suggérèrent immédiatement l'idée d'une phlébite.

Le malade était entré à l'hôpital à onze heures du matin. A quatre heures de l'après-midi, le délire avait nécessité l'application de bandes contentives sur les bras, et dans la soirée l'agitation devint tellement violente qu'il fallut contenir le malade avec la camisole. Le gonflement des paupières avait augmenté, ainsi que la saillie des cordons veineux; il n'y avait pas d'exophthalmos. Le pouls, très-accéléré, était devenu petit et irrégulier. On ne remarqua ni frissons, ni sueurs abondantes. A la fin de la soirée, le malade tomba dans le coma, et mourut à deux heures du matin.

Le traitement avait consisté en applications résolutives, révulsifs et sulfate de quinine.

L'*autopsie* fut pratiquée trente-six heures après la mort. Malgré l'élévation de la température, le cadavre était bien conservé.

La face offrait à sa partie supérieure des marbrures bleuâtres, livides. Le gonflement cutané avait à peu près disparu. Les conjonctives étaient encore œdémateuses, et en entr'ouvrant les paupières on constatait facilement un double chémosis, manifestement plus considérable à droite. A partir de la racine du nez s'élevait vers le front et les régions temporales un lacis de veines bleuâtres, dures sous le doigt, et dont le contenu se déplaçait par la pression.

Avant de procéder à l'autopsie, une petite incision fut faite à la peau au niveau de la veine préparate. Cette veine était pleine de pus. La marche à suivre dans les recherches anatomiques nous était dès lors toute tracée. Le cuir chevelu fut incisé d'avant en arrière, afin de ménager les cordons veineux; le crâne fut scié avec précaution; les membranes ne présentaient rien de particulier sur toute la convexité du cerveau. Aucune trace de méningite.

Le cerveau, détaché avec soin, n'offrait aucune altération. La pie-mère était partout transparente. Nulle trace d'épaississement dans les scissures, le long du trajet des vaisseaux. La consistance du cerveau était normale. Dans toute l'étendue de l'organe, la substance cérébrale supportait le filet d'eau sans se désagréger. Les ventricules ne contenaient qu'une quantité insignifiante de sérosité La substance blanche était très-légèrement piquetée sur la partie supérieure et moyenne des hémisphères.

On procéda alors à l'examen des sinus. La dure-mère n'offrait rien de particulier. En incisant cette membrane au niveau des sinus caverneux, on trouve ceux-ci remplis de pus, ainsi que le sinus circulaire de la selle turcique. La membrane interne était colorée en rouge lie de vin et comme tomenteuse.

On ne trouve pas de pus dans les grands sinus de la tente du cervelet et de la partie postérieure de la dure-mère; ils ne contenaient que du sang liquide, et leur membrane interne paraissait parfaitement lisse.

La jugulaire interne du côté droit était occupée à son embouchure par un caillot rougeâtre et mou, non adhérent à ses parois. La surface interne était fortement colorée, et la paroi paraissait légèrement épaissie. La membrane interne se détachait assez facilement. Le caillot ne descendait pas à plus de 3 centimètres du golfe de la jugulaire.

On pratiqua la coupe du pharynx, puis une autre antéro-postérieure, qui divisa toute la face. Cette coupe nous permit immédiatement de reconnaître la source de la phlébite. A la partie antérieure de la fosse nasale droite se trouvait une large ulcération de la pituitaire, ayant à peu près l'étendue d'une pièce de 1 franc. Une autre ulcération exactement semblable occupait le côté correspondant de la cloison. Cette ulcération, couverte de bourgeons charnus, avait une teinte jaunâtre uniforme; ses bords n'étaient pas creusés, taillés à pic; elle était de niveau avec la muqueuse environnante, sur laquelle elle faisait à peine une légère saillie mamelonnée. La surface d'un vésicatoire suppurant franchement en donnerait une bonne idée. Cette double ulcération était parfaitement limitée. Nous n'avons trouvé aucune lésion semblable sur la muqueuse des cornets, qui paraissait légèrement injectée. Partant alors de cette ulcération, source manifeste de la phlébite, nous suivîmes le pus jusqu'au sinus caverneux à travers l'orbite, dont le tissu cellulaire était fortement infiltré. La veine ophthalmique était remplie de pus. Une section perpendiculaire de son calibre permettait à ce liquide de s'écouler sous l'influence d'une légère pression. Le rameau principal de la veine frontale était le siége d'une phlébite intense caractérisée par l'épaississement et l'adhérence des parois au tissu cellulaire ambiant, et la présence d'un cylindre purulent. Les rameaux voisins étaient également enflammés, et contenaient soit du pus, soit un mélange lie de vin de pus et de sang.

---

de nos voisins. Les précautions les plus minutieuses furent prises avant de procéder à l'opération : les malades furent placées à la campagne, ou dans des maisons de santé aux environs de Paris, ou à Paris dans des chambres isolées, bien aérées, réunissant toutes les conditions imaginables de salubrité. Eh bien ! malgré tous ces soins, l'échec de nos chirurgiens a été lugubre : ces belles guérisons observées à Londres, ils n'ont pu les obtenir ici. Nous ne savons d'une manière très-précise combien de femmes ont subi l'ovariotomie; mais le nombre en est assez grand pour que l'épreuve soit décisive. Une mort plus ou moins prompte a été le terme de la plupart de ces tentatives, si habilement conduites d'ailleurs : à peine si quelques rares d'entre elles ont abouti à un résultat favorable; et encore les faits de guérison ne nous présentent-ils pas l'émouvant tableau auquel assistent les opérateurs d'outre-Manche, celui de manœuvres effroyables, compliquées, entremêlées d'accidents terribles, que la guérison suit cependant au milieu du calme et avec une facilité surprenante. Aussi nos chirurgiens découragés reprennent-ils pour la plupart leur première timidité, et nous en connaissons qui, d'abord ardents à l'œuvre, ne veulent plus aujourd'hui la recommencer.

Que penser en face de pareils faits, et quelle conclusion en tirer, sinon que la race anglo-saxonne possède à un plus haut degré que la nôtre la faculté de supporter, sans y succomber, les grands traumatismes ! Il y a d'elle à nous une distance comparable à celle qui va de la race nègre à elle. Si les femmes anglo-saxonnes guérissent souvent de l'ovariotomie, un grand nombre y succombe aussi : en rabattant toutes les enflures de certaines statistiques, on arrive à une proportion d'un peu plus de moitié de guérisons sur le nombre total des opérées; l'autre moitié périt. Or, en Amérique, l'ovariotomie pratiquée sur les négresses semble inoffensive, tant la guérison est la règle et la mort l'exception; aussi retranche-t-on ces faits des statistiques où l'on fait entrer les opérations pratiquées sur la race blanche. Tout cela montre que l'influence des races est souvent décisive : la médecine et la chirurgie doivent se plier

L'examen des viscères thoraciques nous révéla les principales lésions de l'infection purulente. Les deux poumons, surtout le droit, étaient adhérents au moyen de fausses membranes jaunâtres, molles, peu résistantes. Un verre environ de pus liquide occupait la plèvre droite. La quantité de pus était moindre à gauche, et les fausses membranes moins épaisses. Les deux poumons crépitaient bien dans les deux tiers supérieurs. La base du poumon droit était fortement congestionnée. En incisant ces organes, on trouva, principalement au sommet et sur les bords, des noyaux présentant tous les caractères des noyaux métastatiques; ils étaient généralement petits, le plus gros ayant tout au plus le volume d'une forte noisette; ils se composaient d'une masse noirâtre, dure, se fondant peu après avec le parenchyme voisin, induré et congestionné à leur voisinage; quelques-uns se composaient uniquement de ces masses brunes; dans d'autres, on voyait au centre une certaine quantité de matière jaunâtre semi-liquide ayant toutes les apparences du pus. Les deux poumons, surtout le droit, étaient farcis de ces noyaux; il n'y avait pas de tubercules aux sommets. En certains points, surtout vers la face interne des lobes pulmonaires, on observait quelques rares granulations jaunâtres largement espacées, isolées, s'écrasant facilement, et ressemblant beaucoup à des granulations tuberculeuses sous-pleurales.

Le cœur contenait deux petits caillots mous et rouges qui se prolongeaient un peu dans les gros vaisseaux; ceux-ci n'offraient rien de particulier.

Le foie était parfaitement sain, ainsi que les reins et la rate.

Ce fait nous a paru digne d'être étudié à plusieurs points de vue. Il offre d'abord ce genre d'intérêt qui s'attache aux cas rares. Les recherches auxquelles nous nous sommes livrés ne nous ont fait rencontrer que fort peu d'observations analogues. Nous verrons plus loin qu'il se prête à des rapprochements intéressants avec d'autres cas que nous aurons à étudier.

Il est hors de doute qu'il s'agissait là d'une phlébite et non d'un véritable érysipèle. L'erreur était cependant bien permise. Cette rougeur diffuse avec gonflement de la peau, œdème des paupières, occlusion des yeux, l'empâtement qui s'étendait vers le cuir chevelu, la douleur vive réveillée par la pression dans les parties malades, le siége même de la maladie, toutes ces circonstances se réunissaient pour donner, au premier abord, l'idée d'un érysipèle. Il fallait un examen très-attentif pour remarquer la disposition particulière de la rougeur le long des veines, le relief des cordons veineux, leur dureté tout à fait insolite. Cet état des veines avait surtout frappé M. le docteur Gérier, qui lui avait accordé une attention toute spéciale.

La question peut être encore présentée sous un autre point de vue. L'existence de la phlébite est incontestable; mais ne peut-elle être considérée comme la conséquence de l'érysipèle? On sait que Ribes regardait cette dernière maladie comme une phlébite capillaire. Il avait trouvé les veinules cutanées remplies de pus. Il admettait également l'inflammation simultanée des lymphatiques mise en avant par Blandin; mais il n'attribuait pas à leur lésion la même importance qu'à celle des veines. Notre observation aurait certainement été pour lui un puissant argument à l'appui de sa doctrine; elle a, du reste, été combattue par M. Rayer, qui dans plusieurs autopsies d'érysipèle n'a jamais pu constater la phlébite admise par Ribes.

Il nous semble difficile, dans le fait que nous étudions, de se rattacher à l'idée d'un érysipèle auquel la phlébite ne serait que consécutive. Les érysipèles les plus graves de la face n'ont jamais, que nous sachions, déterminé des lésions semblables à celles que nous avons mentionnées. Le processus morbide nous paraît ici d'une évidence incontestable. L'ulcération des fosses nasales, siége d'une suppuration abondante, est manifestement le point de départ d'une phlébite qu'on peut suivre à travers les veines frontales et l'ophthalmique jusqu'au sinus caverneux. La disposition anatomique des veines, l'anastomose à plein canal de la veine frontale avec l'ophthalmique au niveau de l'angle interne de l'œil, ne peuvent laisser aucun doute sur la voie suivie par l'inflammation.

Nous croyons d'ailleurs que toute hésitation, à cet égard, tombera devant le rapprochement que nous allons établir entre le cas qui fait le sujet de notre observation et des faits du plus haut intérêt rapportés à l'article *Furoncle* dans le savant Traité de pathologie chirurgicale de M. le docteur Follin.

Un chirurgien danois, M. le docteur Ch. Trude, a publié plusieurs cas de *mort prompte dans les furoncles du visage*.

Les furoncles étaient petits. La mort était due à une phlébite faciale qui avait pris naissance dans le foyer du furoncle, et de là s'était étendue dans les sinus caverneux par la veine ophthalmique. Du pus a été trouvé sur tout le trajet veineux, et la mort a été si prompte, qu'on n'a pas rencontré de pus dans les autres organes. Pendant la vie, on suit la propagation de la phlébite à travers l'orbite : une rougeur œdémateuse avec tension et douleur s'étend du point occupé par le furoncle vers l'orbite; les paupières et la conjonctive sont gonflées; le globe de l'œil est immobile; il y a de l'exophthalmos; la céphalalgie est vive, la respiration anxieuse. Après avoir présenté beaucoup d'agitation, le malade est pris de délire et succombe dans le coma.

Un résumé succinct d'une observation prise dans le travail du médecin danois donne une bonne idée des symptômes de la phlébite faciale.

Cette observation est celle d'un étudiant de vingt-six ans sujet aux hémoptysies. Il avait été, à plusieurs reprises, atteint de furoncles sur diverses parties du corps, et en dernier lieu sur la paupière droite. Dix jours avant l'entrée, un furoncle se montra sur la lèvre supérieure, au-dessous de la cloison nasale. Le furoncle s'ouvrit au bout de quatre jours. A ce moment survinrent des frissons avec douleurs dans la poitrine et chaleur céphalique. Une hémoptysie eut lieu. La tuméfaction se montrait à partir du furoncle jusqu'à l'œil gauche; l'œil était tendu et proéminent, la paupière œdémateuse. Le pouls

---

aux exigences et aux indications particulières qui en ressortent; la même science et le même art ne sauraient convenir à des populations qui vivent, sentent et réagissent si différemment.

Nous pourrions appuyer de plusieurs faits particuliers et frappants la conclusion que nous venons de dégager : nous y renonçons, tant l'expérience à laquelle vient de donner lieu notre imitation de la pratique anglaise parle avec évidence. La vérité, d'ailleurs, commence à se faire jour dans les esprits qui se trouvent conduits à apprécier les résultats de la chirurgie anglaise et à les comparer aux nôtres. Dans un ouvrage distingué, Traité de chirurgie d'armée, que vient de publier M. le docteur Legouest, professeur de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce, cet habile opérateur reconnaît la supériorité de la chirurgie anglaise sur la nôtre pendant la campagne de Crimée, supériorité qui ne doit s'entendre ici que du nombre des succès obtenus. La différence est grande : du côté de nos alliés on perdait 27 à 28 pour 100; et pour les mêmes opérations nous perdions 70 pour 100. L'auteur recherche les raisons de cette douloureuse différence; il en invoque plusieurs, toutes tirées des circonstances du moment, toutes insuffisantes, croyons-nous. M. Legouest semble sentir lui-même cette insuffisance, car, après avoir exposé les raisons suivant lui probables, il ajoute : « Peut-être faut il prendre en considération, pour embrasser tous les éléments de cette question, l'influence que peut exercer sur le succès des opérations la race d'hommes qui les supporte, ses habitudes hygiéniques et son alimentation; c'est une ressource dernière pour expliquer d'une manière générale les résultats de la chirurgie anglaise, dont le bonheur semble quelquefois tenir du prodige. » Cette explication dernière est la vraie, la seule plausible en face de faits qui se renouvellent sans fin, dans la pratique civile comme dans la pratique militaire; et les chirurgiens français trouveront, à l'accepter, la consolation de penser qu'ils ne restent pas au-dessous de leur mission, et que leurs insuccès tiennent à des causes supérieures et dont ils ne peuvent vaincre la puissance.

était à 120. Une éruption ortiée se manifesta sur les membres inférieurs. Le malade mourut dans le coma deux jours après son entrée. On avait trouvé dans les urines de l'albumine et du sucre.

On constata à l'autopsie qu'une branche de la veine faciale antérieure partait du foyer purulent et montait vers l'angle interne de l'œil. Cette branche était remplie de pus, et s'abouchait dans l'ophthalmique, qui était pleine d'un liquide chocolat, et dont les parois étaient épaissies et adhérentes, la membrane interne dépolie. Le sinus caverneux gauche contenait le même liquide et présentait le même aspect. Les mêmes lésions s'étaient étendues au sinus droit par l'intermédiaire du sinus circulaire. Rien dans le cerveau. Les poumons étaient tuberculeux, mais ne présentaient pas d'abcès métastatiques.

Le liquide contenu dans la veine ophthalmique contenait des globules qui présentaient par l'acide acétique tous les caractères des globules pyoïdes.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les analogies que présente ce fait avec celui que nous étudions; il nous suffira de signaler quelques différences. Notre malade n'a pas présenté l'exophthalmos signalé par le médecin danois. Il y avait un double chémosis très-considérable à droite. Peut-être, si la maladie se fût prolongée, se serait-il produit un phlegmon orbitaire qui aurait déterminé l'exophthalmos. Nous avons signalé, en effet, l'injection vive de tout ce tissu, qui formait au fond de l'orbite une masse rougeâtre et manifestement ramollie.

Il est à noter, en outre, que M. Trude n'a pas observé chez ses malades l'infection purulente ou du moins les lésions viscérales qu'elle détermine, et qui étaient si tranchées chez notre sujet. Il a soin de faire remarquer qu'il n'a observé ces accidents graves à la suite de furoncles que dans les cas où la maladie se développait à la face.

Nous n'avons pas pu nous procurer de renseignements satisfaisants sur les antécédents de notre malade, et nous devons rester en doute sur la nature de l'ulcération nasale qui a été le point de départ de tous les accidents, et sur l'époque à laquelle elle s'était produite. Nous présumons que cette ulcération était de nature syphilitique. Nous devons dire cependant que nous avons cherché en vain dans le pharynx et sur la muqueuse laryngienne des traces de syphilis; il n'y avait pas de pléiade inguinale; la verge n'offrait pas de cicatrice apparente; mais la question n'est pas là pour nous. L'ulcération, quelle que soit sa nature, était le siége d'une abondante sécrétion purulente, et c'est le seul fait qu'il nous importe de signaler.

Une hypothèse doit cependant être discutée ici. Le siége de l'ulcération, et jusqu'à un certain point la nature des accidents, pouvaient faire penser qu'il s'agissait d'un cas de morve aiguë. Nous avons rejeté cette idée en nous appuyant sur les faits suivants : notre malade n'avait pas de contact habituel avec les chevaux; il n'avait pas d'engorgements ganglionnaires; l'ulcération était unique; tout le reste de la pituitaire était parfaitement sain; aucune pustule n'existait sur les diverses parties de cette membrane. Dans la morve, les points de la peau envahie par l'érysipèle deviennent souvent le siége d'eschares gangréneuses. L'absence des abcès disséminés dans les diverses régions, la marche même de la maladie, et surtout les lésions des sinus, nous ont confirmé dans l'idée d'une phlébite faciale.

Dans sa thèse sur la morve (1839), M. Vigla rapporte un cas qui présente avec le nôtre beaucoup d'analogie, et dans lequel on pouvait également croire à l'existence de la morve. Il s'agissait d'un homme entré à l'hôpital pour une fluxion consécutive à une carie dentaire. Au bout de quelques jours, le gonflement s'étendit aux paupières et au front; un exophthalmos léger se produisit; un catarrhe nasal intense avec enchifrènement se déclara. Blandin, consulté, diagnostiqua une phlébite de la veine ophthalmique et des veines faciales, et une inflammation violente du sinus maxillaire droit. Le malade mourut dans le délire, et l'on constata l'existence d'un abcès siégeant entre la pituitaire et la cloison à droite. On trouva du pus ou des caillots dans la veine frontale et l'ophthalmique, ainsi que dans les sinus caverneux; la veine méningée moyenne était enflammée; un peu de méningite existait à ce niveau; il y avait de nombreux noyaux métastatiques dans le poumon, et plusieurs foyers purulents dans les reins; la pituitaire était enflammée, mais la rougeur n'avait pas le même caractère que dans la morve; il n'y avait ni pustules, ni granulations. Le malade n'avait pas eu de contact avec les chevaux.

Dans son Traité des maladies des yeux, Mackensie consacre un article à la phlébite palpébrale; il insiste sur l'œdème des paupières et de la conjonctive, le développement des veines du front. Il a trouvé, dans ce cas, les veines frontales et l'ophthalmique remplies de pus. Un caillot fermait la communication de cette dernière veine avec le sinus caverneux. Il insiste sur la facilité d'une erreur de diagnostic.

Nous ne voulons pas donner plus de développement à ces recherches, dont nous signalons l'intérêt (voy. Sylvester, *Medic. chirurg. Transact.*, 1841), mais nous croyons qu'il serait utile, en terminant cette note, d'appeler l'attention des observateurs sur les caractères de la phlébite faciale, qui nous paraît avoir été peu étudiée, et qui probablement a été confondue dans plus d'un cas avec l'érysipèle.

La présence d'un foyer purulent est évidemment nécessaire pour que l'accident se produise. La rougeur est plus limitée que dans l'érysipèle; elle ne présente pas une teinte uniforme, mais se dispose par plaques d'une teinte un peu violacée, rapprochées les unes des autres, et suivant les cordons veineux dont la disposition est surtout remarquable. Les veines sont

---

Au reste, l'aptitude à supporter l'ébranlement des excessifs traumatismes est un trait qui s'harmonise singulièrement avec la physionomie morale de la race anglo-saxonne. Cette race forte, persévérante, immuable dans ses habitudes, résiste avec une remarquable assurance aux troubles que provoquent en elle les événements qui l'impressionnent et les accidents qui l'atteignent. Les malheurs ne l'accablent ni ne la mettent en déroute; confiante en ses forces, elle ne désespère jamais dans la lutte; elle accepte résolûment les sacrifices, et transforme en un acte de volonté propre l'abandon qui lui est imposé. L'individu dans ses races, par nature comme par éducation, est habitué à ne compter que sur lui; il demeure son maître, et ne se laisse pas émouvoir ni entraîner plus loin qu'il ne veut. Après avoir pris part aux excitations publiques les plus violentes, il rentre incontinent dans son calme ordinaire, et les mouvements auxquels il s'est abandonné avec passion tombent à son gré, sans laisser après eux nul retentissement de désordre, nulle exaltation dangereuse. Chez ces natures où les forces organiques et stables sont prédominantes, et qu'une sensibilité exagérée ne tourmente pas, les grandes opérations, les graves accidents traumatiques sont supportés, au physique et au moral, avec une impassibilité qui en favorise la guérison. Cette impassibilité n'est pas seulement apparente et superficielle, mais réelle et radicale : l'organisme lésé résiste aux surexcitations funestes, aux réactions compromettantes; il tend sans trouble à la réparation, et les forces plastiques, non distraites, accomplissent silencieusement leur œuvre salutaire.

Quelle différence avec ce que d'autres races éprouvent, et particulièrement la race française, la plus sensible, la plus excitable de toutes! Chez nous toute émotion physique, tout désordre local retentit bruyamment sur tout l'ensemble organique; les réactions s'allument avec une promptitude singulière, se soutiennent mal, se troublent au moindre choc, se pervertissent sous la moindre influence nuisible. Nos sensations vitales, mises en branle, dépassent incessamment la mesure : nous ne savons les contenir; elles nous dominent, nous

tendues, dures, saillantes; leur contenu donne la sensation d'un cylindre s'aplatissant sous le doigt. La rougeur ne paraît pas avoir de tendance à s'étendre; elle reste, au contraire, limitée au voisinage des veines malades, et les accidents généraux, quand ils se produisent, sont hors de toute proportion avec la gravité apparente de la lésion locale. Ces accidents sont ceux de l'infection purulente : frissons répétés, fièvre vive, délire, coma final. Ils ont été notés par Trude; chez notre malade nous n'avons assisté qu'au dernier épisode de la maladie.

Nous ajouterons qu'il faut se défier des caractères négatifs au premier abord de l'autopsie. Si l'attention n'est pas excitée, on incise transversalement le cuir chevelu; on trouve peu ou point d'injection méningée. La dure-mère qui recouvre la base du crâne ne trahit extérieurement aucune lésion ; il faut inciser la paroi du sinus pour constater la présence du pus. Si l'incision préalable de la veine frontale n'avait, pour ainsi dire, commandé nos recherches, il est probable que nous aurions cru avoir affaire à un simple érysipèle avec légère congestion cérébrale.

Dans tous les cas où des accidents graves surviennent chez des sujets présentant, dans des régions richement vascularisées, un foyer purulent, on ne saurait s'enquérir avec trop de soin de l'état des cordons veineux. Nous nous souvenons d'avoir observé, il y a deux ans, tous les accidents de l'infection purulente survenus de la manière la plus inattendue chez un jeune homme qui avait eu quelques jours auparavant une angine avec abcès du pilier antérieur gauche. L'abcès avait été ouvert la veille; la fièvre était complétement tombée, lorsque survint une vive douleur dans la région correspondante du cou, et bientôt des frissons répétés se manifestèrent. Le lendemain, la partie latérale gauche du cou était le siége d'un empâtement mal circonscrit. Les accidents généraux étaient de plus en plus graves. Une longue incision faite sur la région gonflée et œdémateuse ne donna issue qu'à du sang, les frissons se répétèrent, et le malade mourut le jour suivant.

Une petite veine partant du foyer purulent, grand à peine comme une noisette, avait porté le pus dans le plexus pharyngien, et de là dans les jugulaires, qui toutes deux présentaient les caractères les plus nets de l'inflammation, et étaient remplies de caillots adhérents. Le poumon était farci de noyaux métastatiques. Plusieurs foyers purulents existaient dans le foie.

C'est encore là un de ces faits heureusement rares où la nature de la lésion primitive ne peut, en aucune manière, faire prévoir les accidents graves qui vont se dérouler.

Les faits de ce genre sont, du reste, moins rares peut-être qu'on ne le suppose, et nous n'avions d'autre but que de diriger sur des cas analogues l'attention des observateurs. Il y aurait certes un travail intéressant et nouveau à faire sur la phlébite faciale.

III

CORRESPONDANCE.

Congrès de Rouen.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Je viens faire appel à votre impartialité pour réparer une lacune du compte rendu du Congrès médical de Rouen, par M. le docteur Duménil; votre collaborateur n'a pas mentionné la lecture que j'ai faite sur la *puériculture*.

Permettez-moi de justifier ma réclamation sur la constatation d'un fait que vous pouvez vérifier, en vous reportant au compte rendu donné par l'Union médicale dans son numéro du 6 octobre 1863, où il dit en termes très-bienveillants : « M. Caron (de Paris) donne lecture d'un travail sur la puériculture et la maladie scrofuleuse des enfants, question d'hygiène que ce médecin étudie avec soin. Il y étudie l'origine de la maladie scrofuleuse dans l'enfance, et insiste sur les bonnes conditions de nourriture et sur l'importance des soins dans la première enfance. »

Agréez, etc. Caron.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Physiologie et chirurgie. — *Théories du cal*, par M. *Jobert* (de Lamballe). — Dans cette partie de son travail, l'auteur expose les diverses théories relatives à la formation du cal et à la réunion des os fracturés : 1° la théorie de la réunion des fragments au moyen d'un suc osseux (Ambroise Paré); 2° la théorie de l'organisation et de l'ossification du sang (Antonio Xcide, Macdonale, John Hunter, John Howsph); 3° la théorie de l'épanchement d'un suc organique qui se convertit en cartilage, puis en os (Haller, Dethlcef, Bordenave, Camper, Troja, Callisen, John Bell); 4° la théorie de la formation du cal aux dépens du périoste et de la membrane médullaire (Duhamel, Fougeroux, Dupuytren, Cruveilhier, Flourens).

Chirurgie. — *Cathétérisme de l'intestin grêle, pratiqué avec succès chez une malade dont l'estomac ne pouvait supporter la présence des aliments*, par M. *Blanchet*. — L'auteur rapporte l'observation d'une dame de vingt-quatre ans, dyspeptique depuis

---

entraînent, et nous laissent irrémédiablement épuisés. Notre imagination vibre à l'unisson de notre système nerveux, et en accroît le désordre. Autant nous sommes bouillants et intrépides dans l'action tant que la fortune nous soutient, autant nous tombons dans l'accablement, dans le découragement subit, dès qu'un revers nous frappe, qu'un accident nous arrête. Nous sommes à la fois de ceux qui ne connaissent pas d'obstacles, et de ceux qui s'abandonnent au plus irréfléchi sauve qui peut. La raison, la juste mesure ne nous gouvernent pas : c'est là un trait de notre force et de notre faiblesse. Nous excitant les uns les autres, nous croyons tout pouvoir; isolés par le malheur, frappés comme individus, nous demeurons déconcertés, hésitants. Les perspectives sombres, les craintes, les faiblesses du moment nous trouvent sans résistance à leurs assauts; nous leur cédons lâchement, et nos plaintes immodérées surprennent ceux qui ont entendu nos accents de bravade et admiré notre fougue. Faut-il s'étonner que ces conditions nous disposent mal à supporter les opérations dangereuses, les rudes chocs des grands traumatismes? Les forces réparatrices exigent l'harmonie et le concours de toutes les énergies vitales; elles ne peuvent s'exercer heureusement que si la vie, surmontant tous les ébranlements, demeure comme impassible, et tout entière livrée à son œuvre : une réaction exagérée, une perturbation morale non maîtrisée, compromettent tout et suscitent des troubles organiques qui ajoutent à la gravité du mal, affaiblissent les forces, et en exigent de nouveaux efforts. L'opéré succombe trop souvent à une tâche ainsi entravée. L'habileté de l'opérateur et la salubrité du milieu ne peuvent prévenir des malheurs qui prennent leur raison d'être dans la nature même de l'individu qui les subit (1).

(1) Nous n'examinerons pas ici si ces caractères de notre race sont absolus et primitifs, s'ils se sont montrés de tout temps aussi prononcés qu'aujourd'hui, ou si les générations les ont successivement acquis et lentement incorporés au sang français, par suite des conditions qui pèsent depuis longtemps sur le pays. Pour exprimer toute notre pensée, nous accusons l'une de ces conditions de contribuer à doter nos populations de ce caractère d'impuissance à dominer les excitations extérieures, de faiblesse

deux ans, vomissant aliments et boissons, et chez laquelle le cathétérisme de l'intestin grêle a permis l'introduction de 700 grammes de bouillon additionné de 30 grammes d'élixir de pepsine et d'un verre d'eau rougie. (*Comm.:* MM. Serres, J. Cloquet, Cl. Bernard.)

MÉDECINE. — *De la pellagre dans les asiles d'aliénés*, par M. *H. Landouzy*. — D'une enquête à laquelle M. Landouzy s'est livré, il résulte : 1° que, dans 47 asiles visités avec soin, il n'est pas un seul pensionnaire qui soit devenu pellagreux ; 2° que, sur ces 47 asiles, 27 sont complétement exempts de pellagre, même dans la division des indigents; 3° qu'enfin, d'après des statistiques inattaquables, on ne voit pas, dans les asiles de France et d'Italie, 3 aliénés sur 1000 devenir pellagreux. On peut donc porter les conclusions suivantes :

« La pellagre est rare, en général, dans les asiles d'aliénés. Lorsqu'elle s'y rencontre, elle doit être attribuée, soit à l'antériorité méconnue du mal, soit simplement aux mauvaises conditions alimentaires ou hygiéniques qui produiront, chez des aliénés pauvres, la *pella rosa*, absolument comme elles la produiraient chez de simples indigents non aliénés; soit enfin à d'autres conditions locales, latentes, et sur lesquelles la science n'est pas encore éclairée. Si l'aliénation mentale était la cause de la pellagre, en contribuant par elle-même à la débilitation de l'organisme, comment expliquer cette absence absolue de l'érythème caractéristique dans 27 asiles de France et d'Italie? Ce n'est donc pas l'aliénation qui produit la pellagre dans les asiles, mais les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les aliénés indigents.

» Le remède est à côté du mal. Quand les conseils généraux seront dûment renseignés sur cette grave question d'hygiène publique, la pellagre disparaîtra aussitôt des asiles d'aliénés et des dépôts de mendicité. » (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

HYGIÈNE. — M. *A. Galibert* soumet au jugement de l'Académie un *appareil destiné à permettre une libre et complète respiration aux personnes qui ont à séjourner quelque temps sous l'eau* ou qui doivent pénétrer dans un milieu rempli de gaz délétères ou de fumée.

Un des grands avantages de cet appareil consiste dans la rapidité avec laquelle on peut porter des secours, notamment dans les incendies. En effet, cet appareil est très-portatif : un quart de minute suffit pour s'en armer complétement, et l'on peut s'en servir sans aucune espèce d'auxiliaire.

M. Galibert pense que cet appareil offre encore un autre genre d'utilité, et que la thérapeutique en pourrait tirer parti pour des bains par submersion complète, dont l'action, dans certains cas, pourrait être préférée à celle des bains ordinaires, où toutes les parties du corps ne sont pas soumises à la même pression. (*Commission du prix dit des arts insalubres.*)

Académie de médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 20 OCTOBRE.

Résumé de la discussion sur la rage, par M. H. BOULEY.

M. Bouley constate d'abord avec satisfaction qu'il est entièrement d'accord avec M. Tardieu sur les principales questions, et qu'il n'a qu'à souscrire à la plupart des propositions de son éminent collègue, notamment à celles relatives à l'origine de la rage canine, à l'intérêt qu'il y aurait à savoir quelles sont les races de chiens le plus fécondes en accidents de contagion pour l'homme, à l'existence de la rage et à sa manifestation dans toutes les saisons, à la durée de l'incubation, qui dans les cinq sixièmes des cas, ne dépasse pas le troisième mois, enfin à la nécessité de cautériser profondément et hâtivement.

Mais, en ce qui concerne les recettes des empiriques, M. Bouley ne saurait les proscrire aussi formellement que l'a fait M. Tardieu : « Il est du devoir du médecin, dit-il, de ne pas abandonner son malade, de ne pas le laisser sous le coup de ses terreurs, de soutenir son moral, de le remonter, d'essayer de lui donner la foi dans l'efficacité d'un traitement quelconque, que le médecin y croie ou non. En pareille matière, il faut des actions et non pas seulement des paroles. C'est à ce point de vue surtout que j'approuve, pour ma part, les traitements que MM. Gosselin et Piorry ont respectivement institués et dont ils sont venus chacun vous rendre compte. Mais, en dehors de ces traitements rationnels, il est des pratiques empiriques qu'il ne faut pas trop, ce me semble, répudier; non pas que je croie, pour ma part, à leur efficacité, mais parce qu'elles sont capables d'exercer sur le moral des malades une influence salutaire, en raison de la réputation séculaire dont jouissent un grand nombre d'entre elles.....

» A défaut d'une méthode de traitement vraiment efficace, il n'est pas utile de dissuader les *croyants*, dès que leurs blessures ont été cautérisées, de se rendre là où leur foi les appelle; l'influence morale exercée sur eux par les pratiques auxquelles ils croient ne peut que leur être salutaire.

» M. Tardieu affirme, d'après les documents que lui a fournis l'enquête, qu'un jeune homme de vingt-deux ans, ayant été *mordu* par une vache enragée, sans qu'aucune précaution ait été prise après cette morsure, la rage fit explosion au bout de trente jours et fit périr sa victime en quarante-huit heures. J'ai la plus grande confiance dans la sagacité de M. Tardieu; mais le fait qu'il prend ici sous sa garantie est tellement invraisemblable que j'ai peine à croire qu'il soit vrai.

» Non pas que je conteste l'inoculabilité du virus rabique de la vache, et la possibilité qu'inoculé, il produise ses terribles effets. Ce que je conteste, ce qui me paraît inouï, c'est qu'une *vache ait mordu*. Ces choses-là ne se voient pas même dans l'état rabique. Dans chaque espèce, la rage donne lieu à des mani-

---

Ce n'est donc pas un trait imprévu, mais logique, du tempérament anglo-saxon que sa force de résistance devant les opérations majeures. Si la chirurgie était moins absorbée dans la contemplation des faits anatomiques, dans les lésions locales, dans l'étude du manuel opératoire, toutes choses qui en effet demeurent identiques de peuple à peuple, mais considérait davantage l'être sentant lui-même, l'unité vivante et réagissante sur laquelle elle opère, elle aurait perçu ces différences profondes qui séparent les races humaines, et en aurait déduit que ses règles de conduite doivent se plier à ces différences. Là, la chirurgie peut être, à bon droit, active, hardie, téméraire même ; ici, elle doit demeurer prudente, timide, conservatrice, et il n'y a pas toujours à conclure de ce qui se fait d'un côté, pour décider ce qu'il convient de faire de l'autre.

EM. CHAUFFARD.

en face des influences physiques. Cette condition, c'est le long régime de la conscription, qui sans relâche enlève depuis quatre-vingts ans la partie vigoureuse de la population, pour la moissonner dans des guerres meurtrières, ou la rendre affaiblie et corrompue par les excès de la vie militaire. L'influence de la conscription sur la vigueur de notre race est un effrayant problème à étudier. Il commence à frapper bien des esprits, et il faut s'attendre à le voir s'imposer de plus en plus aux préoccupations sérieuses des économistes. Il faudra décider si nous sommes en état de supporter indéfiniment des levées annuelles de 100 000 hommes sans avoir à redouter l'affaiblissement progressif de la race. Les signes de dégénérescence de l'espèce se font jour de partout dans nos conseils de révision, et cependant le bien-être général augmente d'une manière incontestable. Il y a dans ce contraste des indices alarmants et qui donnent matière à de tristes réflexions. Notre conscription, si propre à faire une bonne armée, ne serait-elle pas, par une douloureuse compensation, destinée à affaiblir la population foncière du pays, et ne deviendrons-nous pas, sous son influence, une nation étiolée, souffreteuse, ardente toujours, mais d'une ardeur qui épuise celui qu'elle anime? La race anglo-saxonne, qui n'a pas de conscription, ne présente pas, que nous sachions, ces signes d'affaiblissement qui marquent visiblement la nôtre.

festations qui procèdent des instincts physiologiques : le chien mord, le chat griffe et mord, le cheval mord et rue, les ruminants frappent de leurs cornes frontales et de leurs pieds, mais ne mordent pas.

» Peut-être le jeune homme dont il s'agit s'est-il inoculé en ouvrant la bouche de l'animal. Il y a des circonstances de ce fait qui demandent à être connues pour que l'on puisse y croire, et j'exprime le désir que M. Tardieu publie sur ce point les détails qui peuvent être arrivés à sa connaissance.

» En terminant sa communication, M. Tardieu a donné son assentiment complet à la mesure que nous vous avons proposée : celle d'instituer une commission spéciale qui aurait pour attribution l'étude de la rage et la divulgation de toutes les connaissances propres à mettre le public en garde contre les dangers de cette maladie. M. Tardieu a compris, comme nous, que là était le salut; et plus j'avance, plus mes convictions sont fortes à cet égard. »

M. Bouley rapporte deux faits récents, qui prouvent que l'initiation du public est la meilleure des prophylaxies. Il s'agit de deux propriétaires de chiens qui, instruits par les débats actuels de l'Académie, ont soupçonné la manifestation de la rage à sa période initiale, et ont pu se mettre ainsi en garde contre l'explosion d'un accès et les dangers d'une inoculation.

« Quant à la séquestration, préconisée par M. Reynal, elle est impossible. Un chien, sous le coup de la rage, s'échappe d'une maison et parcourt plusieurs kilomètres, soit dans les rues d'une ville, soit dans une campagne, distribuant sur son passage des coups de dents aux chiens et aux autres animaux qu'il rencontre; comment savoir, en pareils cas, le nombre des sujets qu'il a mordus? Comment en faire le recensement?

» Tous les chiens mordus ne peuvent donc pas être séquestrés, soit qu'on ignore qu'ils ont été mordus, soit qu'on le dissimule.

» D'ailleurs, les mesures de séquestration ne sont nullement contradictoires à celles que propose la Commission. Elles peuvent marcher de pair. Seulement, je persiste à croire que l'initiation du public à la connaissance des symptômes rabiques sera bien autrement efficace qu'une séquestration qui, par la force des choses, doit être nécessairement imparfaite et incomplète.

» J'arrive, poursuit M. Bouley, à la communication de M. Vernois.

» Quel est le grand reproche que m'a adressé M. Vernois? celui de n'avoir pas fait de différence, dans les statistiques que j'ai données, entre la rage spontanée et la rage communiquée. De là, la plupart de mes chiffres seraient viciés dans leur valeur. Je n'accepte pas ce jugement. Qu'il y ait de l'intérêt, au point de vue scientifique, à savoir dans quelles conditions la rage dite *spontanée* se développe; d'accord. Mais au point de vue pratique, est-ce qu'il en est de même? Je le nie pour ma part. Les deux rages, quel que soit leur point de départ, sont également virulentes. Les expériences de M. Renault témoignent que la rage ne s'atténue pas par des inoculations successives. Elles se caractérisent par les mêmes symptômes. Elles donnent lieu, quand leur inoculation est féconde, à des accidents également terribles et mortels.

» Je crois donc qu'au point de vue où j'ai dû me placer en traitant la question de la rage ici, — le point de vue de sa transmission possible à l'homme, — la distinction entre les deux rages était assez indifférente et pouvait être négligée sans inconvénient. J'ajoute maintenant qu'elle devait l'être forcément par une raison qui me dispensera de beaucoup d'autres : c'est que cette distinction est absolument impossible aujourd'hui et le sera à peu près toujours.

» Aussi M. Boudin avait-il raison de dire, dans son mémoire, que la preuve *scientifique* de la rage spontanée n'existe pas. Il n'y a que des présomptions, de très-fortes probabilités, on n'a pas de certitudes absolues relativement à l'existence de la rage spontanée. Les causes des difficultés des investigations, en pareille matière, sont nombreuses. Il est très-rare qu'un chien soit étroitement surveillé, que jamais il ne se sépare de son maître, et que les aveux ou les témoignages des domestiques ou des gardiens sur ce point ne soient pas entachés d'erreurs. (M. Bouley en cite des exemples.)

» Je sais bien que notre collègue M. Leblanc est venu nous dire qu'*il croyait* que la rage est plus souvent spontanée que communiquée. Mais M. Leblanc a avoué qu'il n'avait pas recueilli d'observation et qu'il ne parlait que de mémoire. Mais en fait d'observations médicales, je confesserai que des faits dont on se souvient à trente ans de distance me paraissent un peu suspects, au moins quant à l'exactitude de leurs détails.

» M. Renault, qui était un si scrupuleux observateur et qui ne se hasardait à conclure qu'à escient tout à fait sûr, M. Renault nous a dit souvent à M. Reynal et à moi qu'après trente ans de recherches, il n'y avait que trois cas de rage spontanée dont il osât se considérer comme certain, et encore les faits n'avaient été que recueillis par lui auprès de personnes qu'il considérait comme tout à fait dignes de foi. Il ne les avait pas produits expérimentalement.

» Que si donc, dans mes calculs, je n'ai pu tenir compte de l'influence de la rage spontanée, comme me le reproche M. Vernois, c'est que je ne le pouvais pas.

» J'ajoute de nouveau que cet oubli forcé n'entache nullement mes calculs, pour les motifs que j'ai fait valoir tout à l'heure. Qu'on tâche à résoudre cette question de la spontanéité de la rage, d'accord; mais cette lacune obligée ne vicie pas les conclusions auxquelles je suis arrivé.

» M. Vernois dit cependant, dans sa communication, que si l'on n'a pas fait préalablement la distinction entre la rage spontanée et la rage communiquée, un esprit sérieux ne saurait attacher d'importance aux relevés statistiques qui établissent le nombre annuel de chiens pris de rage. Je ne saurais souscrire à cette proposition, car la rage est virulente, je le répète, quelle que soit son origine première, et qu'elle soit spontanée ou communiquée, l'homme peut la contracter du chien. La question du nombre des animaux qui peuvent la lui transmettre a donc de l'intérêt, bien que la solution après laquelle M. Vernois aspire n'ait pas été donnée et ne puisse pas l'être, j'en ai la conviction.

» J'ai essayé d'établir, dans mon rapport, avec les chiffres dont je disposais, qu'il n'y avait heureusement aucune proportion entre les chances que court l'homme de contracter la rage et le nombre des accidents rabiques observés annuellement sur l'espèce humaine.

» Sans doute que je ne suis pas arrivé à un résultat mathématique; mais par approximation j'ai annoncé un fait incontestable et consolant, c'est que, malgré la fréquence des dangers auxquels l'homme est exposé par sa cohabitation avec le chien, c'est un fait exceptionnel que la rage contractée par lui. Et en effet, ce que je n'avais établi qu'approximativement, en me servant de documents imparfaits, se trouve confirmé par les résultats de l'enquête administrative, puisqu'il résulte de cette enquête, d'après l'exposé que vous a fait M. Tardieu, que la moyenne des cas de rage n'est que de 24 à 25 pour toute la France, ou autrement dit, 1 cas de rage pour 1 million et demi d'habitants.

» J'arrive au coup de canon de M. Vernois. Un fait ressort de l'enquête que j'ai pu faire avec les documents dont je disposais. C'est que, pour une chienne enragée, il y a trois chiens. Ce fait, qui se trouve d'accord avec les recherches que M. Leblanc a faites de son côté, je l'ai établi sans en tirer aucune conclusion. J'ai dit ensuite qu'il résultait des relevés statistiques que le nombre des hommes victimes de la rage était double de celui des femmes. Mais je n'ai pas conclu de ces chiffres, comme M. Vernois a l'air de me le faire dire, que le sexe mâle était plus propre que l'autre à contracter la rage.....

» M. Vernois a tort, très-grandement tort, quand il dit « qu'il peut affirmer, sans crainte de se tromper gravement,

que toute personne inoculée avec le virus rabique doit avoir la rage. » Les expériences positives le contredisent sur ce point de la manière la plus complète. Ces expériences ont été faites par M. Renault, avec l'attention et le scrupule qu'il savait mettre à tout ce qu'il entreprenait, et elles l'ont conduit à cette conclusion que 33 seulement pour 100 des animaux *inoculés*, — je ne dis pas *mordus*, — contractaient la maladie.

» M. Vernois fait procéder d'une erreur probable d'histoire naturelle l'opinion qui admet que des morsures du loup sont plus virulentes que celles du chien, et plus fécondes en résultats désastreux.

» C'est une pure supposition. Les vétérinaires qui ont admis que les morsures du loup étaient plus dangereuses que celles du chien, ne sont pas partis d'une idée théorique. Ils se sont basés sur les faits observés et recueillis par eux, faits desquels il résulte que quand un loup enragé se jette sur un troupeau, les accidents rabiques consécutifs sont en plus grand nombre qu'à la suite de la morsure du chien, dans les mêmes conditions.....

» Dans la seconde partie de son argumentation, M. Vernois exprime un desideratum, c'est que l'instruction destinée à éclairer le public sur les symptômes de la rage canine contienne un exposé symptomatique des maladies qui ont des caractères de ressemblance avec l'affection rabique et qui ne sont pas elle.

» Sur ce point je ne suis pas de l'avis de M. Vernois. Il faut prendre garde de jeter de la confusion dans l'esprit des personnes étrangères à l'art d'observer, en fixant l'attention sur trop de points à la fois. C'est pour cela que je me suis borné, dans mon rapport, à décrire avec le plus d'exactitude et de fidélité possible les symptômes propres à la rage canine.

» Suivant M. Vernois, il ne serait pas rigoureusement exact que la présence du chien exerçât sur l'animal enragé une excitation énergique qui donne lieu, le plus souvent, à la manifestation d'un accès. Malgré cette dénégation, je maintiens que ce que j'ai dit est absolument vrai. Sans doute, il y a des exceptions à cette règle, et il ne faudrait pas conclure qu'un chien suspect n'est pas enragé, de ce qu'il resterait insensible à la vue d'un animal de son espèce; mais lorsque, dans ces conditions, le fait inverse se produit, et je maintiens que c'est la règle, l'irritation que ressent l'animal suspect, sa tendance à se jeter sur celui qu'on lui présente, sont des signes d'une grande valeur diagnostique. Je maintiens que le chien enragé errant se jettera toujours de préférence sur un animal de son espèce plutôt que sur un homme, sur un cheval ou sur un mouton. Je maintiens que c'est une loi générale que le chien excite par sa présence l'animal enragé et le met en rage, à quelque espèce qu'il appartienne, l'homme excepté, car j'ignore si, pour lui, cette épreuve a été faite. Je pourrais accumuler les preuves à l'appui de ce que j'avance.....

» J'ai affirmé qu'un chien enragé mordait rarement son maître dans la première période de la maladie; qu'au contraire, il se montrait pour lui beaucoup plus affectueux que d'habitude. M. Vernois dit qu'il ne peut partager une opinion aussi optimiste, parce qu'il résulte des observations qu'il a dépouillées dans les archives du Conseil de salubrité de la Seine, qu'un très-grand nombre de fois la rage avait été communiquée, à l'intérieur des maisons, par des chiens à leurs maîtres et à leurs commensaux. Ceci ne contredit pas ce que j'ai avancé. Je maintiens qu'à la première période de la rage, le chien n'a aucune tendance à mordre son maître, qu'il le respecte au contraire, l'aime davantage, et n'est dangereux pour lui que par ses lèchements. Que, plus tard, la maladie le domine jusqu'à lui faire porter la dent sur son maître, cela peut arriver et arrive certainement. Mais je dois faire observer que même, dans ce cas, la plupart du temps, l'agression du malade n'est pas spontanée; il mord quand son maître veut lui faire prendre de force des breuvages, quand il l'excite par ses commandements, auxquels il ne sait plus obéir, quand il le châtie, etc.

» M. Vernois admet l'existence d'une maladie ayant la forme de la rage, et qui, lui ressemblant à tel point qu'il n'y aurait pas de distinctions possibles entre elles, dans l'expression symptomatique, pourrait être transmise à l'homme et au chien lui-même par la morsure d'un chien qui ne serait pas enragé, qui ne serait que furieux au moment où il infligerait la morsure....

» De pareils faits ne peuvent être acceptés d'emblée, sans contrôle, sans examen, sans discussion; et avant de jeter dans le public cette effroyable assertion que la morsure d'un chien qui n'est que furieux, peut être une porte ouverte à la rage, je veux que l'on attende de nouveaux faits, et des faits en assez grand nombre et assez bien circonstanciés, pour que le doute ne soit plus possible, et que tous les sectateurs de saint Thomas soient obligés de se rendre. Quant à moi, je déclare, jusqu'à nouvel ordre, que je ne crois pas. Il y a tant de circonstances qui peuvent obscurcir une question de cette nature! Le garçon boucher dont a parlé M. Tardieu n'est venu mourir que neuf mois après la morsure *non rabique* qui aurait été la cause de l'affection rabiforme à laquelle il a succombé. Neuf mois, c'est déjà une période d'incubation exceptionnelle par sa longueur! Qui peut dire, maintenant, que ce garçon qui, par son état, était continuellement en rapport avec les chiens, n'a pas subi, sans qu'on l'ait su, dans ce long délai, une autre morsure, celle-ci véritablement virulente, à laquelle la maladie qui l'a tué devrait être véritablement attribuée? Cette supposition est parfaitement légitime. »

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Un travail de M. le docteur *Sonnié* (d'Auxerre) sur l'épidémie cholérique de 1849. (*Comm.:* M. Briquet.) — *b.* Une lettre de M. le ministre des affaires étrangères, contenant des informations parvenues à son département sur l'emploi du brome qui aurait été fait avec succès dans les hôpitaux militaires de Philadelphie pour combattre la gangrène provenant de blessures. (*Comm.:* MM. Michel Lévy, Poggiale, Gosselin.)

2° M. le ministre de l'instruction publique adresse un exemplaire imprimé du second rapport de M. le docteur *Pietra Santa* sur les résultats de la mission scientifique dont il avait été chargé, en 1861 et 1862, par M. le ministre d'État.

3° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Rennes* (de Bergerac), membre correspondant, sur les appareils à pulvérisation des eaux médicamenteuses et leur emploi contre les maladies du larynx. — *b.* Une lettre et un mémoire de M. le docteur prince *Zagiell*, médecin polonais à Naples, sur le traitement de la rage. (*Commission de la rage.*) — *c.* Une lettre de M. *Legoyt*, chef de la division de la statistique générale de la France, accompagnant l'envoi du XI^e volume de la *nouvelle série de la collection de la statistique générale de France.*

M. *Mélier* fait hommage d'un volume renfermant son rapport SUR L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE DE SAINT-NAZAIRE et le résumé de la discussion qui a eu lieu sur ce sujet à l'Académie.

M. *Béclard* présente, au nom de M. *Wiberger*, une brochure SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES LUXATIONS COXO-FÉMORALES, brochure enrichie d'un grand nombre d'épreuves photographiées, et un volume SUR DES EXPÉRIENCES PRATIQUES EXÉCUTÉES DANS LE DOMAINE DE L'ORTHOPÉDIE.

M. *Larrey* offre en hommage, au nom de M. *Boudin*, un opuscule SUR LES CROISEMENTS DANS LES FAMILLES, LES RACES ET LES ESPÈCES; — et, au nom de M. *Follin*, une brochure SUR L'EMPLOI DE L'OPHTHALMOSCOPE DANS LE DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'ŒIL.

Discussion sur la rage.

M. *Bouley* donne lecture de la deuxième partie et de la fin du résumé de la discussion et de sa réplique générale (1).

(1) Nous ne saurions trop regretter l'habitude qu'a prise l'honorable académicien de ne pas déposer au bureau le manuscrit de ses discours. Voulant clore ici, comme

M. *Jolly* lit un travail SUR LA PATHOGÉNIE, LA PROPHYLAXIE ET LE TRAITEMENT CURATIF DE LA RAGE.

M. *Piorry* adresse une courte réponse aux observations contenues dans le travail de M. Bouley. M. Piorry soutient que la théorie de la *névropallie* n'est pas une vaine hypothèse : elle repose sur des observations cliniques constantes et mûrement étudiées.

Présentation.

M. le docteur *Moura-Bourouillou* présente un malade qu'il a opéré récemment d'un polype du larynx à l'aide du laryngoscope et d'un serre-nœud recourbé.

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en *comité secret* pour entendre la lecture d'un rapport de prix.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCES DES 25 AOUT, 9 et 23 SEPTEMBRE, ET 14 OCTOBRE 1863. PRÉSIDENCE DE MM. LÉGER ET H. ROGER.

MALADIES DU DÉPARTEMENT DU NORD. — ŒDÈME DUR. — MALADIES RÉGNANTES DE JUILLET, AOUT ET SEPTEMBRE. — KYSTE DU FOIE OUVERT DANS LA PLÈVRE.

M. *Bucquoy* fait un rapport verbal sur les derniers numéros du BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD. Il y signale surtout : 1° une observation de péricardite funeste, consécutive à la chorée ; 2° un cas d'abcès du cou ouvert dans la trachée ; 3° de nouvelles observations de paralysie générale avec une lésion spéciale de l'encéphale, consistant dans l'existence de granulations en chair de poule sur la surface du quatrième ventricule et des ventricules latéraux ; 4° un cas nouveau de ces entérites couenneuses déjà signalées par M. Potain (et par M. Gueneau de Mussy), chez des femmes atteintes de cancer utérin ou de phlegmon circum-utérin ; 5° enfin un cas d'endocardite, avec énormes caillots fibrineux, et simultanément dégénérescence atrophique des parois de l'organe.

— M. *Isambert* lit une observation d'œdème dur, recueilli sur un enfant de treize mois. Malgré l'âge du sujet, l'auteur croit pouvoir assimiler cette maladie au sclérème des nouveau-nés, en se basant sur la similitude des symptômes et des circonstances étiologiques. Il insiste sur les bons effets du traitement par le massage préconisé par feu Legroux.

— M. *Lallier* donne, dans la séance du 25 août, quelques renseignements oraux sur les *maladies régnantes* du mois de juillet, lesquelles ont été principalement des pneumonies, des embarras gastriques fébriles, et surtout des fièvres typhoïdes, qui ont pris, par leur fréquence, le caractère d'une véritable épidémie, dont la gravité a été d'ailleurs exagérée. Les chiffres qu'il a recueillis jusqu'à présent doivent être considérés comme provisoires, et ne donneraient qu'une idée fausse de la proportion des décès et des guérisons. En effet, le nombre des sujets atteints d'une manière grave, et ayant succombé les premiers jours, donnerait une mortalité beaucoup trop élevée, si l'on oubliait de lui opposer le nombre des sujets entrés à la même époque, mais chez lesquels la maladie a eu une longue durée, et qui sont encore en convalescence. Ce n'est qu'à la fin de l'épidémie qu'il sera possible d'en apprécier exactement la gravité.

Dans la séance du 9 septembre, M. Lailler lit un rapport plus détaillé sur la même question. Rappelant les observations précédentes sur la nécessité d'attendre pour apprécier la proportion des décès et des guérisons dans les épidémies, il ajoute que les faits sont venus justifier ses prévisions, et qu'à mesure que, par la sortie des convalescents, on a eu le chiffre définitif des guérisons, la proportion s'est abaissée considérablement : au mois de juillet, la mortalité semblait atteindre le chiffre effrayant de 35 pour 100 ; pour le mois d'août, elle est tombée à 16 pour 100, et elle tombera plus bas encore en septembre.

Ainsi, l'épidémie, qui avait débuté d'une façon brusque et menaçante, est entrée dans une période de déclin depuis le milieu du mois d'août. Il y a eu, dans la seconde quinzaine, cent entrées de moins que dans la première.

Quant au caractère de la maladie, elle a présenté généralement la forme commune sans prédominance marquée d'accidents graves qui aient pu lui donner une physionomie particulière. Les cas graves et promptement mortels l'ont été surtout par des phénomènes ataxo-adynamiques ou des complications thoraciques. On a vu plusieurs cas d'hémorrhagies intestinales; M. Archambault cite 2 cas de diphthérite secondaire à la suite de la fièvre typhoïde ; cette complication grave s'est d'ailleurs montrée aussi à la suite d'une variole et d'un érysipèle phlyeténoïde. M. Boucher de la Ville-Jossy a signalé un cas de récidive de fièvre typhoïde qui a emporté le malade. M. Boucher et M. Bucquoy ont noté la terminaison par tuberculisation pulmonaire.

A la fin d'août, la maladie présente ce caractère général : affections typhoïdes nombreuses, de gravité médiocre, de très-longue durée, sans prédominance d'anciens symptômes, mais avec persistance des phénomènes thoraciques et très-peu de symptômes cérébraux. Quelques-unes au contraire sont très-graves, presque sidérantes, à forme hémorrhagique pour la plupart.

Comme circonstance étiologique, M. Fournier a noté ce fait que sur vingt-six malades, aucun n'habitait Paris depuis plus de six ans. La commission n'a rien recueilli de particulier sur le traitement.

En dehors de la fièvre typhoïde, MM. Bouvier, Bucquoy et Fournier ont signalé des synoques ou embarras gastriques fébriles, présentant au début une apparence de gravité qui faisait craindre l'apparition de la maladie régnante. La suite montrait heureusement que cette crainte était sans fondement.

Le mois d'août a présenté aussi un assez grand nombre de rhumatismes articulaires, dont trois ont été suivis de mort, quelques cas de choléra sporadique, des pneumonies en général graves, ainsi que des érysipèles.

Le mois de septembre, dit M. Lailler dans son compte rendu du 14 octobre, a montré la fièvre typhoïde en décroissance notable dans tous les hôpitaux, sauf dans le service de M. Bucquoy, à Lariboisière, où il y a eu une recrudescence de cas assez bénins dans la forme, mais d'une longue durée, et sujets à récidives.

A l'Hôtel-Dieu, MM. Archambault et Horteloup ont signalé des diphthérites secondaires et des stomatites chez les convalescents.

Le bilan général de l'épidémie typhoïde ne peut pas encore être établi avec une précision complète, mais les chiffres obtenus dès à présent réduiraient la mortalité totale à 16 p. 100.

Le caractère typhoïde a été noté d'ailleurs dans d'autres maladies que la fièvre typhoïde, par exemple dans des pneumonies observées par MM. Hérard et Potain.

Enfin, le mois de septembre a vu prédominer les rhumatismes articulaires avec complications d'endopéricardites et de pleurésies. Tous les cas ont été tenaces et sujets aux récidives. Le sulfate de quinine s'est montré peu efficace. Dans un certain nombre de cas compliqués d'état bilieux, les évacuants ont produit de bons effets.

— M. *Hérard* critique le chiffre de 35 pour 100, admis pour la mortalité de l'épidémie au début ; il y aurait là une gravité

elle est close à l'Académie, la discussion sur la rage, nous ne pouvons attendre que cette seconde partie du résumé de M. Bouley ait paru ailleurs pour en donner l'analyse. Nos lecteurs en seront donc privés ; mais ils trouveront plus haut (p. 714) une appréciation générale du débat, où il a été tenu compte de la réponse entière de M. Bouley. (*Note de la rédaction.*)

beaucoup plus grande que ce qu'il a observé avec ses collègues à Lariboisière.

M. *Lailler* répond que ce chiffre résulte des relevés faits de huit jours en huit jours par l'administration. Mais il rappelle l'observation préalable qu'il a faite sur la mortalité apparente des premiers temps, comparée à la proportion réelle obtenue plus tard.

M. *Bourdon* déclare qu'au début il a perdu un malade sur trois, et M. Cazalis, un sur quatre, à la maison de santé. M. Trousseau trouvait également au début une mortalité effrayante.

M. *Lailler* croit que, faute de recherches statistiques, on ne se rend pas bien compte de ce qu'est la mortalité dans les maladies. Voici, par exemple, pour le mois de septembre, le chiffre de la mortalité de différentes maladies :

Fièvre typhoïde.	12 p. 100
Pneumonie	10
Variole	8
Tubercules pulmonaires..	50
Érysipèles	9

MM. *Empis*, *H. Roger* et *Axenfeld* font, au sujet de ces chiffres, quelques observations sur la difficulté de tirer des chiffres administratifs des renseignements utiles, notamment pour les phthisiques, qui, par leurs sorties et leurs rentrées continuelles, donnent des nombres dont il est impossible de tirer des conséquences scientifiques. Il faudrait contrôler le nom des malades et voir combien de fois il figure sur ces relevés. Peut-être M. Lailler ferait-il mieux de se borner aux renseignements recueillis près de ses collègues.

M. *Lailler* met toujours en première ligne les renseignements de ses collègues, mais il pense que les chiffres administratifs peuvent donner quelquefois un contrôle utile.

M. *Guérard* insiste sur l'utilité que présenterait une bonne statistique, et invite ses collègues à aider M. Lailler dans le travail qu'il accomplit avec tant de zèle.

M. *Hérard*, en s'associant à cet hommage rendu à M. Lailler, pense qu'il n'y aurait pas lieu, pour la Société, de chercher à établir une statistique générale, mais qu'il faudrait se borner au but restreint pour lequel avait été nommée la commission : rechercher les maladies régnantes, et ne s'occuper que de celles qui présenteraient réellement un caractère prédominant, on aurait ainsi des matériaux précieux dont une récente discussion a montré l'utilité.

— M. *Colin* présente le larynx d'un sujet atteint de laryngite nécrosique aiguë, dont il donnera l'observation.

— M. *Delasiaure* signale un cas de troubles nerveux graves, avec accidents épileptiques et hallucinations, survenus concurremment au développement d'une tumeur de l'orbite. Il se demande si l'ablation de cette tumeur ne ferait pas cesser tout cet appareil symptomatique.

— M. *Peter* présente les pièces anatomiques provenant d'une femme de vingt-sept ans qui a succombé, dans le service de M. le professeur Trousseau, à une pleurésie suraiguë consécutive à une perforation du diaphragme par la rupture d'un kyste hydatique suppuré. La malade avait eu il y a trois ans une première attaque de coliques hépatiques avec ictère ; elle eut, il y a trois semaines, une nouvelle attaque de coliques qui dura deux jours, et fut caractérisée par des douleurs vives à l'épigastre et à l'hypochondre droit. Puis les douleurs devinrent continues avec exacerbations périodiques se manifestant le soir.

Le lendemain de son entrée, il y avait une fièvre ardente avec douleurs très-vives de l'hypochondre droit; en même temps une épistaxis peu abondante se produisait.

Trois jours plus tard, une douleur atroce se fit sentir à droite, à la base de la poitrine, et s'irradia bientôt dans tout le côté droit du thorax jusqu'à l'épaule correspondante. On diagnostiqua une pleurésie diaphragmatique. L'auscultation pratiquée chaque jour donnait des résultats négatifs. Ce ne fut que le troisième jour après le début des accidents suraigus que l'on put constater les signes d'un épanchement pleural. Au bout de quatre jours, l'épanchement avait envahi tout le côté droit de la poitrine, et l'on fit la thoracentèse. Celle-ci ne donna issue qu'à une petite quantité de pus très-fétide, à odeur stercorale, et au milieu duquel se voyaient des débris d'hydatides. La malade succomba le lendemain.

A l'autopsie, on trouva une hypertrophie considérable du lobe gauche du foie, et, dans le lobe droit de cet organe, un kyste capable de loger le poing d'un adulte, et dont les parois étaient revêtues d'une couche épaisse de substance calcaire. La cavité contenait du pus, au milieu duquel nageaient des débris d'hydatides.

Le kyste était perforé en trois points : l'une de ces perforations s'ouvrait au-dessous du diaphragme, et le foyer purulent était circonscrit par des fausses membranes ; une seconde perforation débouchait dans le canal cholédoque, qui était dilaté, et contenait trois petites hydatides ratatinées et oblitérant le canal; enfin la troisième perforation débouchait à travers le diaphragme dans la cavité pleurale droite. Celle-ci contenait un vaste épanchement purulent, où flottaient quelques hydatides. Des fausses membranes épaisses et de formation récente tapissaient la plèvre.

Indépendamment de ces lésions, il y avait quatre petits abcès dans le lobe gauche du foie.

M. Peter fait remarquer qu'il y a eu dans ce cas des coliques hépatiques dues au passage à travers les voies biliaires d'un certain nombre de corps étrangers, qui n'étaient pas des calculs, mais des hydatides; que la communication du kyste hydatique avec les voies de la bile a permis à celle-ci d'enflammer le kyste et de tuer les hydatides ; — que c'est l'inflammation suppurative du kyste qui a déterminé la succession d'accidents, dont la perforation du diaphragme et la pleurésie suraiguë ont été la conséquence dernière ; — qu'enfin la communication indirecte du kyste avec l'intestin grêle a donné au liquide contenu dans ce kyste l'odeur stercorale qui avait frappé M. Trousseau, au moment de la paracentèse de la poitrine, et qui lui fit dire que, dorénavant, une pareille odeur perçue en semblable circonstance devrait être considérée comme pathognomonique d'un kyste du foie ouvert simultanément dans l'intestin grêle et dans la plèvre.

— M. *Hérard* lit un compte rendu de l'ouvrage de M. Woillez intitulé : Dictionnaire de diagnostic médical. Cet ouvrage a été analysé dans la Gazette hebdomadaire (1862, n° 52, p. 830).

— Indépendamment des communications diverses que nous venons de mentionner, les séances de la Société ont été en grande partie occupées par une importante discussion entre M. Woillez et M. Chauffard, sur les constitutions médicales, discussion que nous n'avons pas voulu scinder, et qui fera l'objet de notre prochain compte rendu.

D[r] E. Isambert.

V

REVUE DES JOURNAUX.

De l'inflammation de la vessie et des artères ombilicales chez les enfants nouveau-nés; par le docteur F. Howitz, médecin de la Maternité de Copenhague.

Du 1[er] janvier 1861 au 1[er] juillet 1862, M. Howitz a observé

onze cas de phlébite ombilicale et treize cas d'inflammation des artères ombilicales. Les principaux détails de ces faits peuvent se résumer ainsi :

Le premier groupe comprend six garçons et cinq filles. Au moment de la naissance, ces enfants présentaient généralement toutes les apparences de la santé. La chute du cordon s'opérait dans le délai habituel, puis quelques jours se passaient sans que des accidents inquiétants se fussent montrés. La plaie ombilicale suppurait, le plus souvent, dans une étendue plus grande que dans l'état normal, ses bords saignaient facilement, et la peau environnante présentait une rougeur érythémateuse et s'excoriait facilement. Deux fois seulement l'orifice ombilical fournissait un écoulement purulent d'une abondance insolite, gris jaunâtre; en exerçant une pression le long de la veine on la sentait sous forme d'un cordon dur se dessinant derrière les parois abdominales, et l'on augmentait en même temps l'abondance de l'écoulement.

Chez la plupart des enfants, l'apparition d'une stomatite signala l'invasion des accidents. La muqueuse buccale se recouvrait d'un enduit blanchâtre, et son endolorissement rendait l'action de teter difficile. A ces symptômes s'associaient parfois des accidents gastriques, dénotant un état morbide de la muqueuse digestive : anorexie, vomissements, selles verdâtres, muqueuses, coliques, etc.

Un traitement approprié triomphait parfois de ces symptômes au bout de quelques jours, mais les enfants continuaient à offrir un aspect souffreteux ; ils maigrissaient à vue d'œil, leur teint s'altérait, revêtait une nuance gris jaunâtre. Puis les symptômes buccaux et intestinaux reparaissaient seuls ou accompagnés d'autres accidents plus saillants.

Tels étaient la péritonite, les collections purulentes dans les cavités articulaires ou dans les tissus ambiants, des phlegmons superficiels ou profonds aux extrémités. D'autres fois, sans que rien de semblable se fût produit, les enfants succombèrent, après avoir offert généralement des accès fébriles, et, comme phénomènes ultimes, des crises convulsives plus ou moins répétées.

La péritonite concomitante qui fut constatée dans cinq autopsies resta parfois latente; l'abdomen n'était ni distendu ni douloureux; la matité déclive, la constipation, les vomissements faisaient défaut. Les excrétions se faisaient à peu près normalement. Les enfants imprimaient des mouvements énergiques à leurs extrémités, et, à travers les parois abdominales relâchées, on distinguait nettement la veine ombilicale enflammée, distendue. La péritonite survenait avec le même caractère insidieux que dans les fièvres puerpérales les plus malignes, et l'autopsie seule venait la révéler dans quelques cas.

Chez d'autres sujets, elle se manifestait, par contre, par les symptômes classiques bien accentués, et était suivie de mort au bout d'un à trois jours.

En même temps que les accidents péritonéaux, ou indépendamment d'eux, des collections articulaires ou périarticulaires, des phlegmons du tissu cellulaire éveillèrent quatre fois l'attention des parents. Ces accidents apparaissaient tantôt au niveau des articulations des doigts ou des orteils, tantôt dans les jointures plus considérables, cou-de-pied, genou, carpe, coude, épaule, hanche.

Dans ces cas encore l'affection ne revêtait pas toujours avec une égale franchise le caractère inflammatoire. Quelquefois on n'apercevait qu'une légère coloration rouge de la peau, ou bien un panaris. Lorsque les gaînes tendineuses étaient affectées en même temps, les fonctions des extrémités se trouvaient entravées; les doigts restaient à demi fléchis, et les mouvements des articulations se trouvaient gênées et douloureuses.

Dans un cas, une collection purulente s'était formée dans les deux articulations temporo-maxillaires ; de là une apparence symptomatique fort analogue au trismus.

Chez d'autres sujets, comme dans certains cas de fièvre puerpérale, le pus s'accumulait dans le genou, par exemple, au bout de quelques heures, de manière à en distendre la synoviale outre mesure, et cela en l'absence des signes classiques de l'inflammation, sans douleur spontanée, sans douleur à la pression, avec une intégrité complète de la peau. Puis, en quelques heures encore, l'épanchement purulent disparaissait, et il s'en produisait d'analogues dans d'autres cavités séreuses fort distantes.

Il n'en était pas autrement pour les phlegmons et les abcès du tissu cellulaire qui apparaissaient avec une grande rapidité dans les points les plus divers. Tantôt la peau était rouge, tendue, douloureuse, tantôt la poche purulente était sous-jacente à la peau, à peu près intacte.

La durée de l'affection varia considérablement : entre six et vingt-cinq jours; moyenne, quinze jours. La mort ne survint jamais plus de huit jours après l'apparition des accidents pyohémiques, tels que les affections articulaires et les phlegmasies du tissu cellulaire.

A l'ouverture des cadavres, on trouva généralement les principales lésions suivantes : la pie-mère était parfois le siége d'une infiltration séreuse ; l'artère pulmonaire renfermait plusieurs fois des caillots dans une grande étendue. Pas d'autres lésions dans la cavité thoracique. Chez cinq sujets on trouva les lésions de la péritonite : épanchement abondant, jaune rougeâtre, mêlé d'une grande quantité de fausses membranes fibrineuses, molles; celles-ci étaient également disposées en couches épaisses à la surface du foie, de la rate, de l'intestin.

La veine ombilicale apparaissait sous forme d'un cordon volumineux, ses parois, épaisses de près de deux lignes, étaient indurées, et sa cavité renfermait, dans une étendue plus ou moins considérable, du pus jaune, épais. La tunique interne n'était normale que dans un seul cas : la veine ne renfermait pas de pus, mais ses parois étaient considérablement épaissies et il y avait en outre de la péritonite.

Le plus souvent, la phlébite s'étendait depuis l'ombilic jusqu'au canal veineux, et dans les deux ou trois premières ramifications de la veine porte où elle s'arrêtait brusquement. La veine cave était intacte.

La couleur du foie était plus jaune qu'à l'état normal, mais on ne trouvait pas d'abcès dans ce viscère. Dans un cas, un épanchement sanguin existait sous son enveloppe séreuse ; dans deux cas, les artères ombilicales étaient également enflammées. La rate était généralement volumineuse et diffluente.

Parmi les mères des onze enfants qui succombèrent à la phlébite ombilicale, quatre furent atteintes d'accidents puerpéraux graves, et l'une d'elles succomba.

L'inflammation des artères ombilicales a été observée chez sept garçons et chez six filles. Ces enfants moururent en général plus tardivement que ceux de la précédente série, au bout de six à vingt-neuf jours; moyenne, dix-huit jours.

Leur santé paraissait excellente au moment de la naissance et dans les premiers jours qui la suivirent. La chute du cordon avait lieu à l'époque habituelle. Puis, la suppuration de la plaie ombilicale traînait en longueur. Parfois, les extrémités des vaisseaux faisaient saillie sous forme d'un petit mamelon bourgeonnant et laissaient écouler du pus lorsqu'on les comprimait. L'hypogastre présentait alors une rénitence insolite, mais il n'était pas possible d'y distinguer les cordons artériels.

Vers le commencement de la deuxième semaine, les enfants maigrissaient, leur facies s'altérait, les fonctions digestives se troublaient, les selles étaient liquides, verdâtres; des aphthes apparaissaient sur la muqueuse buccale. Les enfants présentaient un léger mouvement fébrile. Des éruptions cutanées diverses se manifestaient : lichen, strophulus, acné ; des abcès peu volumineux se formaient çà et là ; la peau s'excoriait autour de l'anus, aux lombes, au niveau des malléoles. L'amaigrissement progressif donnait aux enfants cet aspect de vieillard qui est de si mauvais augure. L'ombilic ne cessait, en général, de suppurer. Des convulsions, souvent légères, précédaient de peu la terminaison fatale.

Les complications étaient rares. Deux fois, la veine ombili-

cale était enflammée en même temps que les artères. Chez un sujet, on trouva une méningite avec exsudation abondante dans les mailles de la pie-mère et dans la cavité de l'arachnoïde. La péritonite ne fut observée que quatre fois: chez un de ces enfants, la veine ombilicale était enflammée; chez un autre, une péritonite circonscrite se forma au niveau de l'ombilic. Une anse de l'intestin grêle se souda avec la paroi abdominale, puis la gangrène envahit tous ces tissus et il se forma un anus contre nature.

La coloration ictérique de la peau fut observée plusieurs fois. Un enfant qui mourut le septième jour présenta du trismus et des convulsions tétaniques. Chez la moitié des sujets, les plaques de Peyer étaient le siége de taches bleuâtres, accompagnées d'une tuméfaction circonscrite, notamment dans le voisinage de la valvule iléo-cæcale. La muqueuse du gros intestin était enflammée dans un cas.

L'inflammation avait tantôt envahi les deux artères ombilicales, tantôt l'un seulement de ces vaisseaux. Ils étaient généralement remplis de pus ou de caillots sanguins récents et mous, et ces lésions s'étendaient parfois jusque auprès de l'artère hypogastrique. Ils avaient environ les dimensions d'une plume d'oie et leurs parois étaient fortement épaissies. Chez plusieurs sujets, l'artérite s'arrêtait à une distance de 1 ou 2 centimètres de l'ombilic; chez d'autres, elle commençait à une certaine distance du nombril, était limitée dans une petite étendue; on voyait alors une petite poche purulente au delà de laquelle l'artère était distendue par des caillots sanguins. Le pus était, en somme, séquestré chez un assez grand nombre de sujets. La rate présentait les mêmes altérations que dans les cas de phlébite ombilicale.

La plupart des mères des enfants compris dans cette série ne furent pas atteintes d'accidents puerpéraux. Il n'y eut que trois exceptions, mais dans les trois cas, les accidents furent des plus graves. (*Hospital Titende* et *Journal für Kinderkrankheiten*, 1863; livraisons 5 et 6.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle, par le docteur Aimé Martin, ancien interne de Saint-Lazare. Paris, 1863.

Pour M. Martin, l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle c'est le chancre, toujours le chancre syphilitique, jamais la blennorrhagie ni le chancre. M. Martin se range donc tout d'abord parmi les partisans décidés, convaincus, de la pluralité des maladies vénériennes. Les raisons qu'il invoque en faveur de cette opinion, aujourd'hui si répandue, sont les mêmes qu'ont déjà fait valoir MM. Bassereau, Clerc, Rollet. Du reste, que pouvait-on y ajouter? Soit qu'on étudie ces maladies au point de vue clinique, soit qu'on les étudie au point de vue expérimental, soit même qu'on remonte à leur origine et qu'on les envisage au point de vue historique, on ne trouve entre elles que des différences profondes, réelles, différences qu'une ressemblance apparente a seule pu voiler pendant quelque temps, et qui éclateront de plus en plus, à mesure qu'on les étudiera mieux.

Or, c'est précisément à faire ressortir ces différences que se sont appliqués les auteurs cités plus haut, et M. Rollet, notamment, a établi entre les deux chancres un parallèle qu'il nous paraît difficile de rendre plus complet.

Mais ce chancre, par lequel la syphilis débute toujours, quelle est, pour employer l'expression de M. Martin, sa signification pathologique? Est-ce d'abord un accident local qui se généralise ultérieurement? Ou bien est-ce d'emblée un accident général? L'opinion de M. Martin est conforme, à cet égard, à celle qui a maintenant cours, c'est-à-dire qu'il considère le chancre syphilitique comme précédé d'une action générale du virus sur l'économie. Le chancre n'est donc pas le premier résultat réel, mais seulement le premier résultat apparent, le premier effet local de l'infection syphilitique; les preuves fournies par M. Martin sont souvent tirées de l'analogie, et c'est en comparant la vaccine et la syphilis que l'auteur a pu donner à ses conclusions une précision très-grande. Il se peut qu'on conteste ces conclusions, justement à cause du principe d'où l'auteur les fait découler; mais nous ne leur en devrons pas moins une série très-intéressante de recherches sur la vaccination et la revaccination, pratiquées presque immédiatement l'une après l'autre, et qui forment la matière presque tout entière du premier chapitre de l'ouvrage.

L'auteur, dans le second chapitre, étudie l'étiologie et la pathogénie du chancre syphilitique. D'où vient le chancre? Il ne vient jamais ni de la blennorrhagie ni du chancre simple; c'est précisément ce qui a été le mieux établi par les partisans de la pluralité des maladies vénériennes: il vient toujours d'une lésion de même *nature* que lui, c'est-à-dire syphilitique comme lui; mais vient-il toujours d'une lésion de même *ordre?* En d'autres termes, en qualité d'accident primitif, procède-t-il toujours d'une lésion syphilitique primitive? Cette question est certainement, après celle de la pluralité des maladies vénériennes, la plus importante que comporte l'étude de la syphilis.

M. Ricord croyait autrefois que le chancre procédait toujours d'une lésion de même ordre que lui, c'est-à-dire qu'il venait toujours d'un chancre; aussi, à quelles déplorables conclusions était-il arrivé! Voyant la syphilis commencer toujours par le chancre, il en concluait que le chancre seul était contagieux, que les accidents secondaires ne l'étaient jamais.

C'est M. Rollet qui a démontré le premier que le chancre peut avoir les origines les plus variées; qu'il est nécessaire sans doute qu'une lésion soit syphilitique pour engendrer un chancre syphilitique; mais que le chancre est aussi bien engendré par une lésion secondaire que par une lésion primitive, par une papule ulcérée, une vésicule, une pustule, un liquide syphilitique quelconque, que par un chancre; c'est-à-dire que la syphilis, comme du reste toutes les maladies virulentes, commence toujours par son commencement, qui est ici le chancre.

La syphilis peut donc avoir toujours pour accident primitif le chancre, sans qu'on soit en droit d'en conclure, comme l'avait fait M. Ricord, que le chancre est seul contagieux. Au contraire, puisque l'accident primitif ne porte pas avec lui la marque de son origine, c'est une raison de plus pour rechercher partout cette origine et de voir si les lésions syphilitiques, les moins suspectes de contagion, ne recéleraient pas elles aussi quelques parcelles actives du virus. Nous devons à M. Martin une étude très-complète de la contagion syphilitique; l'auteur a recherché avec soin, non-seulement quelles étaient les lésions syphilitiques susceptibles de se transmettre (pour lui le sang lui-même est contagieux), mais encore quels étaient les différents modes suivant lesquels s'opérait la contagion. Nous recommanderions plus particulièrement l'article très-bien fait de M. Martin sur la contagion médiate, si l'auteur n'avait omis, à ce propos, la contagion médiate au moyen de la *canne*, chez les ouvriers verriers, c'est-à-dire un des modes les plus communs et les plus importants de la propagation de la syphilis, connu seulement depuis les récents travaux de M. Rollet, et qui est déjà devenue une des plus intéressantes questions d'hygiène publique et de prophylaxie syphilitique. Viennent ensuite les chapitres sur la symptomalogie, le siége et la fréquence du chancre, et la nature histologique de l'induration. Ces chapitres sont remplis de documents cliniques du plus haut intérêt. On voit le médecin familiarisé de longue main avec l'étude des maladies vénériennes faite au lit des malades, on y voit aussi le travailleur consciencieux ne négligeant aucun mode d'investigation et faisant appel même aux micrographes pour se rendre compte de la nature intime des lésions qu'il étudie. Nous n'entrerons pas dans les détails que comporte ce

vaste sujet, nous ferons seulement quelques remarques. La première, c'est qu'en décrivant le chancre mixte tel qeu M. Rollet nous l'a fait connaître, l'auteur a cru devoir faire des réserves dont il s'est certainement exagéré la portée. M. Rollet a été le premier à dire que le chancre mixte était le plus souvent *accidentel*, c'est-à-dire produit par la rencontre fortuite du chancre syphilitique et du chancre simple; il est vrai que M. Rollet reconnaît, pour l'avoir observé, que le chancre mixte a quelquefois une autre origine et qu'il peut provenir d'un chancre semblable à lui; il en conclut que le chancre mixte se transmet quelquefois dans son espèce. M. Martin ne veut pas qu'il en soit ainsi, ou plutôt il admet bien le fait, c'est-à-dire l'existence d'un chancre mixte provenant d'un chancre semblable à lui; mais il se récrie contre le mot *espèce*, appliqué ainsi à un chancre qui n'a le plus souvent qu'une existence éphémère et fortuite. Nous le répétons, c'est là une question où les mots tiennent plus de place que les choses, et entre les deux opinions nous ne voyons qu'une nuance presque imperceptible. Nous remarquerons aussi qu'à propos de la question du siége des chancres syphilitiques, l'auteur a cru devoir se borner à des considérations qu'il nous est bien permis de regarder comme trop sommaires, puisque nous en avons fait nous-même l'objet d'une monographie. Le chancre céphalique n'est-il pas déjà seul une question *capitale*, comme dit M. Ricord? Et le chancre mammaire chez les nourrices? Et le chancre vaccino-syphilitique du bras? Évidemment c'est là ce que la syphilographie aura encore pendant longtemps de plus neuf et de plus palpitant d'intérêt, à offrir aux investigations de ses adeptes. Nous ne voulons pas dire que M. Martin ait passé toutes les questions sous silence, loin de là; nous lui reprochons seulement de les avoir un peu trop réduites à leur simple expression; et c'est précisément à cause de l'intérêt qu'il a su répandre sur les autres que nous regrettons qu'il ne se soit pas occupé plus complétement de celle-là. L'auteur, poursuivant toujours sa tâche, arrive au diagnostic, au pronostic, et termine par un chapitre sur le traitement. Là, encore, nous signalerons l'excellent esprit clinique qui distingue M. Martin, nous recommanderons plus particulièrement au lecteur deux tableaux où figure le parallèle abrégé du chancre syphilitique et du chancre simple : l'un est de M. Baërensprung, l'autre de M. Martin; mais ce dernier l'emporte à coup sûr en précision sur celui du savant professeur de Berlin, partisan lui aussi de la pluralité.

Au total, nous devons à M. Martin un excellent travail de syphilographie, travail clinique, pratique, et tel qu'on devait l'attendre d'un élève de M. Clerc. VIENNOIS.

VII

VARIÉTÉS.

— D'accord avec le jury, et sur sa proposition, M. le directeur de l'Assistance publique a décidé que le concours de l'externat, fermé pour cause de désordres, ainsi que nous l'avons annoncé, sera ouvert de nouveau le jeudi 5 novembre, à quatre heures, sur une nouvelle inscription, et en faveur des candidats qui sont restés étrangers à l'incident du 21 octobre. Le nouveau regisre d'inscription est déjà ouvert, et le 5 novembre vingl candidats seront appelés à subir l'épreuve orale.

— Le jury pour le concours des prix des inlernes est ainsi composé : MM. Cazalis, Luys, Bergeron, Desormeaux et Simon, *juges titulaires;* MM. Triboulet et Morel-Lavallée, *juges suppléants*.

— L'époque de la rentrée officielle de la Faculté de médecine n'est pas encore fixée. Nous croyons savoir que le discours d'usage sera prononcé par M. le professeur Tardieu, et qu'il aura pour sujet l'éloge d'Adelon.

— Les officiers de santé de l'armée n'apprendront pas sans intérêt que le premier numéro de classement, pour chacune des deux divisions de l'École polytechnique, a été obtenu, cette année, par les fils de deux membres de notre corps. En tête des élèves de deuxième année est M. Lévy, fils de l'éminent directeur de l'École d'application de la médecine militaire; M. Choulette, fils d'un pharmacien principal, vient d'être classé le premier à la suite des examens d'admission pour 1863. (*Bulletin de la méd. milit.*)

— Les membres de l'Association générale des médecins de France, appartenant aux Sociétés locales, seront admis à l'assemblée générale qui, nous le rappelons à nos lecteurs, aura lieu dimanche prochain; ils pourront également souscrire au banquet qui aura lieu le même jour.

S'adresser à M. le docteur Brun, trésorier de la Société centrale, rue d'Aumale, n° 23, qui délivre les lettres d'invitation à la séance et les cartes d'entrée au banquet.

— M. le docteur Boullard, médecin très-honorable et très-répandu, vient de mourir à Paris.

La FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS ouvrira ses cours d'hiver le mardi 17 novembre 1863. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
Physique médicale. . . .	Gavarret.	Lundi, mercredi, vendredi	10 h. 3/4.
Histologie.	Robin.	Lundi, mercredi, vendredi	A 5 h.
Pathologie médicale. . .	Natalis Guillot. . .	Lundi, mercredi, vendredi	A 3 h.
Opérations et appareils. .	Malgaigne.	Lundi, mercredi, vendredi	A 4 h.
Chimie médicale.	Wurtz.	Mardi, jeudi, samedi. . . .	10 h. 3/4.
Anatomie.	Jarjavay.	Mardi, jeudi, samedi. . . .	A midi.
Pathol. et thérap. génér.	Andral, rempl. par M. Chauffard, ag.	Mardi, jeudi, samedi	A 3 h.
Pathologie chirurgicale .	Denonvilliers. . . .	Mardi, jeudi, samedi. . .	A 4 h.
Clinique médicale. . . .	Bouillaud	à la Charité.	Tous les jours, le matin, de 7 à 10 h.
	Piorry.	à la Charité.	
	Rostan.	à l'Hôtel-Dieu.	
	Trousseau.	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale. . .	Jobert (de Lamballe).	à l'Hôtel-Dieu.	
	Laugier	à l'Hôtel-Dieu.	
	Velpeau	à la Charité.	
	Nélaton	à l'hôp. de la Faculté.	
Clinique d'accouchement	Depaul.	à l'hôp. de la Faculté.	

COURS COMPLÉMENTAIRES.

Cours cliniques des mal. des enf. .	Roger.	à l'hôpital des Enfants.	le matin à 8 h 1/2
Cours cliniques des maladies mentales et nerv. .	Lasègue.	à Necker.	
Cours cliniques d'ophthalmologie. .	Follin.	à l'hôpital du Midi.	

VIII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

DES MALADIES MENTALES ET DES ASILES D'ALIÉNÉS, leçons cliniques et considérations générales, par *J. P. Falret*. In-8 de LXX-700 pages, avec un plan de l'asile d'Illenau. Paris, J. B. Baillière et fils. 11 fr.

DES ASSOCIATIONS ET DES CORPORATIONS EN FRANCE. Nouvelle édition, augmentée d'un *Appendice sur les associations médicales*, par le docteur *Mettais*. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

PRIX D'ABONNEMENT POUR LES PAYS ÉTRANGERS, PAR LA POSTE, A LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

	Par année.
Portugal, Suisse	25 »
Italie	26 »
Angleterre, Espagne, Egypte et Turquie, Grèce, Pays-Bas	27 »
Autriche, Bade, Bavière, Belgique, Danemark, Hanovre, Hesse, Villes libres, Pologne, Prusse, Russie, Saxe, Suède	28 »
Australie, Canada, Colonies, Cuba, États-Unis, Mexique, Nouvelle-Grenade (voie anglaise)	29 »
Asie, Brésil, Chine, Cochinchine, Inde, Réunion, Moldavie	31 »
Etats-Romains	34 »
Bolivie, Californie, Chili, Pérou	36 »

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 6 NOVEMBRE 1863. N° 45.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêté ministériel. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** — II. **Histoire et critique.** M. Oscar Heyfelder et l'historique de l'ankylose cicatricielle des mâchoires. — III. **Travaux originaux.** Les taches bleues. — IV. **Revue clinique.** Pathologie interne : Observation d'accidents développés à la suite d'une morsure de vipère, et se reproduisant depuis trente-neuf ans d'une manière parfaitement périodique. — V. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine — VI. **Revue des journaux.** Traitement de la dysménorrhée par l'apiol. — Recherches sur le développement du Bothriocéphalus latus. — Recherches sur le développement du cervelet. — Observations nouvelles relatives aux lésions viscérales dans l'empoisonnement par le phosphore. — Extirpation d'une tumeur fibreuse de la matrice. — Amputation de la matrice et extirpation des deux ovaires. — Guérison. — VII. **Bibliographie.** Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques. — VIII. **Variétés.** Association générale. — IX. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — X. **Feuilleton.** Le drainage considéré au point de vue de l'hygiène publique.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du 23 octobre 1863, M. le docteur MAURIN est nommé professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie et chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire d'Alger, en remplacement de M. Bruch, appelé à d'autres fonctions.

— Un nouveau congé est accordé, sur sa demande, jusqu'au 1er novembre 1864, à M. SCHUTZENBERGER, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Strasbourg.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 5 novembre 1863.

A l'Académie de médecine, M. Robinet a déposé sur le bureau des extraits du travail considérable et instructif qu'il poursuit sur les eaux potables, et M. Michel Lévy a communiqué un renseignement très-important, touchant *l'influence des altitudes sur la respiration*. Ce renseignement, émané de M. Léon Coindet, contredit l'opinion émise par M. Jourdanet dans un mémoire adressé à l'Académie.

M. le docteur Bancel (de Toul) a lu ensuite une observation de *taille périnéale latéralisée*, et M. Bardinet (de Limoges), un mémoire des plus intéressants sur *l'ictère épidémique des femmes enceintes*. Nous reviendrons sur ce dernier travail.

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

M. OSCAR HEYFELDER ET L'HISTORIQUE DE L'ANKYLOSE CICATRICIELLE DES MACHOIRES (1).

En 1857, alors que je commençais à étudier la langue allemande, je lus dans l'original une monographie intitulée : DIE

(1) Cet article a eu pour titre primitif : *Petite querelle internationale de priorité*. C'était un chapitre des *Erreurs, lacunes et imperfections de la littérature médicale*.

FEUILLETON.

Le drainage considéré au point de vue de l'hygiène publique.

A M. LE DOCTEUR VLEMINCKX, PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

(Première lettre).

Des conditions physiques et chimiques d'un sol humide imperméable.

C'est à vous que s'adressent ces pages, parce que c'est, pour ainsi dire, sous votre inspiration et à votre sollicitation bienveillante que je les ai écrites. Dans la recherche de cette vérité étiologique de l'endémie palustre à laquelle je me suis appliqué depuis tant d'années, vous avez été l'un de ceux qui m'ont le plus encouragé. Dans votre affectueuse sympathie pour un travailleur modeste, loin de regretter de me voir sortir des sentiers battus depuis des siècles, votre esprit juste et observateur n'a pas craint de me voir, lancé sur l'océan brumeux de la science, tenter de nouvelles explorations à travers les récifs et les écueils dont ces rivages sont hérissés.

Bien plus, du poste élevé que vous occupez, vous avez applaudi à mes efforts, et votre voix, avec l'autorité que donnent la science et les années, m'a excité par de si bienveillantes paroles qu'elles ont triomphé de mes hésitations.

« *Évohé*, *Évohé*, courage donc, m'avez-vous dit, vous êtes » dans la voie, il est beau de mettre la vérité en lumière. Si » grandes que fussent les ténèbres, le jour commence; moi-» même j'entrevois dans les faits qui se produisent des clartés » devant lesquelles devront peu à peu disparaître les préven-» tions les plus reculées. »

Depuis lors, cher maître, l'horizon s'est encore agrandi, et à mesure que je poursuivais mes études, des observations nombreuses ont projeté de nouvelles clartés. Mais laissons là ce qui, aux yeux de bien des gens, pourrait ne paraître que spé-

RESECTION DES OBERKIEFERS (*La résection de la mâchoire supérieure*). L'auteur, M. Oscar Heyfelder, qui occupe actuellement une haute position scientifique à Saint-Pétersbourg, m'était personnellement connu; il avait fait en France un assez long séjour, et y avait reçu un cordial accueil de la part des chirurgiens, jeunes et vieux; la Société de chirurgie l'avait plus tard admis parmi ses membres. A mes yeux, M. O. Heyfelder devait compter parmi ces confrères étrangers qui, après avoir vu notre pays de près en conservent un sympathique souvenir en dépit des préjugés internationaux qui divisent trop souvent des peuples faits pour s'entendre, et que dédaignent les esprits élevés.

Ce ne fut donc pas sans étonnement et sans regret que je lus à la page 99 de la monographie une phrase désobligeante pour notre science nationale. Il s'agit en cet endroit de la résection de la voûte palatine comme opération préliminaire à l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, procédé dont on rapporte l'honneur à M. Nélaton. M. O. Heyfelder en parle, et rappelle que le premier essai de notre compatriote date de 1848; puis il ajoute : « En 1844, Adelmann a opéré d'une manière tout à fait semblable, quoique avec un succès moins complet; *mais de cela Nélaton, comme Français, naturellement ne sait rien* (« wovon aber Nelaton als Franzose natürlich nichts weiss »).

L'expression me parut vive et le reproche amer, cela signifiait tout simplement que Français et ignorant sont synonymes, compliment peu flatteur et qui me semblait bien sévère pour l'omission involontaire d'un procédé antérieur, à une époque où l'activité scientifique est telle, que tout progrès a chance d'être réalisé simultanément sur plusieurs points à la fois.

J'ai l'esprit douteur, aussi bien que la fibre patriotique assez sensible, aussi voulus-je, avant d'accepter le reproche, savoir s'il était réellement mérité. Je fis donc tout exprès venir d'Allemagne le mémoire d'Adelmann, UNTERSUCHUNGEN UEBER KRANKHAFTE ZUSTAENDE DER OBERKIEFERHOEHLE (Dorpat et Leipzig, 1844). J'y lus tout entière l'observation du jeune Wilhelm Meeke (page 34 et suivantes), où se trouve relaté le procédé en question. Je constatai d'abord que l'opération avait été pratiquée le 7 août 1843, et non pas en 1844, date de la publication; mais, chose plus importante, je reconnus sans peine qu'Adelmann n'avait point, en réalité, créé le procédé en litige; il n'avait point reséqué la voûte palatine, que le polype s'était chargé de détruire; il avait tout uniment divisé la muqueuse distendue par la tumeur et déjà perforée à son centre; en résumé, il avait utilisé seulement un dégât pathologique créé par la maladie, ce qui est loin de la conception raisonnée de la résection palatine.

Il était donc inexact de dire qu'Adelmann et Nélaton avaient opéré d'une manière tout à fait semblable « in ganz aehnlicher Weise », et pour une priorité aussi contestable il était bien inutile d'insinuer que les Français étaient tous des ignorants. La critique a des droits sacrés, et la vérité scientifique ne doit reculer devant aucune nécessité; mais quand on croit devoir frapper, il faut frapper juste, et ne pas mordre sans raison les mains qui vous ont été tendues sous prétexte qu'elles sont étrangères.

Et d'ailleurs si M. Oscar Heyfelder tenait absolument à déposséder notre compatriote en prouvant qu'il n'avait pas songé le premier à perforer la voûte palatine pour atteindre les polypes du pharynx, que ne citait-il plutôt M. Michaux (de Louvain), qui le 9 avril 1845 avait, dans le même but, reséqué avec des cisailles une portion de la voûte osseuse (*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, t. IV, p. 116, et t. XII, p. 346, 385), (*Lehrbuch der Resectionen*, Wien, 1863, 2e édition). Cette fois au moins la réclamation eût été mieux recevable et l'occasion plus belle. Si M. Oscar Heyfelder ne l'a pas saisie, c'est peut-être que M. Michaux étant Belge, la rectification n'aurait point profité à un chirurgien allemand, ou peut-être même parce que notre confrère ne connaissait pas le fait, ce qui serait grave pour un critique aussi peu indulgent.

Comme je n'ai guère de rancune, et que d'ailleurs un chirurgien aussi distingué que M. Oscar Heyfelder a le droit de commettre quelques petites erreurs, j'avais oublié tout ceci, dans la conviction que dans l'avenir, s'il écrivait encore quelque chose, notre confrère serait irréprochable, sous le rapport du moins des notions historiques. Quelle ne fut donc pas ma surprise lorsque, parcourant la deuxième édition du TRAITÉ DES RÉSECTIONS, je lus le paragraphe destiné à l'historique de la résection du maxillaire inférieur comme moyen de créer une pseudarthrose dans le cas d'ankylose de la mâchoire. J'y trouvai en peu de lignes tant d'inexactitudes et d'omissions, que je redoublai d'attention pour être sûr de ne pas me tromper; mais je reste convaincu que si M. Oscar Heyfelder reli-

Il devait donc modestement paraître en feuilleton. La rédaction a jugé à propos de l'élever à la dignité d'article de fond. Je m'en lave les mains; mais j'avertis le lecteur, afin qu'il ne soit point surpris de la légèreté du style.

---

culatif; aujourd'hui envisageons la question sous son côté purement pratique, en un mot, traitons du drainage au point de vue de l'hygiène publique, et comme ce sujet est large et complexe, étudions-le, non-seulement comme prophylaxie de l'endémie palustre, mais dans toutes ses applications à l'hygiène, c'est-à-dire à l'assainissement des villes et des campagnes. Voyons enfin jusqu'à quel point on est fondé à admettre que des travaux de drainage puissent contribuer à faire disparaître des maladies endémiques.

J'ai déjà, vous le savez, tenté de résoudre ces questions dans la première session du congrès international tenu l'an dernier à Bruxelles, pour les progrès des sciences sociales; limité alors par le temps, je ne pus embrasser mon sujet qu'à un point de vue général, et produire qu'un travail, pour ainsi dire, incomplet.

Mais puisque vous semblez vous intéresser à cette question, et que même vous m'avez témoigné avoir un peu de sympathie pour l'auteur, permettez aujourd'hui que, sous forme de causeries, je fasse de nouvelles tentatives pour compléter ce que je commençai alors....

Et afin d'éviter toute obscurité et tout embarras dans l'examen de cette question, je vais indiquer tout d'abord quel ordre je compte mettre dans cette étude, ou, pour mieux dire, quels doivent être les titres de chacune de ces lettres. Cette première traitera : *Des conditions physiques et chimiques d'un sol humide;* la deuxième, *Des phénomènes météorologiques qui se développent sous l'influence de ces conditions;* la troisième, *Des conséquences physiologiques et pathologiques qui, découlant naturellement de ces conditions, s'appesantissent sur ceux qui vivent sur ce sol, soit dans les villes, soit dans les campagnes.*

Après ces considérations, nous pourrons aborder la question *du drainage*, et ce sera là le sujet de la quatrième lettre. La cinquième envisagera *l'application du drainage à l'hygiène publique et privée, et les modifications que cette opération fait subir au sol et à l'atmosphère.*

Enfin la sixième montrera, comme conclusion, *quels sont les*

sait cette page dans quelque temps, il la croirait écrite par un Français, c'est-à-dire par un homme qui naturellement ne sait pas grand'chose.

Je dois le confesser, j'eus la méchante petite tentation d'user de représailles. Je me disais qu'en somme, quand on écrit des phrases comme celles que je citais plus haut, il faut prendre ses précautions, et ne pas mériter ce qu'on reproche si amèrement aux autres. Pour venger notre honneur scientifique, il m'aurait suffi de prendre phrase par phrase le texte de notre contempteur, d'en montrer les fautes, et de terminer tous les paragraphes de ma réfutation par cette réplique médiocrement polie : « Wovon aber O. Heyfelder als ein Deutscher natürlich nichts weiss. » Mais cet exercice aurait eu tout l'air d'une litanie, c'est pourquoi j'y renonçai; au surplus, je songeai qu'à défaut d'érudition les Français ont possédé, possèdent et posséderont toujours, je l'espère, une qualité qu'on appelle la courtoisie, et que par conséquent, sans sacrifier les droits d'une légitime défense, il était plus convenable de faire de la notice historique en question une critique sérieuse, solide, écrite dans les formes réservées qui conviennent aux débats scientifiques. J'adoptai d'autant plus volontiers ce dernier parti qu'il pouvait être utile à la fois à la vérité et à M. Oscar Heyfelder lui-même. Le TRAITÉ DES RÉSECTIONS aura sans doute les honneurs de nouvelles éditions, car il les mérite; le cas échéant, l'auteur pourra faire disparaître des suivantes les fautes assez nombreuses qui déparent celle-ci, et je lui aurai rendu service tout en défendant notre science nationale.

Voici le corps du délit fidèlement traduit des pages 388 et suivantes :

§ I. Dieffenbach fut le premier qui dans l'ankylose vraie ou fausse et insurmontable de l'articulation de la mâchoire, proposa la section du masséter et la formation d'une articulation artificielle, et donna un procédé précis.

§ II. Beaucoup plus tard, c'est-à-dire en 1855, Bruns pratiqua une résection partielle de la mâchoire inférieure, dans le but de créer une fausse articulation ; cependant il n'employa pas le procédé de Dieffenbach.... (Suit l'analyse de l'observation.)

§ III. En 1858, Esmarch observa le cas suivant : un homme de seize ans avait, à la suite d'un noma, gardé une soudure cicatricielle des mâchoires avec perte de substance de la joue gauche et de la branche horizontale correspondante du maxillaire. Il combla la perforation génale par une opération plastique et enleva avec la scie à chaîne et les cisailles les bords de la région malade de l'os, de sorte qu'un trou d'un pouce y prit naissance ; guérison, pseudarthrose ; il constata neuf mois après que le patient pouvait écarter les mâchoires d'un pouce, mâcher et même casser des noix.

§ IV. D'après ce fait, Wilms pratiqua en 1858 l'opération de l'ankylose de la mâchoire inférieure....

§ V. En 1859, Dittl répéta l'opération....

§ VI. D'après les dates précédentes on doit considérer Dieffenbach comme le *promoteur intellectuel*, Bruns comme l'*inventeur de fait*, Esmarch comme le *réinventeur* ou le *découvreur* (Entdecker, passez-moi le barbarisme, c'est pour la fidélité) *plus ou moins accidentel du procédé* de la création d'une pseudarthrose pour guérir l'ankylose de la mâchoire. Esmarch, en effet, dans un cas de perte de substance des parties molles et des os, paraît avoir restauré les premières, régularisé les seconds par la résection et avoir ainsi obtenu une fausse articulation, mais sans l'avoir prévue en aucune façon. Mais comprenant avec justesse la valeur de cette très-importante observation, il en déduisit ce que Wilms et lui désignent avec raison comme un procédé opératoire (ce qui, du reste, Lotzbeck et Strempel contestent).

§ VII. « Aussi nous revendiquons pour Dieffenbach, Bruns et Esmarch une part de mérite presque égale dans la création de cette méthode, et notre petite vanité nationale nous permet de constater qu'elle est née et a été exclusivement cultivée sur le sol allemand. »

J'ai numéroté les paragraphes pour les examiner séparément ; commençons par le premier qui, d'un seul coup, décerne à Dieffenbach une double priorité : 1° pour la formation d'une pseudarthrose ; 2° pour la section du masséter... c'est beaucoup à la fois ! A coup sûr Dieffenbach était un grand chirurgien, aussi ingénieux qu'habile, et qui aurait bien pu inventer tout cela ; mais en fait de priorité les textes et les dates valent plus que les assertions et constituent les meilleures preuves. Or, M. O. Heyfelder renvoie au grand ouvrage du chirurgien de Berlin : DIE OPERATIVE CHIRURGIE, dont le premier volume de la première édition parut en 1845, et je vais prouver sans peine qu'à cette époque les deux opérations en question étaient depuis plusieurs années déjà vulgarisées dans la science. Procédons par ordre et divisons le sujet pour être plus clair.

1° *De la section du masséter comme moyen de remédier au resserrement des mâchoires.* Avant 1840, la publication des beaux tra-

---

bénéfices que l'hygiène publique doit retirer du drainage, et jusqu'à quel point on peut espérer voir, sous son influence, les maladies endémiques diminuer, si ce n'est disparaître.

Ce plan, en quelque sorte tracé et arrêté, il faut, cher maître, que vous ayez la bonté de me suivre sur le terrain humide des contrées palustres où ces éléments dominent, et où prennent naissance tous les phénomènes que nous voulons étudier. Il faut que nous nous acheminions ensemble, non pas tant jusqu'au milieu des landes et des steppes humides des campagnes, que dans les villages, les fermes et les hameaux ; enfin nous aurons à pénétrer au milieu des villes, à travers les rues les plus étroites, les plus fangeuses et les plus obscures, visitant avec un égal intérêt les édifices publics et les habitations des pauvres ouvriers.

Et pour cette excursion scientifique, nous pouvons, si vous le préférez, rester là où vous êtes, dans votre Belgique, dans ce petit royaume habité par un grand peuple, auquel l'amour de l'humanité fait faire de grandes choses, et que l'on rencontre toujours en avant sur la route du progrès social.

Et alors nous pourrons parcourir vos polders, traverser votre campine, ces steppes marécageux que chaque jour on voit se métamorphoser sous la bêche du travailleur ; ou si enfin vous l'aimez mieux, laissez-moi vous faire les honneurs de mon pays, et vous entraîner en Sologne, ces marais Pontins de la France; là, du moins, je suis près de chez moi, et je serai heureux de vous donner l'hospitalité.

Ce que l'on doit entendre par un sol humide et des phénomènes physiques et chimiques qui se développent sous son influence. — Trois choses peuvent engendrer l'humidité du sol, la première et la plus commune, c'est l'imperméabilité du sous-sol par sa nature et sa composition; la seconde est l'abondance trop grande des sources ou nappes d'eau souterraines qui traversent ce sous-sol, le sillonnent et viennent sourdre jusqu'à sa surface; enfin, la troisième est le niveau du sol eu égard à celui

vaux de Stromeyer avait vulgarisé les sections musculaires et tendineuses, de telle sorte que partout la ténotomie et la myotomie faisaient fureur : un pauvre faisceau musculaire, une pauvre corde tendineuse ne paraissaient pas plutôt quelque peu tendus qu'ils étaient incontinent coupés. La *ténotomie* sévissait sur l'Europe entière. Dieffenbach comme les autres suivait et propageait le mouvement sans avoir donné l'impulsion. Aussi et sans vouloir faire ici l'historique complet de la section du masséter, je puis citer un bon nombre d'opérations de ce genre pratiquées en Europe et en Amérique avant 1845. Si je ne me trompe, c'est sur le sol français que, pour la première fois, le masséter fut divisé. La chose eut lieu en 1838 à Toulouse, et c'est au vénérable Dieulafoy qu'en revient l'honneur. Le procédé qu'il employa rappelle celui de Delpech pour la section du tendon d'Achille ; il n'est qu'à moitié sous-cutané, mais peu importe, le muscle fut coupé dans le but de mobiliser la mâchoire inférieure, et c'est l'essentiel (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1839, t. X, p. 345).

Peu de temps après, Mutter (de Philadelphie) divisa par la bouche les faisceaux antérieurs du même muscle (*American Journal of Med. Sciences*, mai 1840).

Vers le commencement de 1840, G. Bush (de New-York) divisa le muscle masséter par la bouche et à sa partie moyenne. Un des rédacteurs des Annales de la chirurgie française et étrangère, M. Velpeau sans doute, ajoute à l'analyse de l'observation de Bush la très-explicite note suivante : « Il est douteux que cette opération ait un succès définitif, elle a souvent été pratiquée en cas pareil sans avantage marqué, et je l'ai pratiquée, pour mon compte, sur trois sujets différents, sans aucun profit. » Ceci était écrit en 1841 (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. Ier, p. 232).

L'année suivante, le même recueil (t. V, p. 244) rapporte un cas de section pratiquée en 1841 par M. Fergusson, et qui s'accompagna d'un épanchement sanguin abondant.

En octobre 1841, J. W. Schmidt, chirurgien américain, opéra de la même manière une jeune fille, en présence de ses amis Mott et Porter (*American Journal*, oct. 1842).

Dans la même année 1841, Bonnet (de Lyon), de si regrettable mémoire, publiait un traité complet sur les sections tendineuses et musculaires ; il consacrait un long chapitre au resserrement des mâchoires et à son traitement par la section des muscles masticateurs, et il le terminait (p. 613) par une observation dont le titre seul indique toute la portée : *Resserrement des mâchoires datant de dix ans ; section du masséter des deux côtés et du temporal du côté droit ; point d'accidents ; amélioration médiocre.*

Que devient la priorité de Dieffenbach devant ces textes ? J'en laisse juge M. O. Heyfelder lui-même. Toutefois, il serait bien possible que quelque article de journal à moi inconnu et rendant compte de la clinique du chirurgien de Berlin, renfermât la preuve de cette priorité que je conteste ; que cet article soit exhibé et aussitôt je me rétracte.

Cependant j'ai encore des présomptions morales à l'appui de ma négation. En 1839, Dieffenbach publiait une brochure intitulée : Beitraege zur subcutanen Orthopaedie, et M. le docteur Borchard en faisait une longue analyse devant la Société de médecine de Bordeaux. J'ai sous les yeux cette analyse : on y parle de 300 pieds bots, de 60 torticolis et d'un grand nombre de contractures du bras, des doigts, des pieds, des orteils, des genoux et des hanches, mais de la mâchoire pas un mot.

En 1841, le docteur Ch. Phillips éditait en France un livre ayant pour titre : La ténotomie sous-cutanée, et le dédiait *à son illustre maître M. Dieffenbach ;* j'ai lu son ouvrage, il n'y est point question de la section du masséter. Je conclus de tout ce qui précède : 1° que Dieffenbach, d'après les textes du moins, n'est pas le premier qui ait conseillé ni exécuté la section du masséter dans le cas de resserrement des mâchoires ; 2° que plusieurs Français, plusieurs Américains, un Anglais et d'autres peut-être que j'ignore, avaient pratiqué cette opération de 1838 à 1841 inclusivement ; 3° que la chirurgie allemande n'a rien à revendiquer dans cette priorité, et que si M. Oscar Heyfelder avait pris connaissance des documents que je viens de produire, il n'aurait pas commis l'erreur que je lui reproche.

A. Verneuil.

(*La fin au prochain numéro.*)

III

TRAVAUX ORIGINAUX.

Les taches bleues. — Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, le 6 octobre 1863, par le docteur Delioux de Savignac.

On voit apparaître, dans certaines maladies, une éruption spéciale constituée par des taches bleues. Ce fait clinique, comme exanthème distinct, ne semble être bien acquis à l'observation que depuis peu d'années.

Le premier auteur, à ma connaissance, qui ait parlé des taches bleues est Piquer (*Traité des fièvres*, par André Piquer, tra-

des bassins, lacs ou cours d'eau qui l'avoisinent, ainsi que certains plateaux avoisinant le pied des collines.

A. Les terrains imperméables sont, dans la grande majorité, rangés, par la géologie, dans la deuxième classe des terrains dits *tertiaires*, dans lesquels domine avant tout l'argile plastique. Les terrains de cette origine ont, pour principes constituants, outre la matière organique, de la silice, de l'alumine, de la magnésie, quelque peu de chaux, de la potasse, de la soude, des oxydes de fer et de manganèse, de l'eau et quelquefois de l'acide fluorhydrique.

On rencontre aussi d'autres terrains imperméables dans la quatrième classe, dits *terrains de transition*, comprenant les terrains houillers, les vieux grès rouges, les terrains tourbeux, etc. Mais que l'argile soit compacte ou siliceuse, mélangée de plus ou moins de sable, de cailloux, etc., c'est toujours et seulement l'argile qui, par sa présence, constitue l'imperméabilité.

C'est qu'en effet, par sa nature, sa composition et la profondeur ou l'épaisseur de ses couches, l'argile, constamment imprégnée d'eau elle-même, devient une barrière, un obstacle impénétrable à l'eau, qui peut être répandue sur sa surface, si cette surface n'offre aucune pente pour la faire s'écouler.

Le sous-sol argileux, dans ce cas, produit exactement l'effet d'une cuvette, non-seulement pour les bas-fonds et les parties déclives, là où s'accumule naturellement toute la masse d'eau, mais encore pour les plateaux ; car sur un sol de cette nature, alors même que sa surface paraît desséchée, le sous-sol est toujours humide et souvent comme immergé.

B. En général, tous les terrains dont le sous-sol est sillonné par d'abondantes sources, qu'ils soient d'ailleurs formés en plateaux ou en pentes, rentrent dans la catégorie des terrains humides, car, le plus souvent, le sous-sol est comme inondé par ces nappes souterraines dont quelques-unes viennent sourdre à la surface. Là aussi, nous rangerons tous les terrains

duit de l'espagnol par M..., D. M. M. Amsterdam, 1776). Il les a mentionnées sans y insister, comme un épiphénomène de la fièvre synoque. Il dit, à propos des malades atteints de cette espèce de fièvre : « Quelquefois il paraît sur la superficie de leur corps des taches colorées en bleu ou en rose, comme des meurtrissures. » (*Loc. cit.*, p. 170.)

Zimmermann semble aussi avoir aperçu les taches bleues ; mais alors il ne les aurait pas différenciées des pétéchies. Il dit, en effet, au sujet des pétéchies qui se manifestaient dans la dysentérie épidémique qu'il a décrite : « Ces éruptions ne sont pas du genre des signes mortels ; mais, conjointement avec les autres symptômes, elles augmentent le danger, et plus elles sont ternes, plus elles sont mauvaises. Je les ai vues, dans un cas mortel, brunes et même *bleuâtres*, en très-grand nombre sur tout le corps. » (*Traité de la dysentérie*, traduction de Lefebvre de Villebrune. Lausanne, 1794.)

Chomel n'avait point parlé de cet exanthème dans les premières éditions de son TRAITÉ DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, si riche cependant de faits séméiologiques de tout genre ; ce n'est que dans la quatrième édition qu'il lui a accordé une mention succincte.

Les deux observateurs qui jusqu'ici ont le mieux décrit et signalé à l'attention les taches bleues, sont Forget à Strasbourg, et M. Davasse à Paris.

Selon Forget, qui les appelle *taches bleuâtres*, elles ont été à tort confondues avec les vergetures et prises pour telles ; il les en distingue avec raison, celles-ci ayant une forme longitudinale, tandis que les premières sont, dit-il, des espèces de macules qui, par leur aspect, paraissent avoir un certain degré de consanguinité avec les pétéchies ou ecchymoses. Il les décrit assez exactement parmi les éruptions qu'il a observées dans le cours de l'entérite folliculeuse, où il déclare toutefois n'avoir eu que de rares occasions de les rencontrer. Pour lui, ces taches résultent d'un certain degré ou mode de suffusion sanguine, et il a soin d'ajouter qu'elles ont encore besoin d'être étudiées pour être mieux appréciées dans leur nature et dans leur signification. (*Traité de l'entérite folliculeuse*, p. 226.)

C'est à M. Davasse que nous devons la meilleure étude sur les taches en question, dans une thèse fort remarquable d'ailleurs sur tous les autres points (*Des fièvres éphémère et synoque*, par le docteur Jules Davasse, interne des hôpitaux. Thèses de Paris, 1847). Sans méconnaître la possibilité de leur manifestation dans d'autres maladies, cet observateur les a vues particulièrement se développer durant le cours de la fièvre synoque. Il les distingue, comme Forget, des vibices, des vergetures, des taches péléchiales, dont elles sont, en effet, fort différentes, et, s'étant trouvé à même de les constater un grand nombre de fois, il a pu en donner une description plus précise et plus complète que celle du professeur de Strasbourg.

Les circonstances m'ont également favorisé à cet égard, et, depuis une quinzaine d'années, j'ai eu occasion de rencontrer assez fréquemment l'éruption des taches bleues pour me croire autorisé à consigner le résultat de mon observation sur un phénomène qui ne semble pas dépourvu d'intérêt.

Voici en quoi consiste cette éruption :

D'abord, ce sont bien de simples taches ; elles ne déterminent pas la moindre élevure au-dessus de la surface de la peau, comme le font les taches rosées de la dothiénentérie, par exemple, qui sont bien, elles, de véritables papules. En revanche, elles produisent une illusion d'optique fort bizarre : soit qu'on les regarde de face, soit surtout qu'on les regarde de côté, elles semblent dessinées en creux, elles ont l'air d'occasionner une très-légère dépression de la peau. Mais c'est là pure illusion, je le répète, et il est facile de s'en assurer en passant la pulpe du doigt à leur surface : on se convaincra alors qu'elles sont exactement de niveau avec le plan de l'enveloppe cutanée.

Leur couleur varie du bleu pâle au bleu plus vif qui nuance le trajet des veines sous-cutanées ; elle a parfois une certaine teinte de lividité, un aspect violacé, et les taches alors ont une analogie apparente avec les suffusions cyanotiques ; il se peut même que, dans ce dernier cas, elles dégénèrent en une véritable cyanose, comme j'en rapporterai tout à l'heure un exemple. Mais, en résumé, c'est bien le *bleu* qui est leur couleur fondamentale et constante : ainsi, à leur début, elles sont d'un bleu très-clair, très-pâle ; elles restent souvent telles pendant toute leur durée, et cette teinte si peu accusée peut même expliquer qu'elles aient échappé et qu'elles échappent journellement à l'attention des observateurs. Il faut, en un mot, y regarder souvent de très-près pour les apercevoir et pour constater indubitablement leur existence. Je ne doute pas que, en tenant compte de cet avis préalable, plusieurs cliniciens, qui s'étaient crus jusqu'ici hors des conditions favorables pour leur observation, n'arrivent à en reconnaître la présence, parce qu'elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on se l'imaginerait au premier abord. Enfin, lorsque ces taches tendent à s'effacer et à disparaître, elles pâlissent de plus en plus, sans jamais offrir la dégradation des nuances de l'ecchymose, avec laquelle on aurait pu avoir un moment l'idée de les comparer.

Les taches bleues ne déterminent ni prurit, ni douleur, ni chaleur, ni aucune espèce de sensation. Je n'ai jamais vu de desquamation, ni à leur décours ni après leur disparition.

Leur forme habituelle est intéressante à noter. En général, elles n'ont point la configuration arrondie de la plupart des exanthèmes ; elles sont plutôt quadrilatères, irrégulièrement il est vrai, avec arrondissement de leurs angles ; mais enfin

---

placés aux pieds des coteaux qui les dominent, et qui sont, par cette raison, condamnés à recevoir toutes les eaux s'écoulant de ses parties supérieures.

C. Enfin viennent encore, comme cause productrice d'humidité dans le sol, tous les terrains avoisinant les cours d'eau, les bassins, lacs, étangs, etc., dont le sol se trouve au même niveau que l'eau contenue dans ces différents lits ; en général, tous ces terrains, jusqu'à une très-grande distance, recèlent quantité d'humidité. Que le sol soit de nature sablonneuse, siliceuse, argileuse, etc., l'eau, en pénétrant de proche en proche par les phénomènes d'imbibition, forme dans une étendue quelquefois considérable une nappe d'eau souterraine, par conséquent une source intarissable d'humidité.

Toutes ces distinctions, dans ces causes d'humidité, pourront d'abord paraître oiseuses, mais vous reconnaîtrez, cher maître, lorsque je viendrai à parler des moyens d'assainissement par le drainage, que ce n'est pas sans raison que je les ai établies ; car alors nous verrons que les opérations de dessèchement devront varier dans leur application, suivant les causes d'humidité et suivant la nature du sol. Ces distinctions une fois admises, examinons quelles peuvent être, au point de vue de l'hygiène publique, les conséquences de l'humidité séjournant dans le sol.

Je viens de comparer à une vaste cuvette sans fissures les terrains recélant l'humidité par la nature imperméable du sol ; et quand on a voulu démontrer l'importance du drainage, c'est-à-dire l'utilité de donner de l'écoulement à l'eau qui y est renfermée, on a comparé ces terrains à un pot de fleurs dont le fond est percé d'un trou.

« Pourquoi, a-t-on dit, ce petit trou au fond de ce pot de fleurs ? Je vous demande cela, disait M. Martinelli, président du comice de Neirac, parce qu'il y a toute une révolution agricole dans ce petit trou. »

Eh bien ! cher maître, je dirai à mon tour qu'il y a là toute une révolution hygiénique, et le secret d'un puissant remède

elles ne sont ni circulaires ni ovalaires; elles ont, en un mot, une forme comparable à celle de l'ongle du doigt, dont elles ont aussi à peu près la dimension, ce qui m'a fait souvent les dire *unguiformes*. On en voit cependant parfois quelques-unes qui sont plus petites, d'autres qui sont plus grandes que l'ongle; il en est qui sont réellement arrondies; d'autres enfin, mais dans des cas très-rares, se déforment, s'élargissent et acquièrent des proportions qui les rendent comparables à des ecchymoses ou à des manifestations de cyanose.

En général, elles sont discrètes, mais ordinairement réunies par groupes; quelquefois elles se touchent par leurs bords, et alors il y a une sorte de confluence de l'éruption.

Leur siége de prédilection semble être à la face antérieure de l'abdomen, sur les flancs et dans la région inguinale ou dans son voisinage; c'est là du moins que je les ai observées le plus souvent et en plus grand nombre; mais elles peuvent s'étendre et apparaître bien loin de là, notamment sur la face antérieure du thorax, et en particulier sous les clavicules, sur le cou, sur toute l'étendue du dos, vers les reins particulièrement, sur la face interne des bras, des avant-bras, des cuisses. Je ne les ai rencontrées que très-exceptionnellement sur la face extensive des membres, et jamais sur le visage, sur les mains, sur les jambes et sur les pieds. Chez quelques sujets, j'ai eu à les constater en très-grand nombre sur ces différentes régions, et chez l'un d'eux entre autres, atteint dernièrement dans mes salles d'une fièvre typhoïde très-grave et qui a été mortelle, le corps en était littéralement tigré.

Nulle relation n'a pu encore être signalée entre l'éruption des taches bleues et une maladie quelconque ou un symptôme quelconque de maladie; elles n'éclairent d'aucune façon un diagnostic; elles n'apportent aucun appoint plausible au pronostic; c'est ce qui semble également ressortir des observations de Forget et de M. Davasse. En effet, on les voit se manifester dans les maladies les plus diverses et dans les différentes phases de l'évolution de celles-ci; toutefois, j'ai remarqué que les taches bleues se montraient plutôt dès le début ou dans la première phase des maladies que vers leur terminaison. Les maladies où j'ai eu le plus souvent occasion d'observer cette éruption sont : l'angine tonsillaire ou amygdalite, simple, dépourvue de toutes complications; l'embarras gastrique et certains de ces états morbides très-vaguement dénommés ou imparfaitement spécifiés sous le titre de synoque simple, fièvre continue éphémère, états muqueux ou fièvres muqueuses. Rappelons ici que c'est particulièrement dans la fièvre synoque que M. Davasse a rencontré les taches bleues; viennent ensuite la pneumonie, où j'ai plusieurs fois vu se développer les taches bleues, et enfin la dothiénentérie.

Au reste, d'autres observateurs ont fait sur cette concordance des remarques conformes aux miennes, concordance qu'il est impossible d'expliquer aujourd'hui, de même que l'on ne peut en tirer aucune induction relativement à la nature, à la gravité, à la terminaison de la maladie.

Ainsi, voilà des maladies, — les premières que nous avons citées, — qui n'ont certainement point un caractère menaçant et dont l'issue est presque constamment favorable; l'apparition des taches bleues ne coïncide avec aucune modification appréciable dans leurs symptômes habituels, et n'infirme en rien l'espoir d'un rétablissement complet et prochain.

Voici une maladie plus sérieuse, la pneumonie; eh bien! nous ne trouvons pas davantage un rapport saisissable entre l'exanthème bleu et le degré d'intensité ou la forme symptomatique de la phlegmasie pulmonaire. Ainsi, par exemple, nous avons eu tout récemment dans notre clinique, à l'hôpital maritime de Toulon, un sujet atteint de pneumonie unilatérale, qui en même temps présentait une éruption de taches bleues parfaitement caractérisées. La maladie, franchement inflammatoire et sans complications, a été traitée par les émissions sanguines modérées et le tartre stibié, sans considération pour l'exanthème bleu, qui ne suscite d'ailleurs aucune indication spéciale, et elle s'est rapidement terminée par une résolution qui n'a rien laissé à désirer. Mais, en revanche, quelques mois auparavant, nous avions eu affaire à une pneumonie double et, par conséquent, bien autrement grave; là aussi il y avait des taches bleues, réparties principalement sur les parois de la poitrine, et groupées, plus larges et plus nombreuses, vers les régions claviculaires; en cet endroit, confondues par leurs bords, plusieurs représentaient une véritable confluence. Bientôt des symptômes typhoïdes éclatèrent, et la dyspnée faisait de jour en jour des progrès plus considérables : l'exanthème bleu, persistant au delà de sa durée ordinaire, se fonçait au lieu de pâlir, devenait livide et violacé; puis, lorsque arriva un état asphyxique qui précéda et occasionna la mort, les taches se fusionnèrent en quelque sorte, et se transformèrent en une cyanose identique avec celle qui se produit souvent en pareille circonstance, dans les cas d'obstacle insurmontable aux fonctions de circulation et de respiration.

L'apparition des taches en question dans la dothiénentérie a semblé avoir plus de valeur que dans toute autre maladie. Il est de fait que là peut-être on les a plus fréquemment observées que partout ailleurs. Serait-ce donc à dire qu'elles y seraient en relation avec le génie spécifique de la maladie? Rien ne le prouve; mais cependant il y aurait bien quelques raisons plausibles de penser qu'elles contribuent à quelque mode particulier de phénoménisation de la dothiénentérie. Je m'explique : je ne veux pas dire que, dans l'espèce, l'exanthème bleu révèle telle ou telle proportion d'intensité, telle forme, ou bien encore tel degré d'altération du sang, telle dose d'intoxication typhique; il serait permis seulement d'admettre que, de même que les taches rosées signalent un grand nombre de cas de dothiénentérie, les pétéchies, quelques autres cas qui

---

contre une multitude de maux; car ce trou, au point de vue agricole, permet le renouvellement de l'eau en la laissant s'évacuer à mesure, et cette eau a besoin d'être renouvelée, parce qu'elle donne à la plante la vie ou la mort : la vie, en lui apportant des principes fécondants qu'elle tient en dissolution, et dont la plante a besoin pour se nourrir; la mort, lorsqu'elle séjourne dans le pot où elle ne tarde pas à se corrompre, à pourrir les racines et à empêcher l'eau nouvelle d'y pénétrer.

Mais si maintenant, nous plaçant au point de vue de l'hygiène, nous supposons à ce pot de fleurs une étendue d'un nombre infini d'hectares, nous verrons alors que, suivant que nous laisserons le trou ouvert ou fermé, il se développera des phénomènes analogues à ceux qui touchent à la vie et à la mort des plantes, et bien autrement importants, car il s'agit d'une source intarissable de maux s'appesantissant sur l'humanité, c'est-à-dire de la maladie et souvent aussi de la mort.

Si donc le trou de cette vasque immense est fermé, en d'autres termes, si l'eau contenue dans le sol n'a pas d'issue, non-seulement elle se corrompra ainsi que toutes les matières organiques qu'elle tient en dissolution, mais aussi, sous l'influence des saisons et des conditions thermométriques et hygrométriques, il se produira des perturbations telluro-atmosphériques, qui rejailliront sur l'homme condamné à vivre sur ce sol. Tant que les chaleurs de l'atmosphère seront peu intenses, l'évaporation de la surface du sol sera peu active aussi, et l'humidité y jouera seul son rôle, rôle funeste déjà, lorsqu'il est réduit à lui-même; mais viennent les chaleurs estivales, vienne un soleil ardent rayonner sur ce sol et le pénétrer; alors non-seulement l'évaporation sera triplée, mais, sous l'action de la chaleur, il se développera un travail immense de fermentation; travail qui sera le plus souvent le prélude de l'acte météorologique palustre, véritable berceau de l'élément fébrigène, foyer de la fièvre et foyer de la mort.

Prêtons, cher maître, toute notre attention à ce qui va se produire dans ce laboratoire mystérieux; ne laissons rien pas-

confinent au typhus, de même aussi les taches bleues phénoméniseraient certains cas particuliers, toutes réserves faites sur la relation qui existerait entre ce dernier genre de taches et la nature, le génie de l'espèce morbide, ou de celle de ses variétés accentuée par ces taches. Nous restons ainsi dans les faits, nous n'entrons pas dans l'hypothèse. Effectivement, il y a des cas de dothiénentérie où l'exanthème bleu est manifeste, et, qui plus est, où il est la manifestation exanthématique exclusive ou tout au moins dominante; alors les papules rosées sont rares, si même elles ne font complétement défaut; je crois pouvoir aller jusqu'à dire, si je m'en rapporte à mon observation personnelle, que le dernier cas est la règle et le contraire l'exception. Je citerai à l'appui des faits concordants dont je viens d'être témoin. Pendant le second semestre de l'année 1862, une épidémie de fièvre typhoïde grave a sévi à Toulon; pendant les cinq premiers mois, l'éruption des taches rosées a été très-ordinaire, l'éruption des taches bleues a été très-rare; mais, durant le mois de décembre, après une rémission momentanée de l'épidémie, une recrudescence, caractérisée par des cas moins nombreux, mais tout aussi graves, a ramené dans notre hôpital de nouveaux sujets atteints de dothiénentérie; or, chez presque tous ceux-ci, il n'y a plus eu de taches rosées, mais il y a eu des taches bleues. En de telles occurrences, si l'on se reconnaît incapable de raisonner et d'expliquer, on ne peut du moins s'empêcher d'être frappé d'un mode de phénoménisation si exclusif et si constant.

En thèse générale, et dans l'état actuel des connaissances cliniques, il n'y a rien à induire, quant au pronostic, de la coexistence des taches bleues. Elles ont coïncidé un bon nombre de fois, il est vrai, avec des symptômes sans gravité, et la plupart des maladies où elles se sont montrées ont eu une heureuse issue. Il n'en faut pas moins rester sur la réserve relativement à leur valeur pronostique. J'ai cité tout à l'heure un cas de pneumonie mortelle. Zimmermann (voyez plus haut) parle d'une éruption bleuâtre qui est probablement la même que celle dont nous nous occupons, apparue dans le cours d'une dysentérie mortelle. J'ajouterai que je suis fondé à ne point accepter ces taches comme un signe absolu de bénignité dans la dothiénentérie, car j'ai eu depuis trois ans à déplorer quatre cas de mort chez des dothiénentériques qui avaient présenté cet exanthème, et deux d'entre eux, tout récents, appartiennent à l'épidémie dont je viens de faire mention. Mes collègues dans le service des fiévreux à l'hôpital maritime de Toulon, MM. Barailler et Ernest Lauvergne, ont vu comme moi, dans la même épidémie, des sujets gravement atteints, et nonobstant affectés de taches bleues, parmi lesquels quelques-uns ont succombé. Il importe d'autant plus de signaler ces cas mortels qu'ils diffèrent de ceux recueillis par d'autres observateurs, et notamment par M. le professeur Trousseau, qui dit n'avoir jamais rencontré les taches bleues que chez des individus dont la dothiénentérie était d'une très-grande bénignité et se terminait par la guérison. (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. I^er^, p. 159.) Au surplus, Forget, avant nous, avait constaté que les taches bleues se rencontraient dans des cas fort légers comme dans des cas graves d'entérite folliculeuse, nom qu'il donnait, comme on le sait, à la fièvre typhoïde ou dothiénentérie.

A quoi est due la production des taches bleues? à quelles lésions des actes nutritifs, du sang ou de la circulation capillaire, se rapportent-elles? Serait-ce une simple modification du pigment cutané ou une stase sanguine, plutôt peut-être de nature veineuse qu'artérielle? Je serais porté à admettre la dernière opinion, en me fondant surtout sur ce cas, relaté plus haut, où les taches bleues dégénérèrent en une véritable cyanose. Mais toutes ces questions attendent leur solution, et je n'y insiste pas, me bornant à les poser.

L'apparition des taches bleues est toujours inopinée. Comme elles n'appartiennent en propre à aucune maladie, on ne saurait prévoir dans laquelle elles se présenteront : tantôt on les découvrira fortuitement, de loin en loin, sur des individus isolés; tantôt, au contraire, et ce cas n'est pas le moins fréquent, on en verra à la fois sur plusieurs individus, soit qu'ils aient la même maladie, soit qu'ils aient des maladies différentes; de telle façon que, pendant un certain temps, on n'en voit nulle part ou l'on en voit tout au plus quelques cas particuliers, tandis que, dans un autre moment, on les rencontre sur un plus ou moins grand nombre de malades. Ainsi, par exemple, il y a quelques années, à l'hôpital maritime de Brest, je constatai cette éruption sur plusieurs individus atteints d'angine tonsillaire à une époque où cette espèce d'angine, qui fut très-bénigne d'ailleurs chez tous les sujets, se montrait avec une telle fréquence, qu'elle semblait être le produit d'une influence épidémique ou tout au moins d'une constitution médicale bien établie. Depuis, à Toulon, j'ai vu reparaître l'exanthème bleu, à divers intervalles, presque toujours sur plusieurs malades à la fois; et enfin la multiplicité de cas de ce singulier exanthème ne m'a jamais paru plus remarquable que dans la dernière phase de cette épidémie sévère de fièvre typhoïde dont nous venons d'être témoins. Il y a donc lieu de penser que des influences mystérieuses d'épidémie et de constitution médicale ne sont pas étrangères, dans beaucoup de circonstances, à la production des taches bleues.

En résumé, l'exanthème spécial dont nous avons tâché de signaler les caractères les plus importants est aussi inexplicable, quant à présent, dans son origine que dans sa signification; il constitue, par conséquent, un phénomène qui appelle de nouvelles recherches et une observation suivie pour être sérieusement apprécié et compris. N'eût-il qu'une valeur accessoire, rien n'est indifférent pour le clinicien. Il mérite donc d'être étudié dans ses conditions d'apparition, dans son évolu-

---

ser de ce phénomène complexe auquel viennent concourir tous les éléments qui gisent dans le sol et à sa surface, car là vont nous être dévoilées les causes si obscures et si mal interprétées de l'insalubrité des pays paludéens.

Sous l'influence de chaleurs ardentes, toutes les molécules organiques qui se trouvent dissoutes dans l'eau et dont la terre est pénétrée, produiront une série innombrable d'opérations analytiques et synthétiques, en un mot des mouvements sans nombre de composition et de décomposition; les affinités chimiques, en sollicitant, d'une part, la destruction des principes immédiats déjà existants, et de l'autre, la formation de nouveaux principes, développeront de la chaleur et de l'électricité; car l'élément actif qui pèse sur l'homme et sur sa santé, cet agent fébrigène auquel on donne le nom de *miasme* et dans lequel, depuis des siècles, on s'efforce en vain de voir des corpuscules toxiques empoisonnant l'air et ceux qui le respirent; cet agent, dis-je, n'est pas autre chose que le résultat de cette vaste action chimique, s'opérant à la surface, et dans la couche superficielle du sol des contrées dites paludéennes, c'est-à-dire dans lesquelles il y a, avec excès d'humidité, immersion prolongée de matières organiques.

Oui, mais cette action chimique, ce double mouvement de combinaison moléculaire produite par la chaleur solaire sur les parties humides du sol, contenant toujours, avec des matières organiques, des matières salines en dissolution, ne peut avoir lieu qu'en vertu d'une force trouvée par Berzelius et décrite par lui sous le nom de *force catalytique*.

Avant d'aller plus loin, arrêtons-nous un instant sur ce point, cher maître, sous peine d'être accusé d'avoir voulu éclairer une question obscure par une explication plus obscure encore, car bien des gens se sont demandé ce que ce pourrait être que la *force catalytique* de Berzelius; ceux qui ne l'ont pas comprise l'ont niée, ceux qui n'avaient qu'à ouvrir les yeux à l'évidence ont préféré la traduire par une inconnue, par l'x; et cependant rien n'est plus évident, plus sensible et plus appréciable que cette force qui, à chaque instant, fonctionne, agit, opère sous nos yeux.

tion, dans ses coïncidences, en un mot dans toutes les particularités qui appartiennent tant au phénomène lui-même qu'aux maladies dans le cours desquelles il se manifeste.

IV

REVUE CLINIQUE.

Pathologie interne.

OBSERVATION D'ACCIDENTS DÉVELOPPÉS A LA SUITE D'UNE MORSURE DE VIPÈRE, ET SE REPRODUISANT DEPUIS TRENTE-NEUF ANS D'UNE MANIÈRE PARFAITEMENT PÉRIODIQUE, par le docteur L. DEMEURAT (de Tournan).

Dans le rapport sur les vipères de France, fait à la *Société impériale d'acclimatation* par M. Léon Soubeiran, on fait un appel aux personnes ayant observé des phénomènes périodiques consécutifs à la morsure de la vipère. C'est pour répondre à ce *desideratum* que je publie l'observation suivante, qui, si elle n'est unique, est au moins fort curieuse :

OBS. — La femme qui fait le sujet de l'observation est âgée de soixante-cinq ans environ; elle est bien et solidement constituée, de bonne santé habituelle; son mari est manouvrier, et elle s'occupe des soins du ménage, va au bois, etc. Sa maison d'habitation, qui borde une route, est saine, bien exposée et aérée ; la nourriture est suffisante.

Cette femme n'a jamais eu de dartres ni d'affection cutanée avant son accident.

Le 28 mai 1824, allant au bois, elle fut mordue par une vipère à la partie moyenne et interne de l'avant-bras droit. Le membre se gonfla, s'engourdit, devint rouge, livide, violacé.

La malade ressentit une anxiété extrême ; elle eut de la céphalalgie, des nausées, des vomissements, un sentiment de froid général.

Mais, outre le gonflement de tout l'avant-bras et du bras, il se développa au point mordu une plaque rouge sombre qui se surmonta d'une bulle assez volumineuse.

Cette production bulleuse gagna de proche en proche et s'étendit même à la face externe de l'avant-bras. L'intervalle entre les bulles était gonflé et rouge : crevées, elles laissèrent écouler et suinter une quantité tellement considérable de sérosité que plusieurs serviettes en étaient imbibées chaque jour.

Au-dessous de l'épiderme soulevé, le derme se présentait recouvert d'une fausse membrane très-épaisse, d'apparence couenneuse ; enfin, au bout d'un temps assez long, puisque cette première éruption a duré *dix-huit mois*, cette fausse membrane brunit, noircit, se dessécha, et la malade l'arracha d'une pièce, *comme une vieille semelle*, dit-elle.

La peau conserva quelque temps une teinte rouge, puis reprit sa couleur normale. Ainsi, cette première éruption dura du 28 mai 1824 à novembre 1825.

Le 28 mai 1826, les mêmes phénomènes se reproduisirent et durèrent jusqu'à novembre de la même année. Depuis 1826 jusque aujourd'hui 1863, vers le 28 mai de chaque année, les symptômes généraux d'intoxication reparaissent : le sujet a de la lassitude, de l'anxiété, des nausées, de la céphalalgie, etc. Ces prodromes durent six à huit jours, et alors la cicatrice rougit, devient douloureuse ; il y a un sentiment de brûlure, d'urtication dans le bras, qui gonfle; les bulles se développent, etc., exactement comme en mai 1824 ; mais la durée de l'éruption n'est plus que de six semaines. Dans l'intervalle, la peau reprend sa teinte et sa souplesse naturelles, et la seule trace qu'on puisse trouver sur le membre est une petite cicatrice blanche presque imperceptible indiquant la place de la morsure et le point de départ de l'éruption annuelle. La femme est encore aujourd'hui très-robuste, conserve une santé parfaite ; elle est très-intelligente et d'un caractère gai.

Le mode d'invasion, la forme de l'éruption, la marche, la durée et la terminaison des phénomènes que je viens de décrire paraissent caractériser un pemphigus dont le point de départ aurait été la morsure d'une vipère. L'époque de l'année est celle aussi dans laquelle le pemphigus se développe le plus souvent, de mai à novembre.

Ce qui semble confirmer cette manière de voir, c'est que cette femme n'avait eu auparavant aucune affection cutanée.

Les symptômes sont bien ceux d'une affection bulleuse, et je ne vois, dans aucun auteur s'étant occupé des accidents causés par l'inoculation du venin de la vipère, aucune description d'un état local semblable à celui que j'ai observé.

Dans le pemphigus aigu comme dans l'empoisonnement vipérin, on observe, au début, du bridement des membres, du malaise, de l'anxiété, des nausées, des vomissements; il y a en outre, dans le pemphigus, de la diarrhée. Mais les phénomènes locaux consécutifs à la morsure de la vipère ne sont plus ceux décrits dans l'observation.

Il y a du gonflement qui peut de proche en proche envahir la moitié du corps; en même temps développement d'une aréole inflammatoire autour du point mordu; engourdissement dans le membre, qui devient rouge, comme ecchymosé ; ecchymose due à la trop grande dilatation des parties et à la rupture des capillaires sanguins.

Quelquefois il naît des phlyctènes autour du point mordu ; mais ce cas est assez rare, et M. Gerdy même attribue leur production à l'ammoniaque employée topiquement.

Tout se borne là, et, si le blessé ne succombe pas aux suites de l'empoisonnement, les accidents locaux, gonflement, engourdissement, rougeur, etc., vont en diminuant et finissent par disparaître.

Ce qui ressort de cette observation, c'est le fait très-curieux d'une éruption bulleuse dont le point de départ a été la morsure d'une vipère, et qui reparaît depuis trente-neuf ans d'une manière parfaitement périodique, le 28 mai de chaque année, sans que la santé du sujet ait subi aucune altération.

M. de Mimont et M. Soubeiran ont vu la malade en mai dernier, lors de la dernière évolution.

M. Soubeiran a publié en 1855, dans sa thèse SUR LA VIPÈRE ET SON VENIN, l'observation d'un M. de L..., qui fut mordu en avril 1849, et qui, en 1855, affirmait sentir tous les ans, au

---

Par force catalytique, Berzelius désigne le phénomène qui a lieu quand un corps met en jeu, par sa seule présence et sans y participer chimiquement, certaines affinités chimiques qui, sans cela, resteraient inactives. Il ne se fait pas la moindre réaction dans le verre à éprouvette du chimiste, la double loi de composition ne s'aurait s'effectuer sans que cette force n'intervienne, n'agisse et ne se manifeste, enfin la moindre putréfaction et fermentation ne sauraient se produire sans l'intervention de cette force, et cette force est si peu un mystère, que, par le thermomètre et l'électromètre, on peut en démontrer l'existence et en noter jusqu'aux moindres gradations.

Telle est donc la puissance qui préside et domine le grand acte météorologique sur le sol imperméable, lorsque celui-ci vient à être animé par la chaleur ardente des rayons solaires.

Que le sol soit argileux, sablonneux ou tourbeux, qu'il y ait ou non mélange de sels marins avec des sels d'eau douce ; que ce mélange donne lieu à la destruction des animalcules propres à chaque sol et à chaque espèce d'eau, ou à la naissance d'une multitude d'autres espèces ainsi qu'à leur mort ; le fait prédominant de cet acte, c'est la fermentation, la putréfaction, la catalyse en un mot, toute force agissant sans cesse à divers degrés d'intensité, suivant les saisons, les contrées, les climats, les heures du jour et de la nuit.

Ajoutons enfin que dans ce grand mouvement de décomposition développé sous l'influence de cette force catalytique qui en est l'âme, il se produit une somme très-grande de chaleur et d'électricité, et que cette quantité de chaleur et d'électricité qui se dégage pendant l'accomplissement de cette action chimique sur cette première couche du sol, est d'autant plus considérable que les molécules liquides, en se vaporisant, se séparent des éléments hétérogènes auxquels elles sont chimiquement agrégées.

N'avais-je pas raison, cher maître, de vous prier de prêter toute votre attention aux phénomènes divers qui s'accomplissent dans ce laboratoire mystérieux et puissant du sol humide? Car si nous avons pu remarquer que l'humidité du sol, sous

mois d'avril, des douleurs assez vives dans le bras siége de la morsure, et une lassitude générale accompagnée de malaise ; cet état durait un mois.

M. Georges Villers (du Calvados) a communiqué aussi le fait de chiens qui, ayant été mordus par des vipères, avaient une enflure qui se reproduisait pendant plusieurs années à des époques concordant avec celles de la piqûre.

V

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

TÉRATOLOGIE. — *Recherches sur l'origine et le mode de formation des monstres doubles à double poitrine*, par M. *Dareste*. — La formation des monstres doubles à double poitrine, suivant M. Dareste, n'est possible que chez les animaux dont les embryons se retournent sur le vitellus, ou, en d'autres termes, possèdent une allantoïde. Ils ne pourront donc se produire, du moins par un semblable mécanisme, chez les batraciens ni chez les poissons. Ainsi, le perfectionnement de l'organisation est une condition qui détermine, chez les vertébrés supérieurs, le développement de divers états tératologiques dont les vertébrés inférieurs sont exempts. (*Comm.* : MM. Serres, Milne Edwards, Coste.)

CHIRURGIE. — *Considérations pratiques sur les polypes du larynx. Section d'un polype à l'aide d'un simple serre-nœud recourbé*, par M. *Moura-Bourouillou*. — L'auteur communique l'observation d'un homme de quarante et un ans auquel il a pratiqué l'ablation d'un petit polype pédiculé, situé sur le bord libre de la corde vocale inférieure droite. Cette opération a été faite à l'aide d'un simple serre-nœud recourbé.

Bien que le polype soit tombé dans les voies aériennes, aucun phénomène de toux ni de gêne ne s'est manifesté sur le moment; mais la voix n'a repris son timbre presque naturel que trois jours après. (*Comm.*: MM. J. Cloquet, Jobert, de Lamballe.)

PHYSIOLOGIE. — Note de M. *Haime*, présentée par M. Velpeau. — « Dans la séance du 19 octobre dernier, M. Jobert (de Lamballe) a lu un mémoire historique sur la théorie de la formation du cal; à cette occasion, M. Flourens a rappelé que, l'un des premiers, il avait attiré l'attention sur ce fait curieux que le tissu musculaire peut se transformer en os.

» Cette assertion n'étant accompagnée, dans l'article cité, ni de développements, ni de preuves à l'appui, me donne lieu de penser que j'ai peut-être été le premier à observer le fait dont il s'agit, puisque j'en avais pris note dès 1812, et que je l'ai consigné à la page 93 de ma thèse inaugurale, soutenue à la Faculté de Paris, le 18 juillet 1816, et citée par l'auteur de l'article OSSIFICATION DU CAL du grand Dictionnaire des sciences médicales, écrit et publié en 1819. »

Après avoir rappelé un passage de sa thèse, l'auteur ajoute : « Si je ne m'abuse, et sans vouloir revendiquer absolument une priorité qui, d'ailleurs, me paraît acquise par les dates que je viens de rappeler, il m'a semblé que je pouvais prétendre à une place quelconque, sinon en tête, du moins en compagnie des savants illustres qui se sont le plus occupés de cette intéressante question. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Un rapport de M. le docteur *Raoult-Deslongchamps* sur le service médical de l'hôpital thermal militaire d'Hammam-Meskoutine (Algérie) pendant les années 1862 et 1863. — *b.* Un rapport de M. le médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges (Hautes-Pyrénées) sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1862. (*Commission des eaux minérales.*) — c. Un rapport final de M. le docteur *Amiot* (de Baume) sur une épidémie de fièvre typhoïde. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre sur la vaccine, par M. le docteur *Pons* (du Vigan). — *b.* Deux rapports de M. le docteur *Tuefferd fils* (de Montbéliard) sur une épidémie d'angine diphthéritique et sur une épidémie de fièvre catarrhale en 1863. (*Commission des épidémies.*) — c. Un rapport sur les vaccinations pratiquées dans le canton de Mamers (Sarthe) en 1863, par M. le docteur *Brindejonc*. (*Commission de vaccine.*) — *d.* Une lettre de M. *Jules François*, accompagnant l'envoi de deux exemplaires d'un mémoire historique sur les travaux d'amélioration des eaux minérales françaises. — *e.* Une lettre de M. le professeur *Scoutetten* (de Metz), qui sollicite le titre d'associé national.

— M. *Gibert* demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il exprime le désir que la future commission de la rage n'imite pas la commission chargée de l'examen du mémoire de M. Boudin, et ne témoigne pas le même dédain pour les mesures de police, si utiles pour préserver la population, non-seulement des morsures des chiens enragés, mais encore des attaques des chiens méchants ou furieux.

— M. *Malgaigne* présente une brochure de M. le docteur *Amédée Morin*, médecin de l'hôpital civil d'Alger, sur la nécessité de reconstruire cet hôpital.

— M. *Robinet* offre en hommage un opuscule renfermant la suite de ses recherches sur les eaux potables de la France. M. Robinet a déjà opéré sur plus de sept cents échantillons. Il sera obligé envers ceux de ses collègues et confrères, méde-

---

l'influence de l'élévation de la température atmosphérique, donnait lieu à une immense réaction chimique, formée elle-même d'une myriade de petites combinaisons chimiques provenant du grand mouvement de composition et de décomposition des molécules organiques entre elles; nous allons voir maintenant que chaque phénomène est précédé ou suivi d'un autre phénomène, que chacun d'eux a une importance majeure, et que tous sont si intimement liés entre eux, malgré la différence de leur nature, qu'ils demeurent solidaires les uns des autres.

C'est qu'en effet, de cette grande fermentation humique découlent trois éléments : l'élément électrique, l'élément thermal et l'élément aqueux ou hygrométrique, formant cette triade météorologique qui, par sa variabilité et son instantanéité, constitue la seule et véritable cause fébrigène palustre.

En présence de ces observations, il nous est donc permis de poser ces principes aussi simples que vrais, à savoir : qu'un sol humide possède une atmosphère qui lui est propre, spéciale, et que cette atmosphère varie suivant l'intensité des phénomènes qui se développent dans le sol; que le soleil est le foyer sans lequel aucun de ces phénomènes ne saurait exister, puisque c'est lui qui leur donne la vie, que, par conséquent, la force et la puissance de ces éléments météorologiques sont en raison directe de la puissance solaire, c'est-à-dire de l'ardeur du climat.

La source de ces trois éléments, thermalité, électricité et hygrométrie gît dans le sol ; c'est là qu'ils naissent, c'est de là qu'ils s'échappent, c'est là qu'on peut les surprendre, les apprécier, les mesurer par les instruments de physique, et entre autres par l'instrument que j'ai imaginé et auquel j'ai donné le nom de *condensateur hydro-thermo-électrique*.

Pile gigantesque, ai-je déjà dit, à la construction de laquelle rien ne manque : matières salines et acides, matières organiques et minérales, humidité; pile gigantesque que le soleil vient animer de ses rayons et que la nuit vient éteindre.

Je dis que la nuit vient éteindre, car dans cette grande ques-

cins, chimistes, pharmaciens, qui voudront bien seconder ses études par l'envoi de nouveaux échantillons d'eaux.]

— M. *Larrey* dépose sur le bureau l'exposé des titres scientifiques de M. le professeur *Scoutetten*.

— M. *le Président* annonce que M. le docteur *Dubourg* (de Marmande), membre correspondant, assiste à la séance.

Lecture.

— M. *Michel Lévy* dépose sur le bureau un travail de M. le docteur *Léon Coindet*, médecin du corps expéditionnaire du Mexique, intitulé : *La respiration est-elle réellement ralentie sur les altitudes du Mexique?* L'honorable académicien lit en même temps une note dans laquelle il fait ressortir l'importance des recherches réalisées par l'auteur et des résultats qu'il a obtenus. La lettre de M. Coindet est le premier document d'une sorte d'enquête instituée par M. Michel Lévy, dans le but de juger la question de l'*anémie des altitudes*, sur laquelle M. le docteur Jourdanet a adressé à l'Académie une communication soumise à l'examen de MM. Barth, Beau et Michel Lévy. Les résultats annoncés par M. Coindet sont en contradiction avec les observations de M. Jourdanet. Ces recherches portant sur cinq cents sujets et exécutées dans les meilleures conditions d'expérimentation, ne permettent pas d'admettre « le *prétendu* ralentissement de la respiration sur les hauts plateaux du Mexique, ni les conséquences et les interprétations qui en ont été faussement tirées. »

CHIRURGIE. — M. le docteur *Baucel* (de Tours) met sous les yeux de l'Académie un calcul mural, qu'il a récemment extrait de la vessie d'un homme de trente-huit ans, par la taille périnéale latéralisée. Ce procédé a été, dans ce cas, préféré à la lithotritie, en raison de l'adhérence de la pierre, de son chatonnement et de sa rugosité, de l'étroitesse du canal et de l'irritabilité extrême du col de la vessie.

D'après l'analyse de M. Berthelot, ce calcul, qui pèse 40 grammes, est formé d'acide urique presque pur, et d'une petite quantité d'urate de chaux ; et cependant sa forme mamelonnée semble le classer parmi les pierres murales, d'ordinaire constituées par l'oxalate de chaux. (*Comm. :* MM. Cloquet, Laugier, Michon.)

OBSTÉTRIQUE. — M. le professeur *Bardinet*, directeur de l'école de médecine de Limoges, lit un mémoire *sur l'ictère épidémique chez les femmes enceintes, et son influence comme cause d'avortement et de mort.*

« Ce travail a pour but de développer, en les appuyant de faits nouveaux, les propositions suivantes : 1° l'ictère peut se produire d'une manière épidémique chez les femmes enceintes ; 2° il se manifeste alors à trois degrés différents ; 3° tantôt il reste à l'état d'ictère *simple* ou *bénin*, ne contrarie en rien la grossesse et la laisse arriver heureusement à son terme ; 4° tantôt, présentant un premier degré de malignité, il constitue ce qu'on pourrait appeler l'*ictère abortif*, et détermine soit un avortement, soit un accouchement prématuré, sans autres suites fâcheuses ; 5° d'autres fois enfin, il prend franchement le caractère d'*ictère grave* ou *malin*, et détermine des accidents ataxiques et comateux qui entraînent rapidement la mort de la mère et de l'enfant. »

M. Bardinet a puisé les éléments de son mémoire dans une épidémie d'ictère qui s'est développée à Limoges à la fin de 1859 et au commencement de 1860, et qui a sévi non-seulement sur les femmes enceintes, mais encore sur le reste de la population, en affectant chez les femmes grosses une action particulière, une gravité exceptionnelle.

L'ictère grave chez les femmes enceintes, à l'état sporadique, est encore assez peu connu. M. Ozanam en cite 3 cas ; M. Voillez, 1 ; M. Bedfort, 1 ; M. Machelard, 1 ; M. Frerichs et M. Caradec, 3 chacun.

Quant à l'ictère épidémique chez les femmes enceintes, on peut dire qu'il était à peine signalé. Les documents que la science possédait sur ce sujet, antérieurement à l'épidémie de Limoges, se réduisent à cinq observations de Kerksig (1794), quatre observations de M. Carpentier, de Roubaix (1854), vingt observations indiquées par M. Douillé, dans sa thèse sur l'épidémie de Saint-Pierre de la Martinique.

M. Bardinet, après ce court historique, résume les principales circonstances de la maladie, telles qu'il les a notées chez les treize femmes enceintes qu'il a observées dans l'épidémie de Limoges.

Chez cinq d'entre elles l'ictère n'a exercé aucune influence appréciable. Chez cinq autres, l'ictère a été suivi d'avortement ou d'accouchement prématuré. Chez les trois dernières, il a pris le caractère d'ictère malin et déterminé des accidents ataxiques et comateux promptement suivis de mort.

Aucune cause individuelle appréciable. Une seule femme paraissait douée de cette impressionnabilité particulière à laquelle on a voulu faire jouer un si grand rôle dans la production de l'ictère. La plupart des malades avaient de vingt à trente ans. Quelques-unes étaient grosses pour la première fois ; les autres, multipares.

La maladie s'est montrée le plus souvent (7 fois sur 13) vers la fin du sixième mois. Dans les autres cas elle a paru à sept mois et demi, huit mois, dix jours avant terme, un jour même après l'accouchement.

L'ictère débutait, en général, de la manière la plus simple. Quand des accidents devaient survenir et causer l'avortement, c'est, en général, huit ou dix jours, douze ou quinze au plus, après le début de l'ictère, qu'on les voyait se produire. Mais dans les trois cas où il y a eu mort, l'explosion des accidents ataxiques a suivi de plus près l'apparition de l'ictère.

---

tion qui nous occupe et qui porte sur le fond même de l'atmosphère des contrées humides, la présence ou l'absence du soleil sur l'horizon, l'incidence oblique ou verticale de ses rayons, sont autant de causes qui produisent les degrés si tranchés et la variabilité que l'on remarque dans ces éléments météorologiques et qui donnent à l'atmosphère son cachet spécial....

Mais votre attention, cher et bien honoré maître, malgré votre bienveillance accoutumée, n'est-elle pas fatiguée et par la longueur de cette lettre et par l'étude si minutieuse que j'ai été obligé de faire de chacun de ces éléments ? Je le crains, et si je l'osais, je dirais à l'exemple de Mme de Sévigné : « J'ai fait tous mes efforts pour être plus court et je n'ai pu y parvenir. » C'est qu'à mes yeux on ne peut véritablement démontrer toute l'importance du drainage, eu égard à l'hygiène publique, qu'autant qu'on aura bien compris les phénomènes qui prennent naissance dans le sol, de là se transmettent à l'atmosphère, et, réciproquement, reviennent de l'atmosphère au sol.

Dans cette première lettre, j'ai donc étudié dans tous ses détails le sol humide, c'est-à-dire le foyer où s'élaborent tous les éléments météorologiques qui lui sont propres ; dans la lettre suivante, j'examinerai, si vous le voulez bien, ces mêmes éléments avec la force qui les anime, qui leur donne le mouvement et les transporte : je veux parler du grand phénomène de la vaporisation.

Veuillez agréer, etc. Dr ED. BURDEL.

— M. le docteur Béraud, chirurgien professeur adjoint à la maison d'accouchements de Paris, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Deux malades ont éprouvé, au moment de leur délivrance (six et sept mois et demi) des métrorrhagies abondantes. L'hémorrhagie proprement dite, telle qu'on l'a signalée pour l'ictère grave ordinaire, a manqué dans tous les cas.

Dans les trois cas qui se sont terminés par la mort des enfants et des mères, il y a eu d'abord des accidents ataxiques (agitation, délire, mouvements désordonnés), puis coma profond jusqu'à la mort. Ces accidents ont duré moins de vingt-quatre heures dans le premier et le troisième cas, et moins de quarante-huit dans le deuxième. Deux fois les accidents ataxiques se sont montrés avant la parturition ; une fois ils se sont produits seulement trois ou quatre jours après la délivrance.

Sur treize enfants, sept survies et six morts. Aucun n'était atteint d'ictère en naissant. Les survivants n'en ont pas été atteints plus tard.

Comparant, sur quelques points, ses observations à celles de MM. Carpentier et Douillé, M. Bardinet signale les lacunes que présente le travail du premier de ces observateurs, et l'effrayante mortalité de l'épidémie rapportée par M. Douillé, dans laquelle toutes les femmes ont succombé, ainsi que tous les enfants moins un. Déjà M. le docteur Saint-Vel a fourni des résultats beaucoup moins désolants. Sur trente malades qu'il a observées à la Martinique, comme M. Douillé, vingt sont mortes, et dix sont arrivées au terme de la grossesse, sans autres symptômes que ceux de l'ictère essentiel. Encore, si le chiffre de vingt pour les morts, paraît bien positif, celui de dix pour les cas heureux ne se trouve pas aussi bien établi.

En présence des résultats désastreux annoncés par M. Douillé, par M. Saint-Vel, par M. Carpentier, comment ne pas être frappé de l'extrême gravité de l'ictère malin chez les femmes enceintes ; et en face de l'impuissance des moyens pharmaceutiques, comment se défendre de la pensée qu'en supprimant la vraie cause du mal, la grossesse en supprimerait aussi le danger ? comment s'empêcher de songer à l'avortement provoqué, à l'accouchement prématuré artificiel ?

L'idée de cette pratique, déjà préconisée dans l'espèce par M. Caradec, ressort tout naturellement de l'examen des faits. S'appuyant sur ce principe établi par M. Tardieu : « Le meilleur moyen de prévenir l'abus de l'avortement provoqué, c'est d'en poser nettement les indications et les règles, » M. Bardinet formule ainsi ses idées sur la conduite à tenir :

« Cette conduite doit varier suivant que l'ictère est sporadique ou épidémique.

» 1° Quand l'ictère est sporadique, il reste, dans l'immense majorité des cas, à l'état d'ictère simple ou bénin. Tant qu'il ne présente aucun symptôme inquiétant, il est indiqué de s'abstenir et d'attendre. S'il se manifeste des symptômes d'ictère grave (délire, somnolence, coma), il faut se dire qu'en douze heures, vingt-quatre peut-être, quarante-huit au plus, tout sera probablement fini et pour la mère et pour l'enfant. Il peut y avoir alors avantage à débarrasser l'utérus du produit de la conception, et deux cas se présentent : si l'on est seulement dans le sixième ou le septième mois de la gestation, c'est un véritable avortement qu'il s'agit de provoquer, mais un avortement s'appliquant à un fœtus dont on peut dire que l'ictère grave ne lui laisse pas une chance de vie. Chaque praticien doit alors se déterminer suivant ses idées personnelles et sa conscience. Si l'on est, au contraire, dans le huitième ou le neuvième mois, il ne s'agit plus de faire périr l'enfant, mais de déterminer un accouchement prématuré qui peut être dans son intérêt aussi bien que dans celui de la mère. La question déontologique s'amoindrit ou disparaît. Le médecin n'a plus qu'à se préoccuper d'une idée : agir vite et combattre le plus promptement possible une maladie qui tue avec une effrayante rapidité.

» 2° S'agit-il d'un ictère épidémique, deux cas bien différents se présentent. S'il y a déjà de véritables symptômes d'ictère grave, la règle proposée pour l'ictère sporadique est, de tous points, applicable. Mais s'il n'y a qu'un ictère simple en apparence, la temporisation reste-t-elle une règle absolue ? On peut répondre : non ! Et c'est entre les deux ictères une différence essentielle. Dans l'ictère épidémique, en effet, ce qu'il faut considérer avant tout, c'est la gravité particulière de l'épidémie présente. Si cette épidémie est bénigne et pardonne dans un assez grand nombre de cas, il sera tout indiqué de s'en tenir aux moyens ordinaires. Mais s'il était démontré, comme on a pu le penser à Roubaix et à Saint-Pierre de la Martinique, que l'ictère est un arrêt de mort pour la mère et pour l'enfant, comment ne pas intervenir dans les deux derniers mois au moins, en mettant fin à la grossesse !..... Si l'on se décidait à agir ainsi, on serait donc conduit à le faire d'une manière préventive. Au lieu d'attendre, comme dans l'ictère sporadique, que les symptômes graves fussent nettement déclarés, on chercherait à les prévenir, à les gagner de vitesse, et à rendre leur apparition impossible... Une pareille détermination ne doit pas être prise à la légère et sans une impérieuse nécessité. Elle repose essentiellement sur cette donnée, que l'ictère épidémique, chez les femmes enceintes, est toujours ou presque toujours suivi d'une double mort : celle de l'enfant, celle de la mère.....

» Or, si les chiffres de M. Douillé sont vrais, il est clair que, à la Martinique, on avait tout à gagner, rien à perdre. En mettant fin à la grossesse, même dans tous les cas, et d'une manière préventive, on ne sacrifiait aucune existence : on pouvait en sauver plusieurs. En eût-il été de même à Limoges ? Il faut bien distinguer. Si l'on se fût borné à pratiquer l'avortement chez les trois femmes qui ont succombé avec leurs enfants, il est bien évident que l'on n'eût rien compromis. Mais si, au lieu de se restreindre aux cas d'ictère grave nettement établi, on avait voulu généraliser l'avortement et l'employer à titre préventif, que serait-il arrivé ? On aurait sauvé, peut-être, quelques-unes des trois femmes qui ont succombé,... encore cela est-il très-douteux. Mais, en revanche, on eût exposé, sans nécessité, dix femmes à tous les inconvénients, à tous les dangers d'un avortement provoqué ; et des sept enfants qui ont survécu, pour le plus grand nombre à coup sûr, pour la totalité peut-être, on eût fait des victimes.....

» Si les chiffres de M. Carpentier et de M. Douillé venaient à se confirmer, on pourrait discuter l'opportunité de cette ressource extrême. Avec des résultats comme ceux de l'épidémie de Limoges, on ne peut qu'attendre et observer encore en redoublant d'attention.

» Mais il importait de poser nettement la question, de signaler sa gravité et d'appeler sur elle de nouvelles recherches. » (*Comm.* : MM. Danyau, Jacquemier, Blot.)

Thérapeutique. — M. le docteur *Rotureau* lit un travail sur le *traitement de la pellagre par les eaux de Bormio* (Lombardie).

« M. le docteur Bruni, chargé de la direction du service médical de la station de Bormio, reçut, au mois de juillet dernier, quatre pellagreux que lui adressait un de ses confrères, en lui demandant de les faire participer aux avantages d'un traitement hydrominéral qui lui avait donné plusieurs fois déjà de bons résultats chez quelques malades de sa pratique particulière. »

M. le docteur Bruni et son collègue M. le docteur Maturano s'étant assurés d'abord que les malades étaient bien atteints de pellagre, et ayant, en outre, constaté que la maladie chez eux avait débuté par des troubles digestifs, commencèrent par prescrire l'eau de Bormio à l'intérieur et à dose fractionnée. Les bains furent administrés huit jours après ; et les quatre malades quittèrent Bormio entièrement rétablis et ne portant plus trace de l'affection pellagreuse.

« L'eau de Bormio est hyperthermale (40 degrés cent.) ; elle est principalement minéralisée par des sulfates, des chlorures et des bicarbonates alcalins. »

M. Bruni a pris toutes les dispositions nécessaires pour que des essais sur une grande échelle puissent être exécutés pendant la prochaine saison thermale. (*Comm.* : MM. Devergie Poggiale, Gibert.)

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en *comité secret* pour entendre la lecture de trois rapports sur les prix.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 6 NOVEMBRE.

Suite de la discussion sur les douleurs qui peuvent être rapportées au système musculaire.

M. le docteur *Simonot*, lecture d'une observation d'opération de bec-de-lièvre sur un enfant de quelques jours ; guérison.

VI

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de la dysménorrhée par l'apiol, par le docteur MARROTTE.

Ce mémoire intéressant renferme 18 observations de dysménorrhée traitée par l'apiol. A titre de spécimen, et pour indiquer le mode d'administration et la dose du médicament, nous rapporterons deux observations seulement; ce sont les Xe et XIe.

1° *Dysménorrhée datant de deux ans, guérie par l'apiol.* — S. A.., couseuse de bottines, âgée de vingt-trois ans, est une fille d'une taille moyenne, grosse, forte, bien portante, d'une constitution pléthorique. Elle a été réglée à seize ans, et, jusqu'à dix-huit ans, la menstruation a été régulière, abondante : elle durait quatre jours. A dix-huit ans, à la suite d'un froid aux pieds, ses règles ne coulèrent plus que pendant deux jours, avec douleurs très-violentes dans les reins, le bas-ventre et les aines ; la malade était obligée de garder le lit ; elle avait fait inutilement plusieurs traitements par la rue, la sabine, le safran, l'absinthe, l'armoise, les pilules bénites de Füller, celles de Rufus, par les antiphlogistiques, etc., sans obtenir d'amélioration.

Le 7 octobre 1862, cette fille vint me trouver; elle me renseigna exactement sur la prochaine arrivée de ses règles, qui devaient avoir lieu le 12 du mois. Le 10, le 11 et le 12, la malade a pris chaque jour deux capsules d'apiol; les règles ont eu un jour de retard ; elles n'ont pas été plus abondantes, mais les douleurs de bas-ventre n'ont pas eu lieu; au lieu de se tenir au lit, la fille S. A... a fait de nombreuses courses le 13 et le 14 dans Paris, tout en continuant l'usage de l'apiol.

Le mois suivant, à pareille époque, je lui ai fait prendre la même quantité de capsules, et cette fois elle n'a ressenti aucune douleur. Au mois de décembre, après l'époque de ses règles, elle est venue me remercier et me dire qu'elle était guérie.

2° *Dysménorrhée datant de treize ans, guérie par l'apiol.* — Madame S..., mère de la précédente, couseuse de bottines, âgée de quarante-trois ans, n'a jamais fait de maladie grave dans sa jeunesse; réglée à seize ans, elle l'a été régulièrement jusqu'à vingt-sept ans, époque de son mariage. A vingt-huit ans, elle est accouchée de cette fille A..., dont nous avons rapporté plus haut l'observation. Sa grossesse et son accouchement se passèrent parfaitement bien ; mais deux mois après, quand les règles reparurent, la femme S... fut prise pour la première fois de douleurs violentes dans les reins, dans les lombes et dans les cuisses, la veille du jour de l'apparition de la menstruation. Ces douleurs duraient d'habitude vingt-quatre heures, et aussitôt que le sang paraissait, elles disparaissaient, et le flux cataménial coulait avec abondance pendant trois jours. Il y avait treize ans que cette malade souffrait ainsi tous les mois, lorsqu'elle vint me consulter. Je l'ai soumise à l'usage de l'apiol, le 18 septembre 1862. Les règles sont venues le 19 sans douleur pendant trois jours avec la même abondance. La malade a pris en tout huit capsules, deux par vingt-quatre heures. En octobre et en novembre, elle a pris le même nombre de capsules et aux mêmes époques. Aujourd'hui elle est entièrement guérie de sa dysménorrhée.

Ainsi que l'indique l'auteur, l'apiol a, comme tous les autres médicaments, des indications et des contre-indications. Tantôt il réussit seul, et cela a lieu plus spécialement dans les aménorrhées simples, lorsqu'il semble n'y avoir d'autre indication à remplir que d'agir sur la circulation utérine, sur son appareil vaso-moteur et à solliciter, par son intermédiaire, les vaisseaux à laisser échapper le sang.

Il en est de même dans la dysménorrhée, qui ne dépend d'aucun obstacle mécanique, d'aucun état organique de l'utérus (pléthore, engorgement, métrite). C'est peut-être parce que ces complications se rencontrent plus souvent dans la dysménorrhée ou dans l'aménorrhée dysménorrhéique que ces deux états cèdent, en général, moins facilement que l'aménorrhée simple à l'action de l'apiol.

Si l'aménorrhée et la dysménorrhée sont en partie sous la dépendance d'un état général tel que la pléthore, l'anémie, la débilité, le lymphatisme, etc., l'action de l'apiol ne pourra s'exercer qu'à la condition de remplir préalablement ou parallèlement ces indications générales. On en trouve un exemple dans le mémoire du docteur Galligo (*Impartial de Florence*). Une dame G..., âgée de trente-huit ans, de tempérament lymphatique et nerveux, avait depuis trois mois une aménorrhée compliquée de chlorose intense. Notre confrère n'obtint aucun résultat de l'apiol tant qu'il n'y joignit pas les ferrugineux. Les ferrugineux, qui avaient été inefficaces antécédemment, produisirent un bon résultat, grâce à cette association.

Il en sera de même pour les indications fournies par l'état local de l'utérus, quoique, à vrai dire, elles soient mieux remplies alors par les médications appropriées à chaque cas particulier. L'apiol ne peut devenir un adjuvant utile qu'au moment où l'état complexe a été ramené à celui d'aménorrhée ou de dysménorrhée simple.

Enfin, dernière remarque, la menstruation étant essentiellement liée à l'ovulation, et aucune modification ne pouvant provoquer le flux menstruel en dehors de cette condition physiologique, les effets thérapeutiques de l'apiol ne se produiront que s'il est administré chez des filles nubiles, au moment où la fonction menstruelle s'annonce par des symptômes généraux et locaux, ou à l'époque connue et présumée des règles. (*Bulletin général de thérapeutique.*)

Recherches sur le développement du Bothriocephalus latus, par le docteur KNOCH (de Saint-Pétersbourg).

Les proglottides du bothriocéphale large se détachent toujours par groupes, sous forme, par conséquent, de fragments rubanés plus ou moins longs. Leur migration hors du corps humain se fait principalement aux mois de février et de mars, d'octobre et de novembre.

Les œufs du bothriocéphale se distinguent de ceux des autres ténias par les caractères suivants :

Leur forme est ovalaire, et non arrondie. Leur membrane d'enveloppe est homogène, souple et incolore, et présente à l'une des extrémités du grand axe un orifice muni d'une sorte de couvercle, qui permet à l'embryon de s'échapper au dehors. On distingue toujours nettement dans leur intérieur le vitellus à éléments sphériques volumineux. Au moment de leur migration, les œufs n'ont jamais dépassé la phase de la segmentation du vitellus; on n'y voit jamais les embryons que l'on observe assez souvent dans les œufs du *Tænia solium*.

L'embryon du bothriocéphale ne se développe que plusieurs mois après la migration des œufs. Il est muni, comme celui du *Tænia solium*, de six crochets, et entouré d'une membrane qui porte à sa face externe de nombreux cils vibratiles. Le développement des embryons se fait à l'intérieur des œufs, lorsque ceux-ci ont été déposés dans leur milieu naturel, qui est l'eau douce. Il s'opère également dans l'intestin des chiens nourris avec les fragments de bothriocéphales expulsés par l'homme.

Les embryons du bothriocéphale, du moment qu'ils ont quitté l'œuf et qu'ils se trouvent libres dans l'eau, ont une forme arrondie, tandis que ceux des ténias sont aplatis sur deux de leurs faces, et portent ainsi leurs crochets sur une sorte d'arête.

Les cils vibratiles, longs et serrés, qui recouvrent leur surface extérieure, leur permettent de se déplacer assez vivement dans l'eau. C'était déjà là une présomption pour penser qu'ils devaient se former normalement dans un milieu liquide.

Des observations microscopiques précises et souvent répétées ont fait voir qu'après avoir exécuté une série des migrations dans l'eau où on les conserve, ces embryons, s'ils ne changent de milieu, se dépouillent de leur enveloppe ciliée. Ils ont alors perdu la faculté de la locomotion, et ne tardent pas à périr.

Dans une autre série d'expériences, on introduisit des embryons vivants de bothriocéphales dans les divers organes dans lesquels les embryons du *Tœnia solium* se transforment en cysticerques : dans le cerveau et dans les méninges, dans le globe oculaire, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans le sang.

Les résultats de ces expériences, généralement fort laborieuses, ont été complétement nuls. Les embryons ne sont pas susceptibles, comme ceux du ténia, d'arriver à l'état de scolex dans ces conditions. Ils peuvent tout au plus s'enkyster, et alors ils subissent invariablement l'altération crétacée.

Il faut conclure de cela que les embryons du bothriocéphale n'exécutent pas ces migrations *actives* que ceux du ténia opèrent fréquemment, et qui sont constantes pour les trichines.

On est arrivé, par contre, à des résultats complets en nourrissant des chiens soit avec des proglottides, soit avec des œufs ou des embryons vivants de bothriocéphale. On a pu ainsi étudier le scolex du bothriocéphale et obtenir le développement définitif et complet du parasite.

Les scolex diffèrent de celui du ténia (*Cysticercus cellulosœ*) par plusieurs caractères importants. Leur extrémité caudale n'est pas ampullaire, mais rubanée. C'est dans cet appendice que les organes génitaux se développent plus tard. Ils sont dépourvus de crochets et ne possèdent, comme le bothriocéphale lui-même, que deux fossettes latérales, allongées et profondes, et non quatre ventouses comme les cysticerques.

Les scolex que l'on a trouvés chez divers poissons appartiennent à des espèces différentes du *Bothriocephalus latus*. On a plusieurs fois introduit ces scolex vivants dans l'estomac d'un chien muni d'une fistule gastrique, et jamais on ne les a vus se développer en bothriocéphales larges. Le résultat négatif de ces expériences infirme par conséquent l'opinion d'après laquelle ce serait par l'intermédiaire des poissons que se ferait la migration des scolex du bothriocéphale.

En rapprochant ces divers faits, on est arrivé à penser que les embryons du bothriocéphale sont ingérés avec l'eau de rivière dans le tube digestif des mammifères, et que c'est là la condition de la propagation du bothriocéphale. Il est par conséquent prudent, dans les contrées où le bothriocéphale existe, de ne boire que de l'eau filtrée. (*OEsterreichische Zeitschrift*, 1863, p. 21.)

Recherches sur le développement du cervelet, par le professeur Engel (de Vienne).

Ces recherches font partie d'un travail plus étendu de l'auteur sur les conditions de poids et de forme de l'encéphale. Nous reviendrons plus tard, s'il y a lieu, sur les résultats qui seront publiés ultérieurement. Les études laborieuses auxquelles M. Engel s'est livré sur un point limité de l'histoire du développement du cervelet l'ont amené aux conclusions suivantes :

Le système de la substance blanche de l'arbre de vie n'a pas atteint, au moment de la naissance, son entier développement. Il y arrive pendant l'enfance et s'y maintient probablement jusqu'à l'âge de cinquante ans. Il en est de même pour la substance grise quant au nombre de ses lamelles.

Après la cinquantième année révolue, le nombre des lamelles commence à diminuer; cet amoindrissement est surtout prononcé pour les lamelles qui contiennent de la substance blanche, et notamment dans le *vermis* supérieur, dans le domaine de la troisième et de la quatrième branche de l'arbre de vie. Il ne se fait, du reste, pas nécessairement chez tous les individus, et l'on rencontre des sujets de quatre-vingts ans chez lesquels on n'en trouve aucune trace.

Le nombre des lamelles est moins considérable, et il diminue à un âge moins avancé, chez les femmes que chez les hommes.

Dans les maladies chroniques du cerveau proprement dit, le nombre des lamelles diminue quelquefois dans des limites plus ou moins étendues; mais il n'en est pas toujours ainsi.

Parmi les maladies du cervelet, il en est qui ramènent le nombre des lamelles blanches à ce qu'il était au moment de la naissance; la réduction des lamelles grises, par contre, ne va jamais jusque-là. Dans tous ces cas, les sujets observés avaient présenté des symptômes d'aliénation mentale, et le cerveau proprement dit présentait lui-même des altérations qui ne permettent pas de démêler la part du cervelet dans la production des accidents.

Le nombre des lamelles n'a aucun rapport avec la taille et la vigueur des individus; il paraît, par contre, varier considérablement chez les sujets de races différentes. (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1863, n° 33.)

Observations nouvelles relatives aux lésions viscérales dans l'empoisonnement par le phosphore, par MM. L. de Karajan et Mannkopff (de Berlin).

M. de Karajan a observé, dans le service du docteur Standtharner, à l'hôpital général de Vienne, un empoisonnement par le phosphore chez un homme âgé de vingt-cinq ans, qui avait avalé la pâte phosphorée de 300 allumettes. On s'assura que cette quantité représente environ 16 centigrammes de phosphore. La mort survint le dixième jour. Parmi les symptômes observés, on signala surtout les résultats suivants, fournis par l'examen du foie : l'ictère avait débuté au bout de trente-six heures sans que le foie eût changé de volume. Le lendemain, ses dimensions avaient considérablement augmenté, et la percussion de la région hépatique provoquait une vive douleur. La tuméfaction du foie fit des progrès incessants jusqu'au neuvième jour; puis l'organe revint rapidement à ses dimensions primitives, en même temps qu'éclataient les accidents cérébraux qui précédèrent de peu la mort. L'examen de l'urine fit constater une assez grande quantité d'albumine à partir du quatrième jour seulement.

Le foie était petit, affaissé, anémique, graissant le scalpel. Sur un fond rouge, correspondant au système interlobulaire, les lobules se dessinaient sous forme de taches jaunes du volume d'un grain de millet. Le microscope révéla une transformation graisseuse complète des cellules hépatiques, plus avancée dans le système interlobulaire, où elles étaient toutes détruites, qu'au contour des lobules, où l'on trouvait encore, au milieu des granulations graisseuses libres, quelques cellules dont la membrane d'enveloppe n'était pas détruite.

En examinant la pulpe splénique, on reconnut que quelques-uns de ses éléments étaient également atteints de dégénérescence graisseuse et que les trabécules étaient garnies de molécules graisseuses.

La substance corticale des reins était augmentée de volume et avait un aspect jaune rosé. Les tubes contournés étaient distendus par des granulations graisseuses, et l'on n'y retrouvait nulle part les éléments épithéliaux normaux.

Dans les réflexions dont il fait suivre la relation de ce fait, M. de Karajan signale un cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux qui s'est présenté au mois d'avril dernier à l'hôpital général de Vienne. On avait diagnostiqué une atrophie aiguë du foie, et cet organe présenta, en effet, à l'autopsie les lésions assignées par l'école de Vienne à cette affection. M. de Karajan rappelle, en outre, que l'antimoine est assez souvent employé en Alsace pour développer la stéatose du foie chez les oies. Il ressortirait de ces faits que cette altération n'est nullement caractéristique de l'empoisonnement par le phosphore, et qu'elle se produit sous l'influence de divers poisons ayant tous entre eux une grande analogie chimique. (*Wochenblatt der Aerzte in Wien*, 1863, n^os^ 20 à 27.)

— Les trois observations rapportées par M. Mannkopff ont

été recueillies à la clinique du professeur Frerichs. Elles n'ajoutent qu'un détail nouveau aux faits connus : M. Mannkopff dit avoir constaté, à part la stéatose du foie, une hyperplasie notable du tissu connectif interstitiel de cet organe, avec prolifération active des noyaux, etc. Il s'autorise de ce fait pour qualifier la lésion du foie d'*hépatite diffuse aiguë*. L'altération rénale elle-même devrait être, suivant M. Mannkopff, considérée comme une néphrite diffuse, quoique le tissu interstitiel n'y prenne aucune part et que la lésion porte exclusivement sur l'épithélium des tubes contournés. (*Spitals Zeitung*, 1863, nos 27 à 32.)

Extirpation d'une tumeur fibreuse de la matrice. — Amputation de la matrice et extirpation des deux ovaires. — Guérison, par le docteur E. KŒBERLÉ.

OBS. — Madame S... (de Saverne), sage-femme, âgée de trente ans, très-nerveuse, bien constituée, a toujours joui d'une excellente santé. Régulièrement menstruée depuis l'âge de treize ans et demi, mariée depuis six ans, elle n'a jamais eu de grossesse, si ce n'est il y a cinq ans et demi, où elle a fait une fausse couche au troisième mois. Elle s'aperçut à cette époque de l'existence d'une tumeur dure, arrondie, de 5 à 7 centimètres de diamètre, située vers la gauche de l'excavation pelvienne. Cette tumeur, susceptible au début de se déplacer d'un flanc à l'autre, s'accrut progressivement et prit un accroissement très-rapide depuis environ deux ans. La miction devint fréquente, et la menstruation, de plus en plus douloureuse et prolongée, s'accompagna chaque fois de vomissements et de diarrhée.

État actuel. — Madame S... est amaigrie, mais elle jouit encore d'un embonpoint ordinaire. La santé est très-bonne. La menstruation est normale et a lieu à des époques très-régulières. Il n'y a point de flueurs blanches. Il n'existe pas d'ascite ni d'infiltration des extrémités. La tumeur abdominale remonte à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; elle tire son origine de l'excavation pelvienne, et elle est d'une nature douteuse, utérine ou ovarienne. La tumeur est solide ; elle présente en quelques points, à gauche, une fluctuation incertaine ; elle est très-consistante à droite. Elle est ovoïde, arrondie régulièrement, allongée transversalement. La tumeur paraît être de nature fibreuse et semble renfermer en quelques points des parties liquides ou vibrantes d'une consistance molle. Le col de la matrice est dévié en arrière et à gauche ; il se porte en avant dans les mouvements de rotation de la tumeur ; lorsqu'on soulève celle-ci, il n'est pas entraîné sensiblement en haut ; il est mou, normal, saillant. Il n'existe pas de tumeur appréciable dans l'excavation pelvienne.

Quelle que soit la nature de la tumeur, qu'elle soit utérine ou ovarienne, on peut déclarer que l'affection est incurable et qu'elle ne restera pas stationnaire, vu que le traitement iodique est resté sans résultat et que la tumeur prend un accroissement rapide. Dans un temps rapproché, dans un ou deux ans au plus, cette tumeur troublera diverses fonctions de l'économie, la digestion, la respiration, la circulation, et la malade succombera prématurément, tout en traînant une vie misérable. Une opération hardie est le seul recours pour la guérison. Le moment d'intervenir est indiqué, et il ne peut être différé longtemps sans aggraver la situation. La malade, très-courageuse d'ailleurs, désire être débarrassée à tout prix de la tumeur, en parfaite connaissance de cause de la gravité de l'opération qu'elle devra subir et des conséquences ultérieures en cas de réussite.

Opération. — Je procédai à l'opération le 20 avril, avec le concours de M. le professeur L. Coze et de M. Sarazin, agrégé, en présence de M. Herrgott, agrégé. M. Elser était chargé de la chloroformisation.

J'incisai d'emblée la ligne médiane à partir de 3 centimètres et demi au-dessus de l'ombilic, jusqu'à 3 centimètres au-dessus du pubis, en passant directement par l'ombilic, qui était le siége d'une petite hernie de 2 centimètres de diamètre, laquelle a été ainsi divisée : le tissu connectif graisseux sous-cutané, la ligne blanche et le muscle pyramidal ayant été traversés successivement sans qu'il soit résulté d'hémorrhagie notable, la tumeur apparut, complétement libre d'adhérences à la paroi abdominale, mais ayant contracté avec le grand épiploon, dans un espace de 3 à 4 centimètres, des connexions constituées exclusivement par trois artères du calibre de l'artère radiale. Deux ligatures en masse furent jetées sur ces vaisseaux, que je divisai ensuite dans l'intervalle. Je reconnus que la tumeur était solide ; mais je fis néanmoins à gauche, avec un petit trocart, une ponction exploratrice qui resta sans résultat. J'essayai ensuite de faire saillir le côté gauche de la tumeur, que j'avais reconnu être le plus étroit entre les lèvres de l'incision, en déprimant la paroi abdominale du même côté ; mais je m'aperçus que l'incision était insuffisante. En conséquence, je l'agrandis au-dessus de l'ombilic de 1 centimètre et demi environ. Dès lors il me fut facile d'engager la tumeur dans l'incision, et, à l'aide de quelques pressions et de mouvements de latéralité, elle s'échappa peu à peu à travers l'ouverture abdominale. Le pédicule de la tumeur fut étreint le plus près possible de sa base par la chaîne d'un constricteur et serré rapidement. La tumeur fut ensuite excisée à quelque distance du pédicule, afin que ce dernier n'eût pas de tendance à s'échapper de l'anse métallique. Avant d'aller plus loin, j'épongeai rapidement l'intestin grêle, l'épiploon et l'estomac, qui avaient fait hernie au dehors sur la paroi abdominale, malgré les soins avec lesquels M. le professeur Coze maintenait la partie supérieure de l'incision. Je repoussai ces viscères dans la cavité abdominale, et je rapprochai tout de suite, mais incomplétement, les bords de la partie supérieure de l'incision au moyen de deux points de suture enchevillée profonde, de manière à empêcher l'issue des viscères. Je m'occupai dès lors de terminer l'opération du côté du bassin. Je reconnus de nouveau que la tumeur était utérine, que le corps de la matrice était volumineux et renfermait dans sa paroi un petit corps fibreux sous forme d'un noyau dur ; que la partie inférieure du col était saine ; que la trompe du côté gauche avait été divisée ; que l'ovaire de ce côté était parfaitement sain ; que l'ovaire du côté droit avait un volume anormal, et qu'il présentait de plus en avant une saillie très-rouge formée par une vésicule de Graaf près d'éclater. La matrice, les trompes et les ovaires n'offraient aucune adhérence dans l'excavation pelvienne. La tumeur fibreuse extirpée était implantée sur le fond de la matrice vers la gauche. Son pédicule se continuait sans démarcation avec le corps de la matrice, sur l'angle gauche de laquelle le serre-nœud se trouvait placé. Le col de la matrice était dirigé à gauche, tandis que le corps de cet organe avait été repoussé à droite par le poids de la tumeur. D'énormes veines et des artères très-volumineuses sillonnaient les ligaments larges.

Ma résolution était déjà prise : je laisserai la partie vaginale du col de la matrice qui était saine, et j'extirperai la matrice avec la trompe et les deux ovaires.

Après avoir décollé la matrice de la vessie jusqu'au vagin, je saisis une longue tige d'acier de 0m,002 d'épaisseur, non trempée à sa partie moyenne, terminée en pointe de trocart et munie à l'autre extrémité d'un chas, à travers lequel passait un double fil de fer tordu et replié en deux parties égales. Je donnai à la tige une courbure convenable, et je traversai le col de la matrice en avant sur la ligne médiane au niveau de la partie sus-vaginale, et je fis sortir l'instrument en arrière dans le cul-de-sac recto-vaginal, en entraînant les deux extrémités des fils de fer. L'aiguille ayant été détachée, après que j'eus divisé les fils de fer au niveau du chas de l'instrument, chacun des doubles fils engagés dans le même trou du col utérin servit à embrasser de chaque côté le ligament large dans une anse que je plaçai au plus près de l'ovaire et de la trompe correspondante, et qui fut ensuite serrée dans un de mes serre-nœuds disposés exprès pour cet usage. La constriction ayant été jugée suffisante de chaque côté, j'enlevai le serre-nœud à chaîne placé sur le pédicule. Je détachai les trompes et les deux ovaires près de l'anse de chaque ligature, et j'amputai la matrice avec des ciseaux au niveau de la réunion du corps de cet organe avec son col, de manière à laisser une sorte de moignon destiné à s'opposer au glissement des anses des ligatures, qui avaient été serrées jusqu'à cessation complète de tout suintement sanguin.

Cette première partie de l'opération a été exécutée en moins de vingt minutes.

Je procédai dès lors au nettoyage de la partie inférieure de la cavité abdominale. Les intestins et l'excavation pelvienne furent débarrassés des caillots qui s'y étaient accumulés, et épongés exactement, mais de manière cependant à n'enlever le sang que très-incomplétement, car l'éponge dont je me suis servi pendant toute la durée de l'opération n'a jamais été lavée, mais a été simplement exprimée chaque fois. La petite quantité de sang restante sert à agglutiner provisoirement la paroi abdominale et les anses intestinales entre elles jusqu'à ce que les adhérences soient définitivement organisées. Ces adhérences fraîches, simplement pseudo-membraneuses, doivent être ménagées avec le plus grand soin.

J'enduisis la surface des parties des ligaments larges et de l'utérus destinées à se mortifier avec du perchlorure de fer à 40 degrés, en ayant soin de bien essuyer l'excès du liquide. Je terminai en plaçant trois nouveaux points de suture enchevillée profonde. Le deuxième point passait en travers de l'ombilic, la ligature des artères épiploïques fut engagée au-dessous du deuxième point de suture et attirée à 2 centimètres au-dessous du niveau de la peau, dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Le quatrième point de suture profonde dut être fortement serré pour s'opposer à une hémorrhagie déterminée par la ponction du petit trocart explorateur qui me sert à placer les fils de fer. Le cinquième point de suture subissait une forte traction par suite de l'écartement que j'établis et que je maintins entre les deux serre-nœuds. Six points de suture entortillée complétèrent la réunion de la peau.

L'opération tout entière dura ainsi une heure et demie, et l'on fit usage de 250 grammes de chloroforme.

Deux vessies pleines de glace furent placées sur le ventre, une de chaque côté, par l'intermédiaire d'un drap, de manière à obtenir, comme dans mes précédentes opérations, un abaissement continu de température, favorable à l'hémostase et destinée à modérer la tendance inflammatoire du péritoine. La partie inférieure de l'incision, maintenue béante par les serre-nœuds écartés l'un de l'autre, resta sans pansement à découvert.

Le pouls, bien développé, accuse après l'opération 95, puis 82 et enfin le soir 80 pulsations. L'opérée éprouve des douleurs qui vont en irradiant vers les reins et vers le sacrum. Ces douleurs lui paraissent analogues à celles qu'elle éprouvait pendant les époques menstruelles. Elles se calment peu à peu et disparaissent vers le soir. Le ventre reste plat, souple, indolent. Il n'y a pas de soif, et aucun symptôme alarmant ne se présente. Le sommeil est paisible pendant toute la nuit. Cathétérisme fréquent.

Prescriptions. — Acétate de morphine, 10 centigrammes; infusion de feuilles d'oranger.

Deuxième jour. — Pouls à 84, 88, 90 pulsations. Les douleurs abdominales ont complétement disparu. Calme, sommeil dans les intervalles de toux. Absence de soif. Ventre souple, mou, indolent à la pression. Un peu de sensibilité dans la profondeur des fosses iliaques, avec sensation de traction légère. Dès le matin, je dispose dans l'intérieur de la plaie béante un appareil dilatateur, en détruisant avec précaution les adhérences déjà très-fortes établies entre l'intestin grêle et la vessie dans l'intervalle des deux serre-nœuds. Cet espace est maintenu libre par une rangée de tubes de caoutchouc largement fenêtrés.

Troisième jour. — Pouls à 95, 105, 97 pulsations. Il s'établit une transpiration abondante à plusieurs reprises. L'expectoration est plus facile. La plaie commence à fournir de la sérosité grisâtre sans mauvaise odeur, provenant des parties mortifiées dans la profondeur.

Quatrième jour. — Le pouls marque 90, 95, 90 pulsations. L'appareil dilatateur bivalve est enlevé; il est remplacé par un paquet de tubes de caoutchouc et par des mèches de charpie sèche. Les serre-nœuds sont maintenus écartés par une tige transversale qui les relie l'un à l'autre.

Cinquième jour. — Pouls à 92, 95, 88 pulsations. L'état général est excellent. S'il n'y avait pas eu de bronchite, l'opérée ne se serait pas ressentie, en quelque sorte, de l'opération grave qu'elle a subie et dont elle ignore, du reste, les circonstances.

Sixième jour. — Pouls à 90, 87, 88 pulsations.

Seizième jour. — Diverses parties de tissus mortifiés sortent encore de la profondeur ou sont extraites avec une pince à pansement. État général excellent. L'opérée se lève pour la première fois. Suppuration presque blanche.

A partir du seizième jour, la cicatrisation a suivi une marche régulière. Les tubes de caoutchouc, qui plongeaient d'abord à une profondeur de 11 centimètres, ont été raccourcis successivement de 1 centimètre par jour, et au vingt-huitième jour il n'est plus resté qu'une petite plaie superficielle, étroite, de 3 centimètres de longueur, et qui a été complétement fermée le trente et unième jour, le 20 mai. A chaque pansement, renouvelé deux fois par jour, les tubes de caoutchouc ont été nettoyés, puis désinfectés dans une solution de 10 grammes de sulfite de soude dans 100 grammes d'eau. La bronchite a diminué peu à peu et a fini par disparaître. A partir du vingt-huitième jour, l'opérée est restée levée, se promenant toute la journée, heureuse et contente, prenant de l'embonpoint et jouissant d'une santé parfaite.

La cicatrice abdominale s'est réduite à une longueur de 11 centimètres. Comme chez mes précédentes opérées d'ovariotomie, il n'existe aucune éventration. Mon procédé particulier de réunion met à l'abri de cet accident, parce qu'il permet d'obtenir une suture exacte et une cicatrice solide dans toute l'épaisseur des tissus de la paroi abdominale. La hernie ombilicale est radicalement guérie.

Le ventre est également souple, mou de toutes parts. Le col de la matrice occupe sa place normale : il n'éprouve plus aucune déviation.

Les règles n'ont plus paru. A l'époque habituelle, il ne s'est produit absolument aucun des symptômes éprouvés antérieurement à l'opération.

L'extirpation de la matrice et des deux ovaires n'a été suivie que de douleurs très-modérées. Ces douleurs, provoquées par la constriction des nerfs de ces organes, irradiaient vers les reins et vers le sacrum. Elles étaient pour l'opérée comparables à celles qu'elle éprouvait à chaque période menstruelle. Ces douleurs, d'abord assez vives après l'opération, au réveil de la sensibilité, se sont calmées peu à peu et ont disparu complétement vers le soir, pour ne plus revenir. Depuis, la cicatrisation et l'élimination des tissus mortifiés ont marché très-régulièrement, grâce à la manière dont elles ont été dirigées, et l'opérée ne s'est pas même doutée de l'extirpation de ses organes générateurs avant qu'on l'en ait informée.

Résultats de l'opération. — La malade a été radicalement débarrassée de sa tumeur et mise à l'abri de toute récidive par l'amputation de l'utérus. Elle n'a à redouter aucune de ces infirmités si fréquentes chez la femme, qui tirent leur origine de la matrice, telles que la leucorrhée, les polypes, les hémorrhagies, la descente de la matrice. L'extirpation des ovaires, devenus déjà inutiles du fait de l'existence d'une tumeur fibreuse aussi considérable, qui s'oppose nécessairement à l'évolution normale de la grossesse, a débarrassé l'opérée de ses époques menstruelles et de tous les inconvénients qui s'y rattachent, ainsi que des maladies qui tirent leur origine des ovaires. Enfin, on a obtenu la guérison de la hernie ombilicale. Il n'est résulté aucun trouble dans les fonctions du tube digestif et de la vessie. La durée de la vie, qui n'aurait guère pu se prolonger au delà de deux à trois ans, vu les progrès rapides de la tumeur pendant les deux dernières années, au prix de souffrances continues, peut être portée à une limite indéfinie, à l'abri de toute maladie et de toute infirmité résultant des ovaires et du corps de la matrice.

Description des pièces pathologiques. — La tumeur fibreuse extirpée pèse 7 kilogrammes. Elle a une forme ovoïde; elle est arrondie en bas et en avant, aplatie en arrière, où elle se moulait sur la saillie de la colonne vertébrale. Son extrémité droite est plus renflée et plus consistante que celle du côté gauche. La tumeur est fibreuse, compressible, et d'une structure compacte dans toute son épaisseur. Elle présente l'aspect ordinaire et la structure microscopique des tumeurs fibreuses de la matrice. Sur la coupe, elle paraît aréolaire, composée d'une agglomération de noyaux fibreux plus ou moins volumineux, d'une consistance variable. Vers la gauche, les chocs communiqués à la masse y déterminent un mouvement vibratoire analogue à celui d'une masse gélatineuse et qui en impose pour une fluctuation vague. La tumeur offre les diamètres suivants : transversalement, 30 centimètres; d'avant et en arrière, 17 centimètres; de bas en haut, 23 centimètres. Sur le bord antérieur gauche, elle était adhérente à l'épiploon. Trois artères épiploïques du calibre de l'artère radiale, non accompagnées de veines, y pénètrent en ce point. Partout ailleurs sa surface est lisse et libre d'adhérences.

La matrice a été amputée exactement au niveau de la réunion du col avec le corps, la partie sus-vaginale du col étant restée comprise entre les anses des deux ligatures. La matrice est hypertrophiée, très-vasculaire, et offre dans son épaisseur un petit corps fibreux. La tumeur fibreuse extirpée était implantée sur le fond de la matrice, sur l'angle gauche. La ligature, qui a été placée sur le pédicule de la tumeur avant son extirpation, passait en travers de l'angle gauche de la cavité utérine. Par l'enlèvement de la tumeur de la matrice, la trompe gauche a été divisée en deux endroits à son insertion. Les artères utérines ont un calibre très-considérable, et les veines utérines dans le ligament large des deux côtés sont énormes, comme à la fin d'une grossesse. Les trompes sont parfaitement saines et libres d'adhérences. L'ovaire du côté gauche est sain; celui du côté droit présente un volume plus considérable qu'à l'état normal. En arrière, plusieurs follicules de Graaf sont hypertrophiés; en avant, se trouve un ovule en pleine maturité; le follicule qui le renferme est saillant, aminci, prêt à se rompre. Les diamètres de l'ovaire gauche sont : suivant la longueur, 35 millimètres; suivant l'épaisseur, 12 millimètres. Ceux de l'ovaire droit sont : suivant la longueur, 44 millimètres; suivant l'épaisseur, 25 millimètres. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

VII

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques, par le docteur Prosper Hullin. Paris, 1862.

L'ouvrage du docteur Hullin est, comme l'auteur le dit dans sa préface, la réunion en un seul volume de quelques mémoires publiés déjà dans quelques-uns de nos recueils périodiques. C'est le résumé d'une longue pratique médicale sur un théâtre restreint, sans doute, mais toujours assez vaste pour qui sait ne pas laisser échapper les faits qui se présentent à une observation attentive. L'obstétrique, la pratique de la vaccine, les épidémies de choléra, de dysentérie, de croup, paraissent avoir été pour l'auteur le sujet de prédilection de ses études. La vaccine surtout a attiré son attention, et si notre confrère vient apporter des faits nombreux à l'appui de l'opinion, acceptée presque partout aujourd'hui, de l'utilité de la revaccination, il se laisse certainement entraîner trop loin par ses convictions, quand il dit : « En résumé, nous concluons qu'il existe certaines localités où des parents absurdes, ne voulant pas se rendre à l'évidence, négligent la vaccine, et que, pour les y

» contraindre, une loi spéciale serait nécessaire. » Quelque bienfaisante que semble être la vaccine, nous repousserions toujours comme un attentat à la liberté humaine une mesure qui, dans certains pays, avec certaines idées, pourrait nous forcer à nous faire syphiliser par mesure hygiénique. M. Hullin donne dans cette partie de son livre de bons et très-pratiques conseils sur la manière de recueillir, de conserver et d'inoculer le vaccin.

Le premier mémoire a trait à un fait de polype énorme du vagin extrait avec succès par une ligature portée profondément, au moyen d'instruments imaginés par notre ingénieux confrère; à cette observation viennent s'en annexer plusieurs autres, dans lesquelles des polypes volumineux ont été enlevés par le fractionnement au moyen de ligatures multiples et consécutives.

Le second mémoire est destiné aussi à faire ressortir l'utilité de quelques instruments destinés à l'extraction du fœtus. Nous citerons encore des travaux sur la valeur thérapeutique du tannate de quinine, sur la dysentérie, sur le choléra épidémique. Quelques-uns de ces travaux perdent, sans doute, de leur intérêt par le temps qui s'est écoulé depuis leur première publication; mais nous pensons que l'exemple du docteur Hullin serait suivi avec avantage par beaucoup de nos confrères, comme il a suivi lui-même à son insu, il est vrai, l'exemple de MM. Voillemier, Maisonneuve, etc.

VIII

VARIÉTÉS.

Association générale. — Dimanche dernier a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, la cinquième séance annuelle de l'Association générale des médecins de France. Après un discours applaudi de M. le président, M. le docteur Legouest a exposé la situation de la *Société centrale*, et M. A. Latour a rendu compte des actes, des travaux et des progrès de l'Association générale. Le nombre des sociétaires s'est accru dans la proportion suivante : première année, 1577; deuxième année, 3008; troisième année, 4416 (?); quatrième année, 5033; cinquième année, 5746. — L'Association dispose d'une somme de 275 000 francs, tous secours accordés, toutes dépenses couvertes. Seize départements restent encore en dehors de l'Association.

Sur l'initiative de M. le docteur Brun, trésorier, et sur le rapport de M. Davenne, l'assemblée des délégués, dans sa séance de lundi, a adopté à l'unanimité le projet de création d'une *Caisse de pensions viagères d'assistance*. L'assemblée a ensuite entendu deux rapports : l'un de Me Paul Andral sur l'exercice illégal de la médecine; l'autre de M. Bertillon sur la question de la création d'un journal de l'Association. Les conclusions négatives du dernier rapport ont été adoptées, et la publication de l'*Annuaire* maintenue.

MM. Follin et Verneuil, agrégés libres, chargés par un décret ministériel (7 septembre 1862) de cours cliniques complémentaires sur l'ophthalmologie et la syphilographie, ont résilié leurs fonctions et prié M. le ministre de l'instruction publique de pourvoir à leur remplacement.

Cette retraite ne nous a pas surpris, et déjà nous en avions prévu la possibilité (*Gaz. hebdom.*, 1862, p. 531): elle a pour cause principale l'organisation imparfaite de ces cliniques spéciales. L'institution était bonne en elle-même et nous en avions approuvé l'idée, mais pour de semblables innovations un décret sur le papier ne suffit pas plus que la bonne volonté et le talent des titulaires.

— Le jeudi, 5 novembre, a eu lieu, devant la Faculté de médecine de Bruxelles, un concours pour plusieurs places d'élèves internes et externes, devenues vacantes dans les hôpitaux de cette ville.

— M. le professeur Tardieu que nous avions vu si heureux, il y a quelques semaines, à la cérémonie du mariage de sa fille, vient de perdre cette enfant bien-aimée. Si une telle douleur pouvait être consolée, elle le serait par les sympathies du corps médical.

— Il va être très-prochainement procédé à la nomination du titulaire de la chaire de zoologie près la Faculté des sciences de Paris, vacante depuis deux ans par la mort du regretté M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. On annonce comme certaine la nomination à cette chaire de M. Gratiolet. Le succès avec lequel ce savant a rempli sa tâche de suppléant, et la hauteur scientifique à laquelle il s'est toujours maintenu, le désignaient naturellement au choix du ministre.

— Un concours pour quatre places d'élèves internes sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Toulouse le 25 novembre prochain.

— On parle d'un congrès médical à Lyon pour l'année prochaine. Nous nous associons de tout cœur à cette pensée.

— On vient d'inventer et de construire en Angleterre un appareil de télégraphie électrique qui permet de transmettre d'un point à un autre très-éloigné les notes de la voix humaine. L'opérateur se place devant l'instrument et chante dans un tube une note quelconque. Une membrane tendue près du tube, de façon à vibrer sous l'influence de la note chantée, est mise en rapport par un fil conducteur avec une autre membrane placée dans les mêmes conditions, à la station à laquelle on s'adresse. Le nombre des vibrations de la première membrane correspond exactement à l'ouverture ou à l'interruption du courant électrique transmis par le fil conducteur à la membrane opposée; celle-ci, sous l'influence des courants, vibre à l'unisson de la première et rend ainsi un son identique au son chanté. Encore un pas à faire, et l'on pourra parler, dans le sens propre du mot, d'un bout à l'autre du monde. (*Dublin Medical Press.*)

— Voici le programme des questions proposées par la *Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles* pour le concours de 1864 :

Première question. — Décrire les diverses formes qu'affectent les névralgies. Exposer la thérapeutique qu'il convient de leur opposer. — *Prix* : une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

Deuxième question. — Déterminer les cas dans lesquels l'ovariotomie est formellement indiquée. Discuter, en s'appuyant sur des faits, les avantages et les inconvénients de cette opération, et établir les conditions les plus propres à en écarter les dangers. — *Prix* : une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

Troisième question. — Cette question est laissée au choix des concurrents; mais elle devra embrasser un sujet quelconque du domaine de la médecine, de la chirurgie ou de la tocologie (art des accouchements). — *Prix* : une médaille d'or de la valeur de 100 francs.

Quatrième question. — Cette question est également laissée au choix des concurrents, mais elle devra embrasser un sujet quelconque du domaine des sciences naturelles ou pharmaceutiques. — *Prix* : une médaille d'or de la valeur de 100 francs.

Les membres titulaires et honoraires de la Société, résidant à Bruxelles ou dans la banlieue, sont seuls exclus du concours. Les mémoires devront être remis (*franco*), avant le 1er octobre 1864, chez le secrétaire de la Société, M. le docteur Van den Corput, rue de la Chancellerie, 12, à Bruxelles.

IX

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Étude sur l'angine de poitrine. Mémoire présenté au concours pour le prix Civrieux et récompensé par l'Académie, par le docteur *Savalle*. In-8 de 87 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Étude sur les causes de la dysentérie dans les pays chauds, et sur la séparation étiologique entre cette maladie et les fièvres palustres, par le docteur *Catteloup*. In-8 de 50 pages. Paris, Victor Rozier. 1 fr.

Études sur la taille et le poids de l'homme dans le régiment des chasseurs a cheval de la garde impériale, par le docteur *Allaire*. Grand in-8 de 12 pages. Paris, Victor Rozier. 75 c.

Mémoire de la Société des sciences médicales de Lyon. Tome II (1862-1863). In-8 de VIII-328 pages. Paris, F. Savy. 5 fr.

Anatomie descriptive et dissection, par le docteur *Fort*. 1er fascicule : *Ostéologie*. In-12 de 130 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 25

The Diagnosis and Treatment of Diseases of Women, including the Diagnosis of Excursion chirurgicale en Angleterre, lettres adressées à M. le professeur Bouisson, par le docteur *A. Courty*. In 8. Paris, P. Asselin. 2 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — **PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,** Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 13 NOVEMBRE 1863. — N° 46.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêtés ministériels. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Académie de médecine : Ictère des femmes enceintes. — II. **Histoire et critique.** M. Oscar Heyfelder et l'historique de l'ankylose cicatricielle des mâchoires. — III. **Revue clinique.** Pathologie interne : Cas remarquable d'affection musculaire (atrophie ascendante chronique). — IV. **Correspondance.** Sur les deux Heyfelder. — V. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — VI. **Revue des journaux.** Du sexe des enfants dans ses rapports avec les âges relatifs des parents. — VII. **Bibliographie.** Traité de chirurgie d'armée. — VIII. **Variétés.** Congrès de Genève ; Secours aux blessés des champs de bataille. — IX. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — X. **Feuilleton.** Le drainage considéré au point de vue de l'hygiène publique.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du 30 octobre 1863, M. WILM, licencié ès sciences physiques, préparateur de chimie à l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Mulhouse, est nommé préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Perrot, démissionnaire.

— Par arrêté du 3 novembre 1863, M. HOUZÉ DE L'AULNOY, professeur titulaire d'anatomie et physiologie à l'École préparatoire de Lille, est nommé professeur titulaire de physiologie (chaire nouvelle) à ladite École ;

M. JOIRE, professeur adjoint d'anatomie et physiologie, est nommé professeur d'anatomie (chaire nouvelle) ;

M. DHUICQUE, professeur suppléant pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie, est chargé de la chaire d'histoire naturelle médicale (chaire nouvelle) ;

M. DARESTE (Camille), docteur ès sciences, est chargé du cours d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de la même ville, en remplacement de M. Lacaze-Duthiers, appelé à d'autres fonctions.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 12 novembre 1863.

Académie de médecine : ICTÈRE DES FEMMES ENCEINTES.

La séance annuelle de l'*Association générale des médecins de France* a un avantage indirect que nous signalons avec plaisir ; c'est de suggérer à quelques délégués des départements la bonne pensée de rendre leur voyage profitable à l'intérêt scientifique en même temps qu'à l'intérêt professionnel, et de se transporter des bancs de l'amphithéâtre de l'Assistance publique à la tribune de l'Académie de médecine. Messieurs les académiciens ont ainsi la satisfaction de faire, de temps à autre, connaissance avec des confrères qu'ils appelleraient vraisemblablement collègues sans le hasard de l'éloignement. De ce nombre est M. Bardinet, directeur de l'École préparatoire de Limoges.

FEUILLETON.

Le drainage considéré au point de vue de l'hygiène publique.

A M. LE DOCTEUR VLEMINCKX, PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

(Deuxième lettre).

Des phénomènes physiques et chimiques qui se développent sous l'influence d'un sol humide.

Si vous voulez que nous observions sur place les phénomènes météoriques signalés dans ma première lettre, transportons-nous sur les lieux mêmes ; allons ensemble, soit au milieu des polders, soit dans les plaines de la Campine ; ou plutôt plaçons-nous tout simplement au pied de la citadelle d'Anvers, dont les bases sont plongées dans des terrains humides et marécageux. Outre que c'est là un de vos points habituels d'observation, nous y trouverons réunis tous les éléments dont nous avons besoin pour cette étude. Il nous faut d'ailleurs consacrer un jour entier à ces observations, car ces différents phénomènes météorologiques s'accomplissent en trois périodes distinctes : le matin, au milieu du jour, et le soir à l'apparition de la nuit.

Le soleil va se lever ; son grand disque rouge se prépare à sortir des brumes amoncelées vers l'orient, la journée promet d'être belle et chaude. Examinons donc ce qui se passe devant nos yeux, car, pour peu que nous tardions, nous manquerions la première scène et le lever du rideau. Placés comme nous le sommes sur les glacis des fortifications, nous dominons tout le paysage qui nous environne, voyez comme il nous apparaît plongé dans des vapeurs épaisses et compactes ; c'est à peine si nous pouvons distinguer la cime des arbres et le sommet des édifices ; mais là bas, dans la plaine, vers la Tête de

M. Bardinet, on s'en souvient, a lu dans l'avant-dernière séance le résumé fort écouté, et qui méritait de l'être, d'un mémoire *sur l'ictère épidémique des femmes enceintes*. Nous avons analysé ce travail; nos lecteurs ont pu juger par eux-mêmes de ce qu'il renferme d'intéressant et de la part considérable qu'il apporte à l'histoire, encore obscure et incomplète, de l'ictère concomitant de la grossesse. Nos remarques ne porteront que sur deux ou trois points.

On n'est pas encore parvenu à établir sans contestation dans le domaine nosologique les maladies décrites sous le nom de *chorée des femmes grosses* (*Gaz. hebd.*, 1863, nº 1, p. 13); *paraplégie des femmes grosses* (*ibid.*, 1862, p. 690); et la même incertitude règne encore au sujet de l'espèce morbide dont s'est occupé M. Bardinet (*ibid.*, 1863, nº 12, p. 200). La question en effet n'est pas si commode à résoudre qu'elle en a l'air tout d'abord, et elle le doit paraître tout particulièrement à l'honorable directeur, qui ne veut pas rattacher, avec M Caradec et d'autres, la suffusion de bile à une compression des canaux biliaires par l'utérus développé. Si à ce lien contesté entre les deux faits, — savoir, la jaunisse et le développement de l'organe utérin, — on n'en substitue pas un autre, tel, par exemple, que le mauvais état des voies digestives invoqué par Burns et d'autres accoucheurs, il n'y a plus de refuge que dans la statistique. La statistique ne donnera pas le rapport cherché; mais elle pourra établir qu'il existe une relation quelconque entre la jaunisse et la grossesse. Mais sur quelle masse de chiffres ne faudrait-il pas opérer! Proportion des femmes dans la population entière de la localité; proportion des femmes grosses relativement aux autres femmes; proportion des cas d'ictère dans chaque catégorie. L'auteur lui-même, dans son résumé, reconnaît que l'ictère était épidémique, qu'il sévissait sur la population en général, et que les femmes, enceintes ou non, étaient plus souvent atteintes que les hommes. Jusque-là, on le voit, il n'y aurait guère de motif pour voir dans l'épidémie de Limoges un *ictère des femmes grosses*; c'était, en réalité, l'ictère de tout le monde. Mais voici une particularité digne de considération. La maladie « a exercé sur les femmes enceintes une action particulière; elle a présenté chez elles une gravité exceptionnelle qui formait un contraste des plus frappants avec sa bénignité à peu près absolue chez les autres malades. » De là pourrait venir une lumière, et la clinique résoudrait peut-être, par des observations de ce genre, le problème jusqu'ici soustrait à la statistique. Mais il faut bien encore faire remarquer que le chiffre des femmes grosses frappées par l'épidémie, les seules du moins dont il soit parlé dans le mémoire, ne dépasse pas 13; que si, chez 5 d'entre elles, il y a eu avortement ou accouchement prématuré, 3 seulement ont présenté les symptômes de l'ictère grave. Est-ce assez pour vider la question nosologique? Nous sommes d'autant plus désintéressé dans cette réserve, que nous avons quelque tendance, mais de la tendance seulement, à admettre chez la femme grosse une prédisposition particulière à contracter la jaunisse.

Il y a aussi dans la lecture de M. Bardinet le germe d'un autre élément de solution. D'après une statistique de 25 cas, appartenant à différents auteurs, l'ictère des femmes grosses aurait apparu 18 fois aux sixième et septième mois. Là n'est pas l'époque du plus grand refoulement de l'appareil hépatique; ce n'est pas celle non plus des plus grands troubles gastro-intestinaux; néanmoins une certaine fixité dans la période de la grossesse à laquelle se montrerait l'ictère, soit sporadique, soit épidémique, constituerait une forte présomption en faveur d'une relation étiologique quelconque entre ces deux conditions de l'organisme.

Un mot enfin sur l'avortement et l'accouchement prématuré artificiel dans les cas d'ictère grave. M. Caradec avait écrit : « *Toutes les fois* que le médecin se trouvera aux prises avec l'ictère grave ou malin, et qu'il s'apercevra de l'impuissance des moyens thérapeutiques et des progrès du mal, il devra songer à l'avortement. » M. Bardinet va aussi loin, au fond, que son confrère, mais en y mettant plus de ménagement et surtout en posant mieux les indications pratiques. Nous balancerions à le suivre. Assurément, nous n'avons pas témoigné jusqu'ici de scrupule excessif à l'endroit de l'accouchement prématuré artificiel, voire de l'avortement; mais deux motifs surtout nous feraient hésiter dans la circonstance : l'un est que nous ne sommes pas bien convaincu, après l'expérience si restreinte dont la science dispose sur ce point, que l'accouchement doive avoir pour effet d'enrayer ou seulement d'atténuer la maladie; l'autre, que si l'on se croyait autorisé à détruire de bonne heure le produit de la conception parce que, à Roubaix « toutes les femmes qui accouchaient pendant le cours de la maladie succombaient » (Carpentier), ou parce que, à Saint-Pierre de la Martinique, 18 femmes atteintes d'ictère *sont toutes mortes*, et que « de leurs 18 enfants, *un seul a survécu* (Douillé), il faudrait être prêt à prendre ce redoutable parti dans d'autres maladies qui mettent gravement en péril la vie de la mère, comme dans la fièvre typhoïde ou la variole confluente. Là, en effet, il y a autant de chances

---

Flandre, ce ne sont plus que brouillards impénétrables, et la vue n'y découvre rien qu'une mer immense de vapeurs.

Encore quelques heures, et ces vapeurs vont diminuer, puis disparaître, comme si une fée avait agité sa baguette. C'est que la colonne d'air qui repose au-dessus du sol et qui se trouve saturée de ces vapeurs, en s'échauffant graduellement par la chaleur du soleil, va faire monter ces vapeurs lentement d'abord, puis rapidement, vers les régions supérieures.

Que sont donc ces brouillards des pays humides et marécageux, et de quoi sont-ils formés? N'est-ce pas dans leur sein que se tient renfermé et dissous le miasme fébrifère? N'est-ce pas là la malaria, qui frappe et empoisonne tous ceux qui viennent à la respirer?

Ces brouillards, cher maître, vous le savez, ne sont que des fantômes évoqués par les préjugés et la routine des siècles; aussi les voyons-nous s'évanouir à la lumière, comme s'évanouissent à l'aube naissante les formes indécises et vaporeuses que notre imagination avait grossies pendant l'obscurité.

Les brouillards ne doivent être considérés que comme la manifestation de l'équilibre qui s'établit entre le sol et l'atmosphère, et leur existence est intimement liée aux conditions électro-chimiques du sol. Ces vapeurs ne sont que des globules aqueux combinés avec de l'oxygène électrisé, que le refroidissement de l'atmosphère a fait retomber hier au soir sur le sol, et qui, disparus à l'instant même, reparaîtront ce soir encore par la même cause. Ils ne tiennent en suspension ni poison, ni miasme d'aucune nature; leur seule condition de noscivité est d'être humides et très-froids. S'ils sont plus fréquents dans ces pays, auxquels ils donnent un cachet particulier, c'est que le sol recèle constamment des éléments d'humidité, même au milieu de l'été, alors que la surface paraît être entièrement desséchée; c'est que le sous-sol fournit continuellement, sous l'influence de la chaleur, les éléments par lesquels ce phénomène se développe. Ainsi, nous venons de l'observer, ces vapeurs si épaisses ce matin sont maintenant dissipées; le rideau est tombé, et les maisons, les arbres, le

de mort du fœtus que dans l'ictère grave, et il est généralement admis que l'accouchement, survenant en plein cours de la pyrexie, favorise et précipite d'ordinaire la terminaison funeste.

A. DECHAMBRE.

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

M. OSCAR HEYFELDER ET L'HISTORIQUE DE L'ANKYLOSE CICATRICIELLE DES MACHOIRES (1).

(Suite et fin. — Voir le numéro 45.)

J'ai le regret de dire que M. O. Heyfelder ne s'est pas moins trompé en ce qui concerne le second point.

En l'an de grâce 1860, j'ai publié, dans nos ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, un mémoire de 68 pages dans lequel je me suis donné la peine d'étudier la question de la pseudarthrose maxillaire comme moyen de remédier à l'ankylose vraie ou fausse des mâchoires. J'ai fait mon possible pour y traiter l'historique d'une manière impartiale. Ce travail n'a pas été consulté par M. O. Heyfelder, et je m'en étonne peu, car, d'après l'opinion qu'il paraît s'être faite des productions scientifiques françaises, il n'a pas pensé trouver là quelque chose d'utile. Néanmoins je lui conseille cette lecture, et d'autant plus que je n'ai aucune priorité à réclamer pour moi-même, m'étant contenté d'exposer de mon mieux l'état de la science à cette époque. Il y verra que, s'inspirant d'une idée américaine (Rhea-Barton), A. Bérard, en 1838, proposa formellement la création d'une articulation artificielle dans la continuité du maxillaire inférieur; que cette idée, reproduite en 1839 dans les ÉLÉMENTS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE de M. Velpeau, en 1841 dans la MÉDECINE OPÉRATOIRE de Malle (de Strasbourg), était déjà vulgaire en France bien avant la publication de la CHIRURGIE OPÉRATOIRE de Dieffenbach; qu'en 1840 M. Carnochan (de New-York), qui lui aussi réclame la priorité de la section du masséter, avait accidentellement entrevu l'utilité de la pseudarthrose et proposé clairement la résection partielle pour assurer sa formation.

Si M. O. Heyfelder daigne lire mon travail jusqu'au bout, il apprendra qu'un chirurgien célèbre de l'Italie, M. Rizzoli (de Bologne), sans connaître les idées d'Esmarch, arrivait à la même conclusion et inaugurait en 1857 un procédé aussi simple qu'efficace dans les cas peu compliqués, procédé qui a déjà été appliqué cinq fois au moins par son auteur et quatre fois suivi de succès. Aussitôt qu'il aura pris connaissance de ma modeste compilation, M. O. Heyfelder, j'en suis convaincu, modifiera radicalement le sixième paragraphe de sa notice historique. Dieffenbach cessera d'être le *promoteur intellectuel;* A. Bérard prenant cette place honorable. Bruns restera le premier *réalisateur* (encore un barbarisme) de l'idée; mais la part la plus large sera restituée à Esmarch, qui, au lieu d'être seulement considéré comme n'ayant que *par hasard* réinventé le procédé (*Esmarch der mehr oder weniger zufällige Wiedererfinder oder der Entdecker des Verfahrens*), doit être définitivement regardé comme le véritable père de la méthode qui doit désormais prévaloir comme seule capable d'assurer le succès.

Qu'il me soit permis de m'arrêter ici et de montrer comment et pourquoi M. O. Heyfelder a été involontairement injuste envers son confrère danois. Transgressant cette règle absolue qui prescrit de consulter les travaux originaux quand il s'agit d'écrire l'histoire, il n'a connu les idées d'Esmarch que par des extraits et n'a point lu le remarquable mémoire intitulé : DIE BEHANDLUNG DER NARBIGEN KIEFERKLEMME DURCH BILDUNG EINES KUNSTLICHEN GELENKES IM UNTERKIEFER. In-4°. Kiel, 1860. Cette négligence a porté ses fruits et a fait écrire à M. O. Heyfelder une phrase tout à fait inexacte, où il confond les dates et fusionne en un seul les deux cas observés par Esmarch.

Voici le texte de M. O. Heyfelder : « En 1858, Esmarch observa le cas suivant : Un homme de sieze ans avait, à la suite » d'un noma, gardé une soudure cicatricielle des mâchoires, » avec perte de substance de la joue gauche et de la branche » horizontale correspondante du maxillaire; il combla la perforation génale par une opération plastique et enleva avec la » scie à chaîne et les cisailles les bords de la région malade de » l'os, de sorte qu'un trou d'un pouce prit naissance. Guérison, » pseudarthrose. Il constata neuf mois après que le patient

(1) Fautes à corriger dans le premier article :

Page 730, 2e colonne, transporter l'indication bibliographique, *Lehrbuch der Resectionen*, de la ligne 24 à la ligne 38.

Page 731, 2e colonne, ligne 21, au lieu de : *ce qui*, lisez *ce que*.

Page 732, 1re colonne, ligne 5, au lieu de *ténotomie*, lisez *ténotomanie*. Ce mot, étant de fantaisie, a choqué le correcteur, qui de son chef a supprimé la plaisanterie.

Même page, 2e colonne, ligne 12. L'article de M. Borchard a été tiré à part. J'en ai un exemplaire; mais il a été publié dans le journal *l'Expérience*, 1840, n° 151, p. 333, où on le retrouvera plus facilement.

---

pays tout entier, dont nous n'apercevions que le sommet, dont les bases, comme dans un mirage trompeur, nous semblaient plongées dans un immense lac, tout cela maintenant est net à nos yeux, et notre vue peut s'étendre aussi loin que l'horizon le permet.

C'est que le soleil monte au-dessus de nos têtes, et ses rayons les plus ardents, en pénétrant le sol, vont augmenter le phénomène de la vaporisation; c'est que c'est l'heure où le foyer électro-chimique va retrouver toute son activité. Le grand mouvement catalytique dont je vous ai parlé est maintenant dans toute sa force, car le sol et la couche d'air qui le couvre s'échauffent de plus en plus, et sous cette influence se produisent ces deux faits importants : 1° la vaporisation des molécules humides du sol; 2° la soustraction dans la couche d'air qui repose sur le sol échauffé de la presque totalité de l'électricité positive, et avec elle la diminution de l'oxygène libre.

Dans ce moment, il existe du sol vers les régions supérieures, un courant ascensionnel continu des plus grands et des plus marqués, quoique insensible en apparence. L'électricité fournie par cette action chimique, monte et disparaît dans les couches supérieures de l'atmosphère, enlevée par les globules aqueux dus à la vaporisation.

Ce courant thermo-électro-hygrométrique, cher maître, est si manifeste que je prétends vous le montrer et le mesurer devant vous, grâce à l'instrument condensateur dont j'ai eu le soin de me munir.

Nous allons le placer au-dessus du sol, à une hauteur de 30 centimètres environ; cet instrument, vous le voyez, est composé de plaques métalliques hérissées, du côté qui regarde le sol, d'un nombre infini d'aiguilles de laiton ou d'acier; à chacune de ces plaques, suspendues au-dessus du sol par des isoloires, aboutissent des électrodes de fils métalliques recouverts de laine, lesquels fils vont aboutir aussi par leur extrémité opposée à un électromètre et à une boussole; enfin au sommet de l'instrument est placé un ozonomètre, qui ici sert en même temps d'hygromètre.

» pouvait écarter les mâchoires d'un pouce, mâcher et même » casser des noix. » Plus loin, on ajoute « qu'Esmarch a obtenu une fausse articulation sans l'avoir prévue en aucune manière, mais qu'il comprit cependant toute l'importance de ce fait, qui le conduisit à proposer un procédé régulier. »

Quiconque lira ce texte sans être au courant de la question croira qu'Esmarch a conçu pour la première fois son procédé en étudiant en 1858 les suites d'un cas fortuitement observé; que c'est dans cette même année qu'il pratiqua la résection sans prévoir la pseudarthrose; enfin qu'il constata, neuf mois plus tard seulement, la permanence de celle-ci. S'il en était ainsi, par parenthèse, c'est à Rizzoli, opérant en 1857, qu'il faudrait attribuer le mérite de la méthode nouvelle.

Mais les choses se sont passées tout autrement : en septembre 1854, Esmarch observa son premier malade, âgé de quatorze ans. Une gangrène de la bouche, suite d'une fièvre typhoïde contractée trois ans auparavant, avait fait subir à la joue une large perte de substance et nécrosé la partie correspondante du maxillaire. Pendant la convalescence, un séquestre de 5 centimètres 1/2 s'était spontanément détaché, à la suite de quoi s'était formée, spontanément aussi, une pseudarthrose qui permettait des mouvements si étendus de la mâchoire, que l'enfant pouvait broyer tous les aliments et même casser des noix. D'après les dates, il est probable que cette fausse articulation s'était formée, non pas en 1858, mais bien vers la fin de 1851, par les seules forces de la nature et l'élimination du séquestre de 5 centimètres 1/2, et non par l'action de la scie à chaîne et des cisailles. Quoi qu'il en soit, Esmarch se contenta d'arracher quelques dents déviées et pratiqua la génoplastie à lambeaux, qui réussit d'emblée; mais il ne lui fallut pas neuf mois pour comprendre toute la signification de ce fait important, car, vers la fin du même mois de septembre, il communiqua au congrès de Göttingen sa conception opératoire (1). Voilà, ce me semble, qui est fort clair. En 1858, à la vérité, Esmarch intervint encore activement dans la question, et de plusieurs manières : d'abord en confirmant la guérison de son premier malade, puis en inspirant à son ami le docteur Wilms (de Berlin) l'opération que celui-ci pratiqua le 30 mars; enfin en opérant lui-même, le 4 mai, un garçon de seize ans, à qui, avec la scie à chaîne et les cisailles cette fois, il enleva un pouce du corps de l'os.

Il est probable que les deux dates précédentes n'ont pas été reproduites dans les extraits que M. O. Heyfelder a consultés, car elles lui auraient permis d'éviter un singulier anachronisme. Il est difficile de comprendre, en effet, comment Wilms, opérant le 30 mars 1858, a pu s'inspirer de l'opération pratiquée par Esmarch le 4 mai suivant, et comment le premier aurait mis à profit une idée qui ne serait venue au second que neuf mois après, c'est-à-dire vers janvier 1859.

Je crois que cette petite démonstration *per absurdum* établit suffisamment la nécessité de consulter toujours les originaux.

Si Esmarch a dû sa découverte au hasard de la clinique, ce qui ne diminue en rien son mérite, il est avéré que ce hasard s'est montré en 1854 et non en 1858. Si la priorité du procédé peut être disputée à l'habile chirurgien de Kiel, ce ne peut être que par dame Nature, qui avait eu la prévoyance, dès 1851, de créer en faveur du jeune J. K... une pseudarthrose qui lui permettait en 1854 de casser des noix.

Telle est la conclusion que j'adopte, tout Français que je suis, et *natürlich nichts wissend*.

J'arrive au terme de cette note, et il ne me reste plus qu'à taquiner encore M. O. Heyfelder sur sa dernière phrase, c'est-à-dire sur « la *petite* vanité nationale qui lui permet de con» stater que la méthode est née et a été exclusivement culti» vée sur le sol allemand. » Je pourrais d'abord proposer un changement d'adjectif dans la rédaction et substituer *große* à *kleine*. Je pourrais encore demander si le Danemark est terre allemande; mais ceci me placerait sur le terrain de la politique et des annexions; aussi je m'abstiens. Si Esmarch consent à changer de nationalité pour donner raison à M. O. Heyfelder, cela le regarde, et non moi.

Je crois plus profitable d'énumérer simplement les faits ou les écrits relatifs à la méthode et qui ont vu le jour hors des limites géographiques du sol allemand. Je ne reviens pas sur A. Bérard, Velpeau et Manne, et je ne fais que signaler en passant un procédé théorique décrit en 1850 par M. Richet dans sa thèse de concours (*Des opérations applicables aux ankyloses*, p. 84). J'arrive aux documents modernes que M. O. Heyfelder ne paraît pas connaître. L'Italie a la part large, grâce à M. Rizzoli. Voici la liste des publications nombreuses du chirurgien de Bologne :

1° Operazioni chirurgiche eseguite in diversi casi onde to-

(1) Je ne sais pas exactement à quelle séance du Congrès, et par conséquent quel jour, Esmarch fit sa communication. Je sais seulement que la première séance eut lieu le 18 septembre. Cette difficulté est minime; au reste, il serait facile de la trancher avec les procès-verbaux du Congrès.

Avant qu'il soit une heure, la sensibilité de l'instrument va se révéler par la déviation de l'aiguille de l'électromètre ou de celle de la boussole, et en jetant un coup d'œil sur le thermomètre placé sur un des supports de l'appareil, nous pourrons observer que la sensibilité de l'électromètre est d'autant plus grande que les degrés du thermomètre sont plus élevés.

Si maintenant nous élevons davantage l'instrument au-dessus du sol, de 1 mètre d'abord, puis de 2, de 4, et enfin de 6 et de 10 mètres, nous allons voir l'instrument devenir de moins en moins sensible à mesure que nous l'éloignerons du foyer.

Observez aussi que l'ozonomètre reste immobile.

Mais attendons quelques heures, replaçons l'instrument près du sol, et vers le déclin du jour nous verrons sa sensibilité diminuer et s'éteindre, en revanche l'hygromètre et l'ozonomètre deviendront sensibles.

Déjà, en effet, le soleil s'abaisse vers l'horizon; encore quelques instants, et il va s'ensevelir dans le lit de pourpre frangé d'or que lui préparent les nuages qui s'accumulent par bandes au couchant.

Aussi apercevons-nous déjà dans le lointain des vapeurs blanches et légères s'élever de la terre, et commencer à baigner le pied des arbres de la prairie : c'est le même tableau qui ce matin s'est effacé à nos yeux au lever du soleil, et qui va se former de nouveau; c'est enfin l'heure d'observer ce troisième phénomène de la journée.

Tous les phénomènes chimiques que nous avons vus se manifester dans le sol échauffé, vont donc perdre peu à peu leur activité et cesser bientôt complétement. Alors cette électricité positive, que nous avons vue ce matin s'élever du sol intimement combinée avec les globules humides, va descendre peu à peu des régions supérieures de l'atmosphère, toujours intimement liée aux globules aqueux, et s'abattre sur la colonne d'air qui repose sur le sol, afin d'entrer ensemble en équilibre.

C'est à l'instant que l'ozonomètre et l'hygromètre donnent

GLIERE LA IMMOBILITA DELLA MASCELLA INFERIORI, in MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES DE BOLOGNE, 1858;

2° BOLLETINO DELLE SCIENCE MEDICHE DI BOLOGNA, 4e série, vol. IX, février 1858;

3° Même recueil, même série, mai 1859, p. 395;

4° Même recueil, même série, vol. XIV, 1860, p. 109;

Première lettre à M. Verneuil : *Sul metodo della simplice incisione verticale sotto cutanea del corpo della mandibula inferiore per la cura del serramento delle mascelle;*

5° Deuxième lettre à M. Verneuil, même titre, même recueil, t. XIX, p. 241.

Pour ne point sortir de l'Italie, citons encore une très-belle observation de *synostose intermaxillaire* guérie, par le procédé de M. Rizzoli, par le docteur Carlo Esterle, professeur d'obstétrique et chirurgien en chef de l'hôpital de Novare, in ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA d'Omodei, t. CLXXVI, 1861, p. 570. L'auteur est très au courant de la question historique. Le roi de Saxe a bien traduit le Dante, M. O. Heyfelder peut bien lire les observations de Rizzoli et d'Esterle.

Après l'Italie, plaçons la France. Dans ce même journal, dès 1859, la question a été soulevée, et à plusieurs reprises traitée assez longuement. On comprend bien que M. O. Heyfelder n'ait pas lu ces articles, car évidemment on ne peut pas tout lire. Mais ce qui se conçoit moins, c'est qu'étant membre de la Société de chirurgie, il ignore que, depuis trois ans, la pseudarthrose maxillaire est à l'ordre du jour de nos travaux. Il pourra s'en convaincre en consultant nos BULLETINS aux passages suivants : 2° série, t. Ier, 1860, p. 177, 645; — 2e série, t. III, 1862, p. 198, 398, 402, 433, 440, 459. Je ne compte pas les débats qui ont eu lieu cette année même. Alors il apprendra que la section ou la résection de la mâchoire pour obtenir une pseudarthrose a été pratiquée quatre fois par MM. Huguier et Boinet, Deguise fils, Marjolin et Bauchet.

Après la France, l'Angleterre. L'opération d'Esmarch a franchi le détroit l'année dernière. M. Mitchell — Henry d'abord, puis M. Heath, l'ont répétée, ce dernier avec succès. (*Dublin Quarterly Journal*, mai 1863, p. 323.)

Enfin, pour compléter le contingent fourni par le sol allemand lui-même, je rappellerai à M. O. Heyfelder : 1° que le professeur A. Wagner a publié une très-belle observation dans le deuxième volume des KŒNIGSBERGER MEDICINISCHE JAHRBUECHER, p. 100. M. Wagner, qui donne quelques détails historiques sur la synostose intermaxillaire, attribue aussi à Dieffenbach la priorité de l'idée. « Dieffenbach, dit-il, est, *à ma connaissance*, » le premier qui, pour la vraie ankylose, recommande la for- » mation d'une pseudarthrose, etc. » Les seuls mots *à ma connaissance* constituent une circonstance atténuante; d'ailleurs, l'auteur publie simplement une observation et non un article dogmatique; on ne saurait donc exiger de lui un historique complet.

2° Qu'on trouve trois cas intéressants (l'un opéré par le procédé d'Esmarch, les deux autres par celui de Rizzoli) publiés par M. Albert Lücke, élève distingué de M. B. Langenbeck et tirés de la pratique de cet éminent chirurgien. (*Beiträge zur Lehre von den Resectionen* in *Archiv für Klinische Chirurgie* de Langenbeck, Band III, 1862, p. 337.)

3° Que V. von Bruns (de Tübingen) appliqua le procédé de Rizzoli chez une fille âgée de sept ans atteinte d'ankylose de la mâchoire inférieure. La section simple pratiquée au-devant du masséter, le 11 août 1860, dut être répétée au mois de novembre. Le résultat définitif fut presque nul. (*Statistik Sämmtlicher in der Chirurgischen Klinik in Tübingen von 1843 bis 1863, vorgenommen Amputationen und Resectionen* von doctor Hermann Schmidt, p. 57. Stuttgart, 1863.

4° Que le professeur Grube (de Charkow) a publié récemment dans les ARCHIVES DE CHIRURGIE CLINIQUE de Langenbeck, t. IV, 1863, une observation d'ankylose temporo-maxillaire guérie par la section de la branche montante. Puis il donne le résumé d'un autre cas où il a pratiqué avec succès l'opération d'Esmarch. Je n'ai pas encore consulté l'original, et je cite d'après nos ARCHIVES DE MÉDECINE, numéro d'octobre 1863, p. 488. M. O. Heyfelder n'a pu citer ces deux derniers faits à cause de la date récente de leur publication.

Ainsi, *à ma connaissance*, dirai-je à mon tour par prudence, la pseudarthrose maxillaire a été vingt-trois fois l'objet d'une opération spéciale, et je ne parle que des cas publiés explicitement; mais il se peut que le total monte plus haut. En signalant vingt-trois cas avérés et notoires, je fais ce que je peux; je saurais bon gré à ceux de mes lecteurs qui voudraient bien compléter mes informations.

Et maintenant quelle conclusion tirer de ce long débat? Irai-je pour la faute d'un seul accuser tous les savants d'un pays, qui les compte par douzaines? Irai-je, par représailles, dire que, *comme Allemand*, M. O. Heyfelder ne sait rien, parce qu'en effet il n'est pas au courant de la question de la pseudar-

---

des signes marqués de sensibilité, et demain matin, au point du jour, tous les deux auront atteint le maximum.

Ce phénomène météorologique est d'autant plus apparent qu'on l'observe dans les vallées comme celle-ci, ou dans des régions dont les terrains, soit par leur position, soit par leur nature, présentent la configuration de bassins; c'est là qu'on le voit prendre peu à peu toute son intensité, et s'étendre jusque vers les lieux plus élevés de la contrée, à mesure que le sol se refroidit et que la nuit s'avance.

Et maintenant, cher et honoré maître, que nous avons assisté à ces trois actes météorologiques, que nous en avons observé attentivement les détails, nous pouvons, en résumant ces faits, dire avec une certitude acquise : que le *phénomène principal et prédominant des contrées humides est* LA VAPORISATION humique.

C'est avec intention que j'écris ici le mot de *vaporisation humique*, car il est important de distinguer dans ce phénomène, la vaporisation qui se produit sur l'eau amassée en nappe, lac, flaque d'eau et la vaporisation qui se produit sur les parties aqueuses intimement mélangées au sol, le dissolvant, lui et une grande partie des matières qui le composent.

Dans le premier cas, le phénomène est simple, l'eau ne fait que changer d'état, elle est tout simplement transformée en vapeur; tandis que dans le second, en même temps que la vaporisation a lieu, il se produit une véritable action électro-chimique, née du mouvement de composition et de décomposition qui se passe dans les myriades de molécules organiques répandues dans le sol; action déterminant dans la couche d'air des variations météorologiques brusques, des véritables courants, sorte de flux et de reflux ascendant et descendant, enfin des mouvements pendant lesquels, à un instant donné, l'air sec et brûlant se trouve, en grande partie, *désoxygéné* et *désélectrisé*, puis tout à coup, suivant la saison, la chaleur et les heures du jour, devient humide et froid, presque glacial, et surchargé d'électricité libre.

La *vaporisation humique*, ainsi que je viens de vous le démon-

throse maxillaire; parce qu'il n'a pas lu quelques observations, quelques mémoires ou quelques articles de journaux? Dieu me garde de commettre pareille injustice. Hélas! si, pour n'avoir pas consulté une brochure, on méritait un blâme si rigoureux, qui donc dans le passé, le présent ou l'avenir, serait innocent et pourrait passer pour véritablement instruit? Qu'on traduise en toutes les langues l'anathème lancé par M. O. Heyfelder contre Nélaton et les Français, et j'affirme qu'on pourra sans peine l'appliquer partout, en Italie comme en Espagne, à Londres comme à New-York, en Allemagne comme en France. Le seul préservatif certain contre un tel reproche est, à coup sûr, de ne rien écrire, et c'est pour cela sans doute que tant d'hommes haut placés n'écrivent point. Nous tous qui manions la plume avons sur la conscience quelques péchés de ce genre, et moi tout le premier.

On ne peut, en vérité, exiger de ceux qui écrivent l'histoire qu'une connaissance sérieuse du sujet qu'ils traitent et la vérification sévère des sources où ils puisent. Hors de là, on ne peut que leur conseiller de s'abstenir des assertions aventureuses, des conclusions prématurées, des hypothèses trop hardies et des phrases blessantes. Peut-être les écrivains feraient mieux également de renoncer à la vanité nationale, grande ou petite, ou de ne la satisfaire du moins qu'avec réserve et modération. Les titres de priorité, je l'ai dit ailleurs, ne sont le plus souvent que provisoires et d'ailleurs très-difficiles à revendiquer dans leur entier pour un individu, pour un pays, pour une époque, et c'est à peine si en cette matière il existe des jugements sans appel.

M. Oscar Heyfelder est un chirurgien très-distingué; mais je le tiens de plus pour un galant homme : aussi suis-je certain qu'il ne me saura pas mauvais gré de la petite querelle *de Français* que je viens de lui faire en défendant notre science nationale injustement attaquée. Il s'occupe depuis longtemps de la question des résections où ses travaux font autorité, et cependant j'ai relevé quelques erreurs et quelques omissions dans sa monographie Sur la résection de la machoire supérieure. J'en ai retrouvé d'autres dans l'ouvrage plus important intitulé : Operationslehre und Statistik der Resectionen. Wien, 1861. Enfin je viens de démontrer que le Lehrbuch der Resectionen n'est pas irréprochable. Je trouve notamment dans ces ouvrages plus d'une injustice et plus d'une phrase hostile à l'adresse de la chirurgie française.

M. Oscar Heyfelder nous avertit, dans la préface de son dernier livre, que les exigences de la librairie ne lui ont pas permis de revoir avec assez d'attention toutes les parties de son œuvre. Nous acceptons l'excuse, à la condition que la prochaine édition sera purgée, que les lacunes seront comblées, les erreurs corrigées, et qu'enfin justice sera faite à tout le monde. Nous espérons n'y plus trouver les petites injures internationales, qui ne prouvent pas grand'chose et qui servent encore moins. N'est-il pas possible, d'ailleurs, de discuter sans disputer, et ne peut-on se convaincre réciproquement d'erreur sans s'invectiver? A quelqu'un qui avance un fait erroné, il est bien permis de dire : Monsieur, vous vous trompez; mais il est d'un goût médiocre de lui dire : Vous êtes un ignorant, ou vous en avez menti.

J'ai donc l'espoir que M. O. Heyfelder utilisera ma critique et ne m'en gardera point rancune. Si l'occasion nous rapproche encore, il mettra cordialement sa main dans la mienne, et nous échangerons l'accolade fraternelle comme au beau temps de notre jeunesse, où, si j'ai bonne mémoire, nous répétions en bons camarades les opérations chirurgicales dans les cabinets enfumés de notre École pratique (1).

A. Verneuil.

(1) Voy. à la *Correspondance*.

III

REVUE CLINIQUE.

Pathologie interne.

Cas remarquable d'affection musculaire (atrophie ascendante chronique), par le docteur M. Tulenburg (de Berlin), présenté à la Société des médecins de Berlin le 17 décembre 1862.

Obs. — Émile S..., âgé de dix ans, n'offre pas d'anomalies congénitales ni héréditaires. Les premières années de sa vie n'ont eu rien de remarquable; seulement la dentition commença un peu tard, vers la fin de la première année. Il marcha à un an et demi, comme la plupart des autres enfants, et ne laissa jusqu'à trois ans apercevoir aucune irrégularité dans sa marche. Durant sa quatrième année, l'enfant tomba malade; mais nous n'avons pas de renseignements sur la nature de cette maladie; il n'y a qu'une longue perte d'appétit qui soit bien constatée. Le malade passa ce temps hors du lit, et regagna son appétit après trois mois par l'usage de l'huile de foie de morue. Mais depuis ce temps on s'aperçut d'une faiblesse dans sa marche, qui était en contraste avec sa santé, en général parfaitement conservée.

Malgré les bains et les frictions, qui furent ordonnés, la faiblesse augmenta peu à peu pendant plusieurs années; elle s'accrut surtout très-

---

trer, explique pourquoi un sol vierge et nouvellement défriché, un sol profondément remué, un étang desséché et labouré, ont une action morbide plus pernicieuse et plus redoutable, cette vaporisation acquérant, dans ces conditions, toute sa force et toute sa violence.

Permettez-moi de signaler à votre attention deux autres conditions météorologiques qui me semblent avoir un rapport direct avec les actes dont nous venons d'être les témoins; c'est que l'atmosphère de ces pays, pendant les grandes chaleurs de l'été, est plus raréfiée, surtout vers le milieu du jour. Aussi les habitants, et plus encore les étrangers, voulant exprimer leurs sensations, semblent tous d'accord pour dire que l'air y est plus accablant, plus lourd qu'ailleurs, et comme continuellement orageux.

N'avons-nous pas remarqué, en effet, que la couche d'air qui repose sur le sol est, pendant ces quelques heures, entièrement privé d'électricité positive, tandis que le matin et le soir cette électricité est, au contraire, très-abondante, accompagnée de vapeurs d'eau froide et glaciale. De là, sans doute, cette autre coïncidence remarquable que l'observation vient confirmer d'une manière assez générale; c'est que dans ce pays les orages sont très-fréquents et très-souvent accompagnés de grêle (1).

Quelle que soit, sur le globe, la contrée palustre dont nous voulions étudier les conditions météorologiques, que ce soit ici ou en France, en Italie ou en Afrique, voire au Mexique, partout, avec des conditions géologiques à peu près identiques, nous rencontrerons l'ensemble des phénomènes que nous venons de constater, avec cette seule différence (et elle est capitale) que leur intensité sera en raison directe de la puissance des rayons solaires.

(1) Je puis joindre à l'appui de cette observation le fait suivant : Dans le centre de la France, qui compose en grande partie la Sologne, les compagnies d'assurances contre la grêle ont exclu de leurs opérations bon nombre de cantons et de communes trop fréquemment ravagés par la grêle, et pour quelques autres elles ont élevé leurs primes.

notablement pendant l'hiver de 1861 à 1862, sans qu'on puisse rien observer qui ait donné lieu à ce symptôme inquiétant.

Tandis que cet état se développait, le malade, suivant le dire des parents, avait été (il y a quatre ans) attaqué d'une rougeole bénigne, et ensuite d'une fièvre gastrique. Ces maladies intercurrentes ne semblent avoir modifié en rien la marche chronique de l'affection. Les facultés intellectuelles ne présentèrent jamais aucune anomalie; le garçon fut envoyé à l'école dès sa septième année, et satisfit toujours à tout ce qu'on pouvait exiger de son âge. L'année dernière, on remarqua une diminution de la force musculaire dans les deux membres supérieurs.

Il y a six mois que le malade me fut présenté. Je le trouvai alors dans l'état suivant :

Il marche d'une façon très-singulière, les jambes écartées, s'appuyant sur la moitié extérieure de la plante des pieds, évitant la flexion des articulations des genoux et en partie aussi de celles des hanches, et portant le tronc de telle sorte que le ventre et le thorax proéminent fortement par devant.

Cette tenue est sans doute provoquée par les efforts que le patient fait instinctivement pour soutenir le centre de gravité de son tronc dans l'axe du bassin, car aussitôt qu'on écarte le tronc de cette position le malade tombe.

Quant à la faculté de s'asseoir, le patient n'y parvient qu'en rencontrant une chaise à peu près à la même hauteur que ses extrémités inférieures. En tâchant de s'asseoir sur un objet plus bas, il fléchit un peu les cuisses sur les jambes à l'aide du triceps sural (jumeaux et soléaire), et abaisse en arrière le bassin jusqu'à un certain degré, mais bientôt il tombe involontairement sur les fesses. Cela arrive toujours et d'une manière frappante quand le patient veut s'asseoir sur une escabelle ou sur le plancher. Dans ce cas, il commence déjà à tomber d'une hauteur considérable, et ce n'est que par un long exercice qu'il a réussi à tomber sur les fesses.

Le malade, une fois assis sur une chaise qui répond à la hauteur de ses membres inférieurs, est obligé, pour se lever, d'appuyer ses deux mains contre ses cuisses, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'en exécutant cette manœuvre il parvient à se lever. Assis sur un objet plus bas (surtout sur le plancher), il ne peut pas du tout se lever. Alors il se met avec grande difficulté dans une position rampante, et arrive ainsi péniblement jusqu'à une chaise, à l'aide de laquelle il tâche de se lever en s'appuyant avec les deux mains, ce qui ne lui réussit que fort difficilement depuis que les membres supérieurs ont eux aussi perdu leur force.

Il ne peut incliner le tronc par devant que jusqu'à un certain degré; ce degré dépassé, il tombe aussitôt. C'est parce qu'il est tout à fait incapable d'étendre la colonne vertébrale, c'est-à-dire d'amener le tronc d'une position inclinée en avant à une position droite (verticale).

Il lui est de même impossible de se relever en étant couché sur le dos, et ce n'est qu'avec beaucoup d'efforts qu'il arrive à se tourner sur l'un ou sur l'autre côté.

Pour se mettre sur les genoux, il faut que les jambes lui servent de base dans toute leur longueur; alors il y balance le tronc avec beaucoup d'adresse; il tombe pourtant dès qu'on écarte un peu le tronc de ce balancement.

Il lui est impossible de monter un escalier; pour le faire, il s'appuie sur les mains, et les membres supérieurs une fois affaiblis, il rencontre des difficultés presque insurmontables. En descendant, il se sert de même des bras, en tâchant de ramper en arrière.

Il faut ajouter que le malade marche également les yeux ouverts et fermés, et qu'il a parfaitement conscience de la nature du sol sur lequel il marche.

Quant à la fonction de l'appareil musculaire en détail, l'examen donne les résultats suivants :

Les muscles de l'une et de l'autre jambe sont extrêmement développés; ceux qui forment le mollet sont surtout notablement hypertrophiés, et leur force est très-énergique. En échange, l'action de l'extenseur quadriceps de la cuisse est presque nulle. Les jambes étant fléchies, le malade ne peut, avec le plus grand effort de sa volonté, produire qu'une extension à peine notable.

Les muscles adducteurs des deux cuisses ne remplissent leurs fonctions que très-faiblement, de sorte que le malade ne peut nullement placer une cuisse sur l'autre.

Les fessiers et tous les muscles fléchisseurs de la jambe ont leur fonction normale. Le muscle psoas-iliaque fonctionne aussi assez bien, tandis que les muscles abdominaux, et surtout les extenseurs dorsaux, offrent un haut degré d'inactivité.

Quand on fait coucher le malade sur la face antérieure des extrémités inférieures, de sorte que le tronc dépasse librement le plan qui les supporte, le tronc s'abat immédiatement; tandis que lorsque les extenseurs dorsaux jouissent de leur activité normale, l'individu est soutenu dans cette position même par des enfants très-faibles.

La diminution d'énergie des muscles abdominaux se manifeste par les grandes difficultés que le patient a à vaincre pour tourner ou fléchir le tronc.

Tous les muscles du bras et de l'avant-bras sont flasques et mous, et ils fonctionnent d'une manière extrêmement faible. Tous ceux dont l'action est affaiblie sont en même temps plus ou moins atrophiés. L'atrophie est le plus distinctement prononcée aux extenseurs dorsaux et aux muscles des deux membres supérieurs, tandis qu'elle semble un peu moins marquée à l'extenseur quadriceps de la jambe.

Il n'y a jamais d'oscillations fibrillaires dans les muscles malades.

Quant à la contractilité électro-musculaire, elle n'est pas complétement détruite, mais elle n'est conservée qu'à un très-léger degré. Les muscles atteints agissent sous l'influence d'un fort courant électrique, mais leur contraction ne devient jamais considérable. Par exemple, on ne réussit nullement à produire une extension de la jambe par la faradisation de l'extenseur quadriceps : la seule chose qu'on puisse produire est un effort de contraction visible et palpable, mais qui ne va pas jusqu'à un raccourcissement suffisant pour étendre la jambe.

Les sensibilités électro-musculaire et électro-cutanée sont parfaitement conservées.

Tous les membres offrent une température diminuée de beaucoup.

Tous les organes des sens jouissent d'une fonction parfaitement normale.

Les fonctions des organes de la digestion, de la respiration et de la circulation ne présentent aucune lésion remarquable, seulement le malade est un peu disposé à la constipation. L'urine est sans albumine, et ne contient d'ailleurs aucun principe anormal.

Le sommeil est bon, l'appétit aussi; le patient éprouve un peu de difficulté à approcher la nourriture de la bouche, à cause de la gêne des mouvements des deux membres supérieurs, ce qui l'empêche aussi d'écrire ou de s'occuper à tout autre ouvrage des mains.

L'état de l'intelligence répond tout à fait à l'âge du malade.

Les troubles fonctionnels des muscles, que nous venons de rapporter, donnent l'explication complète des anomalies de la marche et de l'atti-

---

Aujourd'hui nous sommes au nord, et malgré l'ardeur de l'été, ces phénomènes ont une action bien faible, comparés à ceux qui se développent dans des contrées plus rapprochées du sud; et là, quoique plus actifs par comparaison avec ceux que nous venons d'observer, ces phénomènes sont plus faibles encore que ceux qui ont pour foyer le sol de l'équateur ou des tropiques.

Du reste, c'est en parlant, dans ma prochaine lettre, des troubles que l'action météorique des contrées humides fait rejaillir sur l'économie que je vous montrerai, comment se traduit sur l'homme la différence climatérique, et quelles conséquences elle entraine.

Veuillez agréer, etc. Dr Ed. Burdel.

— M. le docteur Henri Roger, agrégé de la Faculté, commencera le cours clinique des maladies des enfants mercredi 18 novembre, à neuf heures, à l'hôpital des Enfants.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire le jeudi 19 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure.

— M. le docteur Prost commencera son cours sur les maladies vénériennes le samedi 14 novembre, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, à sept heures du soir, et le continuera les mardis et samedis suivants.

— M. le professeur Gavarret commencera son cours de physique médicale le mercredi 18 novembre, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

— M. Chausit commencera son cours public des maladies de la peau le lundi 23 novembre, à midi, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

tude, ainsi que de l'impossibilité que le malade éprouve à s'asseoir, à se relever, etc.

Il y a entre autres choses le fait intéressant que le patient trouve moyen de balancer son tronc dans une position verticale, malgré la fonction très-défectueuse des muscles abdominaux et des extenseurs dorsaux.

Il faut remarquer aussi que le malade se laisse tomber sur les fesses en tâchant de s'asseoir. Comme tous les muscles fléchisseurs de la jambe et de la cuisse sont intacts, ce phénomène ne trouve son interprétation que dans la paralysie de l'extenseur quadriceps de la jambe, dont la fonction est d'agir comme coordinateur des fléchisseurs dans l'acte en question.

Une fois assis, le malade trouve de la difficulté à se lever, parce que l'inertie de l'extenseur quadriceps l'empêche d'étendre la jambe.

Si la physiologie de ce cas ne laisse nulle incertitude, la pathologie et surtout l'étiologie en offrent une plus grande. De toutes les espèces de paralysie, dont le nombre s'est tellement accru dans notre temps, aucune ne correspond à l'affection dont nous venons de rendre compte. Pour en faire l'épreuve, nous allons la comparer avec celles qui lui ressemblent le plus.

1° La paralysie dite *idiopathique* ou *essentielle* des enfants naît tout à coup, et sans doute principalement après une affection aiguë des méninges cérébrales ou spinales. Elle est ordinairement la conséquence d'une exsudation; elle diminue en proportion de la résorption de l'exsudat, et elle éprouve presque toujours avec le temps une amélioration, mais jamais d'augmentation, sauf l'atrophie consécutive, qui est d'autant plus intense que l'enfant atteint de cette paralysie est plus jeune.

2° La paralysie *de volonté* (la paralysie *hystérique*) est déjà exclue par l'âge de notre malade. D'ailleurs, si l'on trouve cette différence trop légère, l'hypertrophie des muscles des jambes et le cours ascendant de la maladie s'opposent à une telle interprétation.

3° La paralysie *ascendante aiguë*, observée il y a quelque temps dans l'hôpital Beaujon, et décrite dans la Gazette hebdomadaire par M. le docteur Landry, naît elle aussi sans cause évidente, s'étend des extrémités inférieures aux muscles du tronc et des membres supérieurs, et laisse intactes la contractilité et la sensibilité électro-musculaires, aussi bien que les facultés intellectuelles. Ce sont donc des analogies; mais voici des différences essentielles. La paralysie ascendante aiguë se manifeste aussitôt comme telle, non comme atrophie primitive, et son origine est accompagnée par des troubles de sensibilité; d'ailleurs elle a un cours tellement rapide qu'elle finit déjà, d'après le rapport de M. Landry, au bout de huit jours, par la mort du malade avec des phénomènes de dyspnée violente.

(Au reste, l'autopsie la plus attentive, et même l'examen microscopique de la moelle épinière, même par des sections transversales à différentes hauteurs, n'ont donné aucun résultat positif sur la maladie en question.)

4° L'*amyosthénie*, décrite par M. Bouchut (*Gaz. des hôpit.*, 1859, n° 141) sous le nom de *nervosisme chronique*, représente un état nerveux chronique joint à la paraplégie, et simulant une affection de la moelle épinière. Les forces musculaires diminuent peu à peu, jusqu'à ce que les malades soient obligés de rester au lit. Mais quelque danger imminent ou l'attrait du plaisir font oublier au malade toute sa faiblesse, et lui font éprouver une énergie dont on ne l'aurait jamais songé capable. Néanmoins, une fièvre lente vient presque toujours se joindre à cette anomalie d'innervation.

5° La paralysie *asthénique diffuse des convalescents*, décrite par M. Gubler (*Gaz. des hôpit.*, 1861, n° 29), tend elle aussi à s'accroître et à suivre une marche ascendante; mais, dans le cas que nous avons décrit plus haut, il n'y avait ni une maladie aiguë comme cause de l'affection, ni la rapidité du développement dont M. Gubler fait mention.

6° L'atrophie *musculaire progressive*, maladie si bien décrite par Aran, etc., commence d'ordinaire de préférence dans certaines parties des membres supérieurs, surtout aux éminences thénar et hypothénar, s'avance sur les muscles interosseux, puis sur ceux de l'avant-bras, du bras, et enfin sur les muscles du tronc. Elle se caractérise d'ailleurs par des oscillations fibrillaires, dont nous avons déjà constaté l'absence dans le cas en question.

7° L'*ataxie locomotrice progressive* montre une perte de coordination des mouvements volontaires avec une paralysie seulement apparente, et avec intégrité de la force musculaire. Les malades atteints de cette ataxie ne peuvent donc pas marcher, mais dès qu'ils sont couchés ils mettent en activité tous les muscles servant à la marche. C'est la même chose si d'autres muscles sont le siége de l'ataxie. Ce n'est qu'après un long temps que les muscles commencent à perdre leur volume naturel et à s'atrophier. Il y a comme symptômes prodromiques, et aussi pendant les progrès de la maladie, des lésions de sensibilité, soit des douleurs fulgurantes, soit des anesthésies. Il y a d'ordinaire des troubles paralytiques des sens, surtout des yeux. Dans la plupart des cas, la marche de cette affection est rapide; quelquefois, il est vrai, elle est très-chronique. L'ataxie ressemble à la paraplégie, et c'est sans doute avec celle-ci qu'elle a été confondue avant que MM. Duchenne et Trousseau aient fondé la diagnose différentielle.

Il paraît, selon plusieurs autopsies faites exactement, qu'elle doit son origine à une dégénération graisseuse et à une destruction des fibres nerveuses dans les cordons postérieurs (mais moins que dans les racines postérieures) de la moelle épinière, ce qui prouve le fait constaté par Cl. Bernard, que c'est dans ces cordons que se trouve le centre coordinateur des mouvements volontaires.

8° La paralysie *née par réflexion*, dont M. Brown-Séquard vient d'enrichir la science, et qui consiste le plus souvent dans une contraction réflexe des vaisseaux, mais rarement dans une influence réflexe exercée sur la nutrition, se distingue déjà par son origine, puisqu'elle est toujours précédée par une irritation de quelques troncs ou rameaux nerveux, par une maladie des organes abdominaux, etc. D'ailleurs la paralysie change fréquemment de degré et d'extension, et il y a souvent des mouvements spastiques dans les muscles paralysés.

9° Pour la paralysie *diphthéritique*, il n'y a point de signe anamnestique chez notre malade.

10° La maladie *causée par l'invasion des trichines* dans les muscles volontaires est accompagnée par des symptômes tout à fait différents : des douleurs dans les muscles, des œdèmes, etc.

Ce qu'il y a de plus caractéristique dans le cas exposé, c'est l'ensemble des symptômes suivants : la marche ascendante et chronique de l'affection dirigée des membres inférieurs au tronc et aux membres supérieurs; la diminution de mobilité en proportion de la distinction progressive de la substance musculaire; l'absence de tout indice étiologique et de toute autre lésion fonctionnelle, surtout de tout trouble de sensibilité; le manque des contractions fibrillaires; l'impossibilité où l'on est de rattacher les troubles de la mobilité à une portion déterminée du système nerveux comme foyer de la maladie; enfin l'intégrité parfaite des muscles de l'une et de l'autre jambe, que nous avons constatée.

Ce ne serait qu'en adoptant le trouble ou l'abolition de l'action des muscles comme seul principe de classification qu'on pourrait songer à placer le cas dont il est question dans le genre des paralysies. Si c'en était une, il faudrait que quelque partie du système nerveux, soit centrale, soit périphérique, s'offrît comme base et comme foyer des lésions fonctionnelles musculaires. Il en est ainsi, du moins en apparence, pour les extrémités inférieures, le trouble de mobilité dans les adducteurs et dans l'extenseur quadriceps pouvant se rapporter à une affection du plexus lombaire, tandis que tous les muscles qui dépendent du plexus sciatique semblent intacts. Mais l'atrophie et l'inactivité des extenseurs dorsaux, des muscles abdominaux, et enfin l'extension de l'atrophie aux membres supérieurs, font échouer tous les efforts tendant à placer le siége de l'affection dans une partie déterminée de l'appareil moteur nerveux.

La maladie nous montre, au contraire, d'après tout le déve-

loppement qu'elle a pris, surtout d'après l'atrophie et la perte proportionnelle de force musculaire qui se manifestent aux membres supérieurs, sans affecter encore la forme d'une paralysie, l'image tout entière d'une altération de nutrition musculaire primitive. Le trouble de la motilité n'est que la conséquence de la diminution progressive de substance contractile, et s'augmente en raison de celle-ci. On sait que l'atrophie qui résulte d'une paralysie dépend surtout de l'inactivité des muscles, et j'ai observé qu'elle est d'ordinaire d'autant plus intense que l'individu attaqué est plus jeune, et que la paralysie elle-même est plus forte.

C'est en partant de ce raisonnement que je voudrais nommer l'affection de notre malade une *atrophie musculaire ascendante chronique*, en me servant d'une expression analogue à celle de *paralysie ascendante aiguë* employée par M. Landry.

Quant aux circonstances étiologiques de la maladie décrite, nous manquons complétement de tout point d'appui. On peut d'autant moins répondre à la question de savoir si l'affection procède de la moelle ou du nerf sympathique, que le fait n'est pas même éclairci pour l'atrophie musculaire progressive, où il y a tant d'autopsies.

La thérapeutique dont j'ai fait usage depuis cinq mois a consisté en bains chauds, joints à la douche froide, et dans l'application du courant induit sur les muscles atteints, et de la gymnastique médicale suédoise. Le résultat est jusqu'à présent très-peu satisfaisant, et ne répond pas du tout aux effets brillants obtenus par les mêmes moyens dans des cas nombreux de paralysie primitive. Je vais donc passer maintenant à l'emploi du courant électrique continu, et je prendrai à tâche de faire connaître le résultat de ce traitement.

IV

CORRESPONDANCE.

Les deux Heyfelder.

A M. LE DOCTEUR AR. VERNEUIL.

Monsieur et très-honoré confrère,

J'ai lu avec intérêt, ainsi que tout ce qui sort de votre plume savante, l'article que vous venez de publier dans le n° 45 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, pour défendre le mérite scientifique des médecins français. Vous vous élevez avec fermeté contre une phrase désobligeante pour l'une de nos illustrations chirurgicales ; vous avez raison, je partage vos sentiments, mais vous avez commis une erreur qu'il est indispensable de rectifier immédiatement.

Vous attribuez à M. Heyfelder, *qui occupe actuellement une haute position scientifique à Saint-Pétersbourg*, les fautes et les termes malsonnants contenus dans une brochure ayant pour titre : LA RÉSECTION DE LA MACHOIRE SUPÉRIEURE.

Le docteur Heyfelder, que vous croyez coupable, est en effet conseiller d'État de S. M. l'empereur de toutes les Russies ; c'est un homme distingué, professant la plus haute estime pour la France et pour les hommes qui l'honorent par leurs talents, il est mon ami depuis trente-cinq ans, nous étions en mission, tous deux, à Berlin, en 1831, lors de l'épidémie de choléra qui menaçait d'envahir la France ; nous nous trouvions dans les camps opposés pendant la guerre de Crimée, mais je l'ai revu récemment à Paris, et j'affirme que ni ses paroles ni ses écrits n'ont jamais eu un caractère blessant pour notre pays.

M. Heyfelder est absent, il est bien loin de nous, si votre article lui parvient, un temps fort long s'écoulera avant que sa réponse puisse vous revenir ; ces considérations me déterminent à vous prier de rectifier votre erreur, convaincu que vous ne verrez dans ma demande que l'accomplissement d'un devoir imposé par l'équité et par une affection que les événements de notre vie n'ont jamais troublée.

M. Heyfelder n'a point écrit l'ouvrage que vous lui attribuez, M. Heyfelder ne s'appelle pas Oscar, mais bien Jean-Ferdinand ; le premier est un jeune homme, le second un homme respectable, né en 1798. La confusion vient probablement de ce que M. Oscar Heyfelder a écrit un ouvrage intitulé : LEHRBUCH DER RESECTIONEN, Wien, 1863, et M. Jean-Ferdinand Heyfelder, un traité UEBER RESECTIONEN UND AMPUTATIONEN, mit vier Steindruck-Tafeln, in-4°, 269 pages. Breslau und Bonn, 1854.

Je terminerai cette lettre en vous empruntant une phrase qui exprime des pensées qu'on ne saurait trop approuver et répéter : « *La critique*, dites-vous, *a des droits sacrés, et la vérité scientifique ne doit reculer devant aucune nécessité ; mais quand on croit devoir frapper, il faut frapper juste.* »

Agréez, etc. SCOUTETTEN.

RÉPONSE.

Très-honoré confrère,

Tout en appréciant avec trop de bienveillance peut-être mon dernier article, et les motifs qui l'ont dicté, vous y trouvez matière à un reproche qu'en bonne conscience je ne crois pas mériter.

Vous ne m'accusez rien moins que d'avoir commis une erreur et fait confusion de personnes. Pour le prouver vous faites intervenir dans le débat Jean-Ferdinand Heyfelder, né en 1798, conseiller d'État de l'empereur de Russie, savant respectable, estimant la France et les Français, et de plus uni à vous par les liens d'une longue amitié.

Pensant que mes récriminations s'adressent à lui, vous protestez pour lui, guidé par un sentiment qui vous honore, et me priez, au nom de l'équité, de rectifier mon erreur.

Vous ajoutez que Jean-Ferdinand Heyfelder n'est pas jeune, qu'il ne s'appelle point Oscar, qu'il n'a point écrit la monographie sur la résection de la mâchoire supérieure, et qu'en revanche il a publié, en 1854, un traité sur les résections et les amputations.

En tous ces points nous sommes parfaitement d'accord, et je puis en outre vous assurer que personne ne professe plus d'estime pour votre ancien ami que moi-même.

Vous m'accorderez à votre tour que M. Oscar Heyfelder, fils du précédent, a écrit la monographie DIE RESECTION DES OBERKIEFERS ; qu'il a publié en 1861 d'abord (avec un autre titre), puis en 1863, sous celui de LEHRBUCH DER RESECTIONEN, d'importants travaux sur les résections.

Si vous voulez prendre la peine de consulter ces ouvrages aux pages que j'indique, vous y trouverez les passages que j'incrimine, et vous reconnaîtrez également que je n'ai pas fait la moindre allusion aux œuvres de M. J. F. Heyfelder dont vous prenez si vivement la défense.

Vous me concéderez encore que, toutes les fois que le nom d'Heyfelder est venu sous ma plume, je l'ai fait précéder du prénom entier ou au moins de l'initiale de ce prénom ; d'où l'on conclura, ce me semble, que si j'avais voulu désigner votre vénérable ami, j'aurais mis Jean-Ferdinand H. et non Oscar H.

Il me semble impossible en vérité de songer à une confusion de personnes, et vous n'auriez pu vous-même y croire si, agissant avec un peu moins de précipitation, vous aviez attendu huit jours pour lire la fin de mon article.

Une seule phrase vous a induit en erreur. J'ai dit, en parlant de M. Oscar Heyfelder qu'il occupait une haute position scientifique à Saint-Pétersbourg. Vous en concluez que je veux parler du père et non du fils, vous avez tort ; dans une famille où le talent chirurgical est heureusement héréditaire, quoi de surprenant que dans la même ville le fils et le père occupent une haute position scientifique ! Ce détail d'ailleurs je suis prêt à le maintenir : d'abord je le tiens de la bouche même de M. Jean-Ferdinand Heyfelder, avec lequel j'ai eu l'honneur de m'entretenir lors de son récent passage à Paris, et à qui j'ai annoncé moi-même que je comptais faire prochainement une petite querelle d'érudition à M. Oscar Heyfelder. A cette preuve que vous ne récuserez certainement pas, j'en puis joindre une autre que je trouve sans aller bien loin sur la couverture du LEHRBUCH DER RESECTIONEN. Le nom de M. Oscar Heylfelder y est suivi d'une longue énumération de titres : practischer Artz in Saint-Petersburg, Kais. Russ. Stabsartz, Ritter der Kais. Russ. St-Stanislaus, 3e classe, etc.; j'en passe quatre lignes et des meilleures.

Quand on possède ces titres, qu'on les mérite, qu'on est le fils de Jean-Ferdinand Heyfelder, qu'on marche sur les traces de son père, qu'on publie des livres d'ailleurs remarquables, et qu'on est établi depuis plusieurs années à Saint-Pétersbourg, il serait singulier et injuste même qu'on n'y possédât pas une haute position scientifique pour laquelle, remarquez-le bien, il n'est pas indispensable d'être conseiller d'État de Sa Majesté Alexandre.

Je serais heureux, mon cher confrère, que mes explications pussent vous satisfaire, et que vous me permissiez en conséquence de terminer ma lettre comme la vôtre : « La vérité scientifique ne doit reculer devant » aucune nécessité ; mais quand on croit devoir frapper, il faut frapper » juste. »

Agréez, etc. Dr VERNEUIL.

V

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Hygiène publique. — *Note sur l'assainissement de l'air par la vaporisation de l'eau*, par M. *A. Morin*. — M. Morin a institué des expériences directes pour savoir si la dispersion et la dissolution dans l'air d'une certaine quantité d'eau à l'état de poussière n'étaient pas accompagnées, comme la vaporisation de la rosée, comme la pluie des orages, et conformément aux expériences de Saussure et de M. Pouillet, du développement d'une certaine quantité d'électricité qui modifiait d'une manière salutaire l'état de cet air, en y produisant de l'oxygène actif.

Il a constaté la formation de l'oxygène actif et d'un acide qui est très-probablement un composé nitré. Or, ces agents ayant tous deux la propriété de détruire certaines émanations des corps en putréfaction ou ces corpuscules que Bergmann appelait les *immondices de l'air*, il suffit que leur présence soit constatée dans l'air qui traverse l'espèce de brouillard formé par l'eau versée à l'état de poussière, pour qu'il soit permis d'en conclure que la vaporisation de cette eau, outre l'accroissement d'hygrométricité et l'abaissement de température qu'elle peut aussi occasionner, doit avoir sur l'économie animale et pour l'assainissement des lieux habités une influence qui mérite l'attention de ceux qui s'occupent des questions de salubrité.

Si ces résultats sont, comme le pense M. Morin, confirmés par d'autres expérimentateurs, ils appelleront l'attention des médecins et des commissions d'hygiène sur le parti que l'on peut en tirer pour l'assainissement des hôpitaux ou pour d'autres effets physiologiques.

Physiologie générale. — *Note en réponse à des observations critiques présentées à l'Académie par* MM. Pouchet, Joly et Musset, *dans la séance du 21 septembre dernier*, par M. *L. Pasteur*. — M. Pasteur ne saurait accepter comme exactes les conclusions que MM. Pouchet, Joly et Musset ont cru devoir tirer de leurs recherches sur l'air de la Rencluse et de la Maladetta. Il objecte que ces trois observateurs n'ont pas rempli rigoureusement les conditions d'une expérimentation irréprochable. Il leur reproche notamment d'avoir brisé la pointe de leurs ballons à l'aide d'une lime au lieu d'une pince, et d'avoir agité ces ballons, remplis d'une décoction de foin, avant de les avoir fermés. Il leur reproche surtout de n'avoir ouvert qu'un trop petit nombre de ballons, quatre à la Rencluse, quatre à la Maladetta.

« Une conclusion de quelque valeur n'est possible, ajoute M. Pasteur, qu'à la condition de répéter l'expérience un assez grand nombre de fois pour que le hasard n'amène pas des résultats, soit tous négatifs, soit tous positifs. J'ai ouvert vingt ballons sur le Jura, et cinq m'ont présenté des productions organisées. Supposons que j'aie commis la faute de MM. Pouchet, Joly et Musset, de n'en ouvrir que quatre, j'aurais pu tomber sur quatre de ces cinq ballons qui m'ont offert des productions, et conséquemment être porté à penser que l'air sur le Jura est toujours fécond.

» Tant que MM. Pouchet, Joly et Musset ne pourront pas affirmer « qu'en ouvrant dans une localité quelconque un » grand nombre de matras, préparés exactement selon les » prescriptions de mon mémoire, il n'y en a pas qui se conser» vent intacts, et que tous s'altèrent, » ils ne feront que confirmer l'exactitude parfaite de l'assertion de mon mémoire qu'ils prétendent réfuter. Or, je mets au défi que l'on produise un pareil résultat. »

Chirurgie. — *Des procédés d'ouranoplastie applicables aux fentes congénitales de la voûte palatine compliquées de division antérieure de l'arcade dentaire et de projection de l'os incisif*, note de M. *Sédillot*. — A l'occasion d'une opération d'ouranoplastie pratiquée dans ces conditions, M. Sédillot fait les remarques suivantes :

« Lorsque l'arcade dentaire est divisée, les lambeaux, manquant d'un point d'appui central, sont nécessairement entraînés en bas et en arrière par leur poids et leur rétractilité, et laissent en avant un espace libre et ouvert dépendant de la bifidité de la voûte et de celle de l'arcade dentaire. Il faut donc étudier avec le plus grand soin de pareilles dispositions pour en découvrir les ressources et les procédés de guérison.

» On ne saurait trop recommander de faire mouler très-exactement la voûte du palais avant de pratiquer l'ouranoplastie. On se procure ainsi la facilité d'avoir à sa disposition des obturateurs prenant leur point d'appui sur les dents, et susceptibles de soutenir les lambeaux partout où on le juge nécessaire. Avec ces précautions, on peut espérer ramener la fente palatine à de très-petites dimensions ou en obtenir l'oblitération définitive, soit spontanément, soit par une opération d'une conception tout à fait nouvelle. On doit compter en premier lieu sur le recul de l'os incisif sous la pression continue de la lèvre restaurée, ou sous l'influence d'une action chirurgicale directe. Si ces moyens sont insuffisants, on aura recours à l'emploi du périoste intégralement reformé sur les surfaces osseuses, auxquelles on aura emprunté ses premiers lambeaux oblitérateurs....

» Parmi les autres indications du traitement des fentes palatines congénitales, la conservation de l'incisif est d'une importance capitale. On a souvent donné le conseil d'enlever cet os, pour faire disparaître la saillie du nez et du tubercule médian, et favoriser le rapprochement des deux moitiés divisées de l'arcade dentaire. Cette doctrine doit être absolument repoussée, car bien loin d'être un obstacle à l'ouranoplastie, l'incisif en devient le meilleur élément de succès. Ramené à sa place et rétabli dans sa continuité avec l'arcade dentaire, il constitue un point d'appui central aux lambeaux, diminue la longueur de la fissure et contribue à la fermer....

» Dans le cas où l'incisif serait réellement trop large pour être repoussé en arrière, on le réduirait à un plus petit diamètre par l'excision de ses bords. Les incisives latérales seront sacrifiées, mais sans grave inconvénient, puisque ces dents sont le plus ordinairement petites, vacillantes et condamnées à tomber et à disparaître. Quelquefois, comme je l'ai proposé (*Médecine opératoire*, Paris, 2e édition), les incisives médianes sont assez écartées l'une de l'autre pour permettre l'ablation d'un fragment osseux intermédiaire, et arriver au même résultat que le précédent.

» Si l'incisif est trop saillant pour être graduellement ramené en arrière, on pratique la résection d'une portion triangulaire du vomer....

» Nous résumerons dans l'ordre suivant les principales conditions du succès de l'opération : 1° rétablissement de l'arcade dentaire, comprenant comme moyens opératoires les résections partielles de l'incisif et l'ablation d'une portion du vomer; 2° possibilité consécutive de former des lambeaux périostés partant d'un pédicule central unique, et adhérant à la face postérieure de l'os incisif; 3° emploi d'obturateurs moulés sur la voûte palatine; 4° recours au périoste de nouvelle formation pour fermer les dernières traces des fentes, pertuis ou trajets fistuleux, dont l'oblitération n'aurait pas été complète.

» Après la guérison, les traits du visage et la forme de la voûte palatine reparaissent réguliers; les aliments et les boissons cessent d'être rejetés par les fosses nasales. La mastication et la déglutition sont faciles et normales; la parole redevient promptement intelligible et distincte. »

Médecine. — *De la pellagre dans les hospices d'aliénés*, par MM. *Labitte* et *Pain*, médecins de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise), à l'occasion d'une communication récente de M. Landouzy. — MM. Labitte et Pain soutiennent, contrairement à M. Landouzy, et d'accord avec M. Billod : 1° que l'aliénation

mentale, en apportant un trouble profond dans les actes de la nutrition, produit un acte spécial de cachexie qui se traduit par plusieurs symptômes : diarrhée, émaciation, etc.; 2° que la pellagre n'est qu'une conséquence de l'altération générale de l'organisme, qu'une des manifestations de l'état cachectique.

Les conclusions de M. Landouzy reposent sur des données inexactes et des statistiques erronées. Ainsi, pour ne parler que de l'asile de Lille et de Bicêtre, c'est à tort que M. Landouzy déclare qu'il n'y a point de pellagreux. Dans l'un, M. Joire, médecin en chef, trouve sur 540 aliénés 17 pellagreux dont il raconte l'histoire (*Gaz. des hôpit.*, 8 octobre 1863), et sur 200 aliénés venus de Bicêtre à Clermont, MM. Pain et Labitte ont découvert récemment 2 cas de pellagre.

« Ainsi se trouvent complétement renversés les résultats de l'enquête entreprise par M. Landouzy, laquelle a été déjà l'objet des plus vives protestations de la part des médecins de Madrid. Il y a des pellagreux partout où il y a des aliénés, mais, pour les trouver, il faut faire comme M. Billod, M. Joire, examiner avec une attention scrupuleuse. Les indigents aliénés ont plus de chances de devenir pellagreux que les indigents non aliénés, car ils sont dans un état de misère morale qui entraîne la dégradation physique en dépit de tous les soins dont on les entoure. » (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

TÉRATOLOGIE. — *Sur des cas de palmidactylisme se reproduisant dans une même famille pendant quatre générations*, par M. *Berigny*. — L'auteur fait ressortir ce que ces faits présentent de curieux, en ce sens d'abord qu'il existe une lacune complète de cette anomalie congénitale entre la première et la seconde génération; ensuite, parce que cette infirmité est représentée par les enfants aînés; enfin, parce que l'extrémité des membres droits présente constamment cette anomalie.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un exemplaire du rapport officiel de M. le docteur *Duchesne* sur l'épidémie de choléra qui a régné à Paris et dans la banlieue en 1853 et 1854. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Bocamy* sur la constitution médicale de Perpignan en 1861 et 1862. (*Commission des épidémies.*) — c. Un rapport de M. le docteur *Patézon* sur le service médical des eaux minérales de Vittel (Vosges) en 1861. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Gaillard* (de Poitiers), qui sollicite le titre de membre associé national. — *b*. Une lettre de M. le docteur *Boudin*, relative à la statistique de la rage. (*Commission de la rage.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. *Rotureau*, protestant contre les observations que M. le Président a cru devoir lui adresser, dans la dernière séance, à la suite de sa communication sur la pellagre.

M. *le Président* regrette que M. Rotureau ait pu se méprendre sur ses intentions. Il n'a eu aucunement la pensée d'élever des doutes sur la parfaite honorabilité d'un confrère si estimé.

M. *le Président* lit une lettre de M. le docteur *Reynaud*, inspecteur général du service de santé de la marine, qui confirme le fait déjà connu de l'immunité des nègres, des indigènes des contrées intertropicales et des étrangers acclimatés, relativement à la fièvre jaune. Plus de 400 soldats égyptiens envoyés au Mexique ont échappé aux atteintes de cette terrible maladie.

M. *de Pietra-Santa* présente un mémoire relatif *à l'influence de l'air des Pyrénées sur les affections des voies respiratoires;* et, à l'occasion des travaux de MM. Jourdanet et Coindet sur *l'anémie des altitudes*, rappelle les résultats des recherches qu'il a entreprises lui-même aux Eaux-Bonnes en 1860 et 1861, résultats qu'il a communiqués à l'Académie des sciences le 20 novembre 1862.

M. de Pietra-Santa a pu constater : 1° l'influence heureuse de cette atmosphère sur les affections chroniques des voies respiratoires; 2° son influence nuisible sur les enfants en bonne santé après quelques semaines de séjour aux Pyrénées.

Dans les premiers jours de résidence sur les montagnes, les enfants subissent l'heureuse influence du changement d'air, de la pureté d'une atmosphère résineuse et aromatique, de l'exercice, etc.; mais plus tard, sous l'action d'une oxygénation constamment imparfaite, d'une hématose journellement appauvrie, les fonctions gastro-intestinales se dérangent, et des symptômes d'anémie et de chloro-anémie précèdent ou suivent des symptômes d'irritabilité nerveuse.

La pâleur du teint, l'amaigrissement des membres, les bruits de souffle des carotides, l'insomnie, l'inquiétude du caractère, ne laissent aucun doute sur l'existence de ces manifestations. L'efficacité thérapeutique des préparations de fer et de quinquina vient confirmer cette conception pathologique.

M. *Gaultier de Claubry* fait hommage de la septième édition du TRAITÉ DE MÉDECINE LÉGALE, qu'il a publié en collaboration avec MM. *Briand* et *Chaudé*.

M. *Devilliers* présente une brochure de M. le docteur *Poyet* sur la topographie de la plaine du Forez.

M. *Larrey* dépose sur le bureau : 1° une notice de M. *Shrimpton* sur miss Nightingale et sur la chirurgie anglaise à l'armée d'Orient; 2° un opuscule de M. *Thomas Longmoore* sur les blessures par armes à feu et par armes blanches; 3° une brochure de M. le docteur *Serret* sur l'épidémie de fièvre jaune de Saint-Nazaire.

M. *le Président* propose à l'Académie de confirmer la nomination de MM. *Bayer*, *Tardieu*, *Trébuchet*, *Leblanc* et *Bouley*, présentés par le bureau, comme membres de la commission dite *de la rage*. (*Adopté.*)

Lectures.

M. *Boudet*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports, dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

CHIRURGIE. — M. le docteur *Voillemier* lit une note *sur la ponction sous-pubienne de la vessie*.

« Quand la verge est abandonnée à elle-même, elle est comme accolée à l'arcade du pubis; mais, lorsqu'on la tire en bas et en arrière, elle affecte des rapports très-différents. Si on enlève la peau qui recouvre le pubis et la couche graisseuse qui la double, on découvre le ligament suspenseur, entouré de tissu adipeux. Il faut isoler ce ligament, et l'on voit qu'il se compose de deux parties : l'une, antérieure, se perd sur l'enveloppe de la verge et se confond supérieurement avec l'aponévrose abdominale; l'autre, plus profonde, s'insère en haut sur la symphyse, et inférieurement sur le fourreau fibreux des corps caverneux, à leur point de jonction. Cette dernière partie est peu extensible; l'autre, au contraire, se laisse distendre et permet d'éloigner la verge du pubis. Immédiatement au-dessous de l'arcade, de chaque côté du ligament suspenseur, sont deux plans fibreux, percés de trous pour le passage des vaisseaux et des nerfs. Plus en arrière se trouve une trame fibreuse qui sert de soutien aux vaisseaux qui forment les plexus prostatiques. Si l'on enlève ces parties, tout en conservant le ligament suspenseur, on voit qu'il existe entre la verge et le pubis un espace d'autant plus large qu'on l'examine plus profondément, à cause de l'écartement des corps caverneux. »

Mettant à profit la connaissance de ces dispositions anato-

miques, M. Voillemier pratique l'opération de la manière suivante :

Le malade est couché sur le dos, les jambes légèrement écartées. Un coussin épais est placé sous le bassin, de manière à le faire basculer et à ramener le pubis en avant ; autrement on serait gêné par la tumeur que forme l'abdomen. Un aide, placé à la gauche du lit, prend la verge du malade et la tire en bas et en arrière. « Debout, à la droite du malade, je commence, dit M. Voillemier, par reconnaître avec l'indicateur de la main droite le ligament suspenseur, et avec la main gauche j'enfonce, à côté de ce ligament, un trocart courbe, de manière à contourner le pubis. Pendant ce mouvement, je soutiens et je dirige l'instrument avec la main droite pour éviter toute échappée. Ce temps de l'opération exige une certaine attention. Si l'on ne se rend pas bien compte du plan incliné que présente la face antérieure du pubis et la position assez profonde de son bord inférieur, on s'expose à basculer trop tôt le trocart, dont la pointe rencontrerait les os... Une fois dans la vessie, la canule, débarrassée du poinçon, est bouchée et fixée. »

Cette opération a été pratiquée avec succès par M. Voillemier, le 14 octobre dernier, à l'hôpital Saint-Louis. La cicatrisation de la plaie s'est faite en quarante-huit heures. Aujourd'hui il ne reste d'autre trace de la ponction qu'un cordon fibreux indiquant la route qu'a suivie l'instrument. (*Comm.:* MM. Ségalas, Ricord, Huguier.)

Discussion sur l'origine de la vaccine.

M. *Depaul* rappelle que le point de départ de cette discussion est une observation présentée à l'Académie par M. Bouley dans les séances des 23 et 30 juin dernier, observation relative à un cas de vaccine, chez un enfant, et de cowpox, chez une vache, vaccine et cowpox provenant de l'inoculation du mucopus extrait des pustules d'un cheval atteint de stomatite aphtheuse.

M. Bouley, à cette occasion, a reproduit d'un ton un peu victorieux sa doctrine sur l'origine multiple ou sur la polygénie de la vaccine, qu'il fait dériver indifféremment des maladies du cheval désignées sous les noms de javard, grease, soregill, poulain, maladie pustuleuse, furoncles, etc.

M. Depaul, vu le peu de temps qui lui est accordé, ne veut pas entrer dès aujourd'hui dans le cœur même du sujet, ni entreprendre la réfutation de cette doctrine; il se contente d'indiquer les points principaux qu'il a l'intention de développer ou d'établir, à savoir : que les faits d'Alfort et ceux de Toulouse ont été mal interprétés; que les affections pustuleuses dites *vaccinogènes*, observées chez les vaches, les chevaux, les moutons, etc., ne sont que des éruptions *varioliques;* que la variole des animaux ne diffère pas de la variole de l'homme ; que le cowpox et la vaccine enfin ne constituent pas un virus différent du virus varioleux.

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en *comité secret.*

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCES DES 26 AOUT, 23 SEPTEMBRE ET 14 OCTOBRE 1863 (suite).
PRÉSIDENCE DE MM. LÉGER ET H. ROGER.

CONSTITUTIONS MÉDICALES.

Le remarquable mémoire sur la constitution médicale de 1862 et sur les constitutions médicales en général que M. Chauffard a présenté à la Société médicale des hôpitaux (voy. *Gazette hebdomadaire* 1863, n° 19, p. 310-312, et *Archives générales de médecine*, juin et juillet 1863), a déjà donné lieu devant cette Société à quelques critiques de la part de MM. Bourdon et Goupil, sur l'interprétation de certains faits spéciaux (voy. notre compte rendu de la séance du 22 juillet, *Gazette hebdomadaire*, n° 35, p. 572 et 573). M. H. Roger avait alors exprimé le vœu que les doctrines générales de ce mémoire devinssent l'objet d'une nouvelle discussion. Ce vœu a été entendu par M. Woillez, qui, dans la séance du 26 août, a soumis à une critique sérieuse les principes généraux et la méthode scientifique adoptés par M. Chauffard.

M. *Woillez*, rendant justice au mérite du travail de M. Chauffard, et reconnaissant l'élévation du but qu'il se propose d'atteindre, trouve cependant ses perspectives vagues et lointaines. Il se pose d'abord deux questions fondamentales : 1° Comment faut-il comprendre les constitutions médicales ; 2° comment faut-il les étudier ?

D'abord, il est évident que l'on ne saurait se refuser à admettre l'existence des constitutions médicales, mais dans une certaine mesure, car toutes celles qui ont été affirmées ne sont pas incontestables. Stoll, dans ses Aphorismes, étudiant les causes générales ou populaires des maladies, rapporte à ces influences des constitutions médicales *stationnaires*, *annuelles* ou *intercurrentes épidémiques*. Dans ces dernières, M. Woillez reconnaît un grand fond de vérité; en modifiant quelque peu les idées humorales de Stoll, les constitutions annuelles ou saisonnières ne sauraient être niées, pas plus que les intercurrentes épidémiques : elles ont encore besoin d'être étudiées avec soin, mais elles ont pour base des conditions saisissables, causes ou effets, d'où les inductions légitimes peuvent découler comme de source.

Mais peut-on admettre de même, sous le nom de fièvre ou constitution stationnaire, une cause générale, occulte, qui planerait sur le génie des maladies, et irait, en se transformant, dans la pérennité des années? M. Woillez croit que la plupart de ses collègues ont partagé son étonnement de se voir convier à l'étude d'une influence, qui, selon M. Chauffard, « ne tombe pas directement sous nos sens, et qui n'a rien de matériel et de saisissable. » Ce n'est pas un dédain préconçu, c'est le simple bon sens qui oblige à n'accepter comme vérités médicales que celles qui se prouvent du moins par leurs effets. Prendra-t-on pour une réalité, une fièvre qui, suivant les termes de Stoll, « se déguise souvent et diversement, qui imite différentes maladies, quoique le caractère de la maladie et la méthode de traitement soient les mêmes dans tous les cas? »

La question à rechercher doit se limiter à celle-ci : Existe-t-il des constitutions stationnaires imprimant aux maladies fébriles des caractères généraux qui se succèdent et se modifient dans le cours des temps ? M. Chauffard croit avoir trouvé, en 1862, un de ces rapports généraux, l'asthénie, qui aurait imprimé son cachet sur toutes les maladies observées à Saint-Antoine en cette année. M. Woillez croit plus facile d'expliquer cette asthénie par l'observation vulgaire que par l'influence insaisissable admise par M. Chauffard. Il ne croit pas devoir prendre pour but d'autres recherches cliniques que celles qui se manifestent par des effets sensibles, et ne pense pas devoir renoncer à toute idée généralisatrice, parce qu'il prend un point de départ différent.

De quelle manière maintenant faut-il étudier les constitutions médicales? Question ardue, car elle touche à des divergences considérables dans les principes généraux et les méthodes.

Pour étudier les influences patentes ou occultes qui modifient les maladies, M. Chauffard veut qu'on s'élève au-dessus des phénomènes d'observation, qu'on se préoccupe avant tout des influences supérieures auxquelles ces phénomènes sont subordonnés. Il considère les anciens, et Stoll en particulier, comme des modèles en ce genre, que l'on ne saurait trop imiter.

Les travaux des anciens démontrent, que, tout en possédant un grand sens pratique et cherchant à rendre l'observation aussi complète que possible, ils se sont laissé dominer par des doctrines et des principes imaginaires qui leur ont fait mettre au même rang la vérité et l'erreur. Ils se complaisaient à voir les faits de haut, et tranchaient toutes les questions avec un

aplomb magistral et un style aphoristique qui en imposaient. Il appartenait au XIXe siècle de réagir contre cette préoccupation de doctrines supérieures enfantées par l'imagination, et de perfectionner l'observation pour en déduire les faits généraux.

M. Chauffard ne semble pas admettre l'utilité de cette réaction, il veut revenir à la méthode superficielle et vague du passé. Nous ne croyons pas devoir le suivre dans cette voie, et le travail même de M. Chauffard sur la constitution médicale de 1862 nous montre l'effet d'une recherche préconçue des faits généraux.

Trop préoccupé de rechercher les constitutions gastrique, catharrale et rhumatismale, il a sacrifié l'étude des influences vulgaires, et procédé par des affirmations dont la preuve manquait pour le lecteur. Le temps n'est plus où il suffit d'affirmer pour être cru sur parole ; il faut fournir des preuves directes ou indirectes que l'on a bien jugé, pour faire partager sa conviction à autrui. Or, loin de persuader, M. Chauffard a soulevé plus d'un doute ; il a négligé un précepte de Stoll lui-même, celui de rechercher la profession et le genre de vie des malades. Les états généraux admis par lui, ne trouvaient-ils pas une explication plus simple dans ces conditions journalières ?

M. Woillez, placé dans le même milieu d'observation, à l'hôpital Saint-Antoine, la même année que M. Chauffard, a dû y observer des faits analogues ; or l'hygiène antérieure de ses malades l'a amené à une interprétation étiologique différente.

La permanence de l'état gastrique n'est-elle pas tout simplement l'effet d'une alimentation antérieurement insuffisante ? Les malades de Saint-Antoine font partie d'une population ouvrière spéciale, livrée à la misère, aux excès alcooliques, en un mot à des conditions hygiéniques déplorables. Ces conditions suffisent pour imprimer aux maladies une physionomie spéciale, qu'il ne faut pas confondre avec une constitution médicale. Les troubles gastriques, la rareté des inflammations franches, le manque de réaction, les bronchites capillaires graves, l'état permanent de faiblesse générale sans lésion caractérisée, s'expliquent suffisamment par une mauvaise hygiène. Il ne suffit pas, pour les rattacher à une constitution gastrique, de trouver une *faible teinte jaune à la base de la langue*, qui a d'ailleurs manqué quelquefois dans les faits étudiés par M. Chauffard. L'influence favorable de la médication vomitive, n'est pas une preuve plus convaincante, car on sait que cette médication agit d'une manière heureuse dans beaucoup de maladies aiguës.

Aussi M. Woillez repousse les interprétations de M. Chauffard, surtout en ce qui concerne le mode asthénique des maladies observées. Cette asthénie s'explique par les mêmes conditions hygiéniques, elle n'est que trop fréquente dans la population pauvre qui remplit les hôpitaux de Paris.

Quelle serait donc la meilleure marche à suivre pour rendre cette étude fructueuse ? L'observation doit en être la base, de l'aveu même de M. Chauffard, mais il faut qu'elle soit attentive et suffisante. Il ne faut pas se borner à des impressions superficielles, à des souvenirs fragiles ; il faudrait recueillir des observations écrites, ou des notes sur tous les malades observés, en tenant compte de toutes les circonstances actuelles et antérieures, sans négliger les influences météorologiques concomitantes. La méthode numérique serait surtout indispensable pour bien établir la fréquence relative des faits, et M. Louis a montré qu'on peut utilement grouper les résultats acquis par des observateurs différents. M. Woillez sait combien les mots de *statistique* et de *méthode numérique* soulèvent d'opposition ; il justifie celle-ci des reproches qu'on lui a faits, en la méconnaissant, ou en la présentant comme une chose absurde ou impossible ; il ne faut y voir qu'un simple moyen d'étude, donnant aux questions innombrables de fréquence des faits, une précision plus rapprochée de la vérité que les assertions générales basées sur de simples souvenirs.

En résumé, M. Woillez pense que l'observation superficielle et faite de haut est insuffisante pour étudier les constitutions médicales ; que celles-ci ne peuvent être appréciées que par des manifestations de phénomènes tombant sous les sens ; qu'il n'y a pas lieu, jusqu'à nouvel ordre, d'admettre des constitutions stationnaires ; que des observations écrites et l'emploi de la méthode numérique seraient indispensables pour tirer des conclusions sérieuses des données recueillies par des auteurs séparés dans le temps et dans des localités différentes.

M. *Chauffard*, répondant à M. Woillez, rend d'abord hommage à la franchise et à la courtoisie de son adversaire, il tâchera de l'imiter sous ce rapport. La défense des opinions n'y perd rien, la discussion scientifique y gagne en élévation. M. Woillez a admis les influences saisonnières et épidémiques, il rejette absolument le mode stationnaire, il se révolte contre l'idée d'étudier ce qui ne tombe pas directement sous les sens, et qui n'a rien de matériel et d'immédiatement saisissable. C'est, suivant lui, une simple affaire de bon sens, lequel semble choqué par une telle proposition.

M. Chauffard s'attendait un peu à ce gros reproche, mais il eût voulu qu'au lieu d'affirmer seulement, on démontrât que l'observation et l'étude ne peuvent en effet atteindre que ce qui tombe directement sous les sens. « La fièvre stationnaire est l'expression pure des rapports les plus généraux des maladies, et un pareil rapport ne rentre pas dans les phénomènes sensibles, » avait dit M. Chauffard. Les rapports généraux rentrent-ils dans les réalités concrètes ? ou, d'autre part, n'y a-t-il que les phénomènes tangibles, dont l'étude présente de l'intérêt ? Pour ne pas affecter directement les sens, cette étude est-elle moins réelle ? Offense-t-elle le bon sens ? Or, le bon sens, faculté de l'esprit, qui, suivant le mot de Voltaire, ne fait pas partie des cinq sens, nous apprend lui-même que les rapports généraux des choses de même ordre existent et constituent une part de l'étude de ces choses.

Est-ce à dire que les constitutions stationnaires sont seulement une affaire d'imagination ? Non, car si elles ne sont pas soumises à l'observation directe, si on ne les voit pas naître, croître, s'affaiblir, évoluer comme entités nosologiques, ce n'est pas moins par l'observation qu'on saisit les caractères des maladies régnantes. La synthèse en dégage le rapport général qu'elles contiennent. Rien de tout cela n'est contraire au bon sens scientifique ou à la logique.

Après cette déclaration préalable de principes sur la méthodologie médicale, M. Chauffard répond à la critique que M. Woillez a formulée des faits exposés dans son mémoire. On lui reproche de n'avoir pas donné la preuve de ses assertions. Il croyait l'avoir fait dans la première partie de son mémoire, partie toute clinique et d'observation. M. Woillez pense sans doute que cette partie clinique est trop générale, trop dépourvue de faits particuliers. C'est le reproche auquel seront sujets tous les travaux de cette nature. Peut-on, dans une synthèse étendue, se livrer au narré de tous les faits particuliers ? Ce serait aussi fastidieux qu'inutile pour le lecteur. Les descriptions générales doivent prendre pour base tous les faits particuliers, mais non les reproduire tous ; il faut choisir, et citer seulement les plus saillants : dès qu'on choisit, on peut être accusé d'avoir pris les faits favorables à la thèse que l'on développe, sans que rien prouve que la majorité des observations réponde à l'interprétation qu'on en tire. C'est un reproche auquel est inévitablement exposé l'auteur d'un travail synthétique. De plus, comme il est forcé de laisser dans l'ombre beaucoup de faits qui ne lui paraissent pas avoir de caractère général, on pourra toujours l'accuser d'idées préconçues et d'entraînement systématique.

Selon M. Woillez, par exemple, l'auteur du mémoire sur les constitutions médicales aurait oublié de s'informer des conditions hygiéniques de ses malades. C'est là une pure supposition. L'auteur ne néglige jamais ce genre d'information. S'il n'en a pas mentionné les résultats, c'est que ces circonstances ne lui avaient fourni aucun renseignement véritablement utile sur la question régnante. Ce n'est pas dans l'hygiène du faubourg

Saint-Antoine qu'on pourrait, comme le veut M. Woillez, trouver une explication plausible. M. Chauffard observait en 1862 les mêmes faits à la Pitié, au bureau central, et sur les malades de la ville. La nourriture insuffisante, les excès, ne sont malheureusement pas l'apanage des seuls habitants du faubourg Saint-Antoine, et ils se reproduisent tous les ans; ils ne pouvaient donc imprimer un caractère particulier à une année spéciale. D'ailleurs les excès n'amènent pas le règne de l'état gastrique et bilieux. Les individus livrés à une vie désordonnée ne fournissaient pas le plus grand nombre des maladies. On voyait cet état se déclarer même chez les individus qui séjournaient dans l'hôpital. Au reste, M. Chauffard n'était pas le seul à trouver l'état gastrique et bilieux allié à la plupart des maladies aiguës : les comptes rendus mensuels faits par M. Lailler signalent la généralité de ces états morbides en janvier 1862, mais où l'on n'en observe pas l'apparition saisonnière, et le mois suivant, ce médecin, reproduisant les termes mêmes d'une note de M. Chauffard, ajoutait : « Voilà le tableau vrai au fond de la constitution médicale de février. » Ce qui était reconnu vrai pour ces deux mois, ce n'était pas sans vérité le mois précédent, car les caractères des maladies régnantes ne se transforment pas brusquement; ils ne sont, d'ailleurs, pas limités à un quartier et à un hôpital. M. Woillez aurait pu contrôler par ces rapprochements les observations de M. Chauffard.

D^r^ E. Isambert.

(*La fin au prochain numéro.*)

VI

REVUE DES JOURNAUX.

Du sexe des enfants dans ses rapports avec les âges relatifs des parents, par M. le professeur Breslau (de Zurich).

La question de l'influence que l'âge relatif des parents exerce sur les enfants est loin d'être vidée, malgré les travaux de MM. Hofacker, Sadler, Gocklert, Boulanger et Boudin. On se rappelle (voy. le *Compte rendu de l'Académie des sciences* du 23 février dernier) que M. Boudin concluait de ses recherches que le sexe masculin prédomine quand le père est plus âgé que la mère, et inversement; et que les deux sexes tendent à s'équilibrer, cependant encore avec une légère prédominance du sexe féminin, quand le père et la mère sont du même âge. Les autres auteurs dont nous venons de citer les noms étaient arrivés à des conclusions fort analogues.

Les recherches que M. le professeur Breslau a faites dans les registres des accouchements du canton de Zurich sont en opposition complète avec ces lois. Ces recherches ont porté sur les naissances des deux années 1861 et 1862, au nombre de 16 492. Sur ce total, on compte 8561 garçons et 7931 filles, soit 1079 : 1000.

Sur 11 762 enfants dont le père était plus âgé que la mère, il y a eu 6069 garçons et 5693 filles, soit 1066 : 1000.

Dans les conditions inverses, le total de 3529 naissances se décompose en 1869 garçons et 1660 filles, soit 1125 : 1000.

Enfin, sur 1201 enfants nés de parents d'âge égal, on compte 623 garçons et 598 filles, ce qui équivaut au rapport de 1125 : 1000.

M. Breslau conclut, en conséquence, qu'il ne paraît y avoir aucun rapport étiologique fixe entre le sexe des enfants et l'âge relatif de leurs parents. (*Monatsschrift für Geburtskunde*, août 1863.)

VII

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de chirurgie d'armée, par L. Legouest. J. B. Baillière et fils. Paris, 1863.

Sous le titre de Traité de chirurgie d'armée, M. Legouest nous a donné un traité complet des blessures par armes de guerre, et il a donné aux chirurgiens militaires un guide qui devra les accompagner sur les champs de bataille et dans les ambulances. Évitant avec soin et aussi avec succès les écueils où sont tombés beaucoup de ses prédécesseurs, l'auteur a su rester chirurgien sans devenir romancier, et sans répéter sans cesse : « J'étais là, telle chose m'advint; » il a su également, en se renfermant strictement dans son sujet, ne pas faire dans le domaine de la chirurgie civile d'inutiles excursions. Son livre est bien réellement un traité de chirurgie d'armée, mais d'armée en campagne.

La spécialité de cette étude explique et justifie les détails donnés en tête du livre sur la nature des diverses armes offensives et défensives; sur le calibre, la forme, le poids, le mode de progression des projectiles employés dans les armées française et étrangère. Un chirurgien militaire ne saurait ignorer ces détails, non-seulement parce qu'il est bon qu'il ait quelques notions de ce qu'étudient plus complétement ceux avec lesquels il se trouve journellement en rapport, mais parce qu'au point de vue chirurgical il est quelquefois indispensable de savoir si les blessures reçues par nos soldats ont été faites par des troupes armées de fusils à balle sphérique ou conique, de telle ou telle forme, de tel ou tel calibre.

Après ce premier chapitre, qui forme comme l'introduction de son livre, l'auteur étudie d'une manière générale les blessures par instruments piquants, tranchants et contondants, quel que soit leur siége. Cette étude générale, pour ce qui concerne les plaies par armes à feu, a été divisée en trois chapitres : le premier s'occupe du mode d'action des projectiles, de la nature des lésions qu'ils déterminent; le second est consacré au diagnostic et au traitement; le dernier, des plus remarquables, s'occupe des accidents à redouter consécutivement et plus ou moins longtemps après la blessure.

La plus grande partie du livre traite des blessures envisagées selon leur siége; c'est là, en effet, ce qu'il y a de plus important dans un traité véritablement pratique; mais nous ne pouvons suivre pas à pas l'auteur, et analyser en quelques lignes un livre de mille pages. Cependant nous ne saurions passer sous silence le chapitre XVI, dans lequel M. Legouest a étudié les indications et les contre-indications des amputations et des résections. L'auteur nous paraît entrer résolûment dans la voie de la chirurgie conservatrice, et nous espérons que sa haute autorité, appuyée par des preuves scientifiques nombreuses, feront à sa suite entrer davantage encore dans cette voie salutaire la chirurgie militaire française.

Ce chapitre, surtout pour ce qui regarde les fractures par coup de feu et les amputations de la cuisse, présente pour tous les chirurgiens, qu'ils soient ou non militaires, le plus vif intérêt; il renferme, réunis et discutés, des documents nombreux et d'une haute importance. Toutes les fractures de la cuisse ont été, pendant longtemps, considérées par le plus grand nombre des chirurgiens comme exigeant impérieusement l'amputation. Si la doctrine de l'amputation était ébranlée, elle n'était pas renversée lorsque M. Malgaigne vint la répudier à l'Académie de médecine en 1848. L'histoire de la campagne d'Orient est, sous ce rapport, des plus instructives. 1664 militaires furent amputés de la cuisse dans les ambulances françaises pour lésions diverses des membres inférieurs, 1541 moururent, 123 seulement guérirent ; 337 fractures du fémur traitées sans amputation ont donné 117 guérisons et 220 morts. C'est-à-dire que les hommes traités par la conservation ont guéri dans une proportion cinq fois plus grande que ceux traités par l'amputation.

Ce qui nous frappe encore dans ces relevés c'est l'énorme différence dans la mortalité pour les ambulances française et anglaise. Ainsi la proportion des guérisons d'amputation de la cuisse a été, pour les ambulances françaises : au tiers supérieur, 6 pour 100; au tiers moyen, 6 pour 100; au tiers inférieur, 10 pour 100; pour les ambulances anglaises : au tiers supérieur, 8 pour 100; au tiers moyen, 44 pour 100; au tiers inférieur, 50 pour 100.

M. Legouest fait ressortir avec juste raison les inconvénients de notre système d'évacuations trop précipitées, inconvénients qui nous ont extrêmement frappés en Italie, notre tendance à encombrer de malades des salles insuffisantes; mais il ajoute : « Pendant la campagne d'Orient, il a été donné à tout le » monde de voir les ambulances et les hôpitaux anglais, tout » d'abord assez médiocrement organisés, s'améliorer rapide- » ment sous l'impulsion des commissaires envoyés de Londres, » et acquérir, tant au point de vue de l'habitation, du couchage » et des vêtements des malades, qu'au point de vue du régime » alimentaire, un degré de *comfort* que nos établissements, » beaucoup plus nombreux, ne pouvaient égaler, en dépit du » zèle, du dévouement et des efforts du personnel médical et » administratif. »

Le chapitre XIX, traitant des résultats éloignés des blessures par armes de guerre, intéresse tous les chirurgiens. Le dernier chapitre, s'il est destiné à l'éducation des chirurgiens militaires seuls, n'en sera pas moins lu par tous avec intérêt. Il nous initie, en effet, à l'organisation du service de santé en campagne. Personnel, matériel, caissons, cantines et sacs d'ambulance, transport et évacuation des blessés, tout y est passé en revue, et de nombreux dessins permettent à tous de comprendre des détails qu'il serait, sans leur secours, difficile de saisir.

Nous ne pouvons mieux résumer notre opinion sur le TRAITÉ DE CHIRURGIE D'ARMÉE qu'en disant que ce livre vient remplir et combler une lacune importante de notre littérature médicale, en donnant au chirurgien militaire le guide qui lui avait toujours manqué, en donnant aux chirurgiens civils une histoire complète des blessures par armes de guerre. L.

VIII

VARIÉTÉS.

Congrès de Genève : Secours aux blessés des champs de bataille.

La conférence internationale de philanthropes, de médecins, de militaires et d'administrateurs, ouverte à Genève dans le but de rechercher et de proposer les moyens les plus propres à secourir les soldats blessés sur les champs de bataille et dans les ambulances, a clos ses séances, qui ont été au nombre de cinq, dans les derniers jours d'octobre. La plupart des puissances avaient envoyé à cette assemblée les représentants les plus autorisés par leur haute position, leurs services ou leurs travaux, de la médecine et de l'administration militaires. C'était :

Autriche. — M. le docteur UNGER, médecin en chef dans l'armée autrichienne.

Bade. — M. le docteur STEINER, médecin-major.

Bavière. — M. le docteur Théodore DOMPIERRE, médecin principal des corps d'artillerie bavarois.

Espagne. — M. le docteur LANDA, chirurgien-major.

France. — M. de PRÉVAL, sous-intendant de la garde impériale; M. le docteur BOUDIER, médecin principal; M. CHEVALIER, consul de France à Genève.

Grande-Bretagne. — M. le docteur RUTHERFORD, Deputy Inspector general of Hospitals; M. MACKENSIE, consul de la Grande-Bretagne à Genève.

Hanovre. — M. le docteur OELKER.

Grand-duché de Hesse. — M. BRODRÜCK, chef de bataillon d'état-major.

Italie. — M. Giovanni CAPELLO, consul d'Italie à Genève.

Ordre de Saint-Jean de Jérusalem. — S. A. Mgr le prince HENRI XIII de Reuss (branche cadette), délégué par S. A. R. Mgr le prince Charles de Prusse, grand-maître de l'ordre.

Pays-Bas. — M. le docteur BASTING, chirurgien-major des grenadiers et des chasseurs de la garde; M. le capitaine VAN DE VELDE, ancien officier de marine des Pays-Bas.

Prusse. — M. le docteur C. HOUSSELLE, conseiller intime et membre du ministère des affaires médicales; M. le docteur LŒFFLER, General-Artz, médecin de S. M. le roi de Prusse.

Russie. — M. le capitaine Alexandre KIRÉIEW, aide de camp de S. A. I. Mgr le grand-duc Constantin de Russie; M. E. ESSAKOFF, bibliothécaire de S. A. I. madame la grande-duchesse Hélène-Paulowna de Russie.

Saxe. — M. le docteur GÜNTHER, médecin en chef de l'armée saxonne.

Suède. — M. SVEN ERIC SKŒLDBERG, docteur-médecin et chirurgien, conseiller au collége de médecine à Stockholm, intendant du matériel médical de l'armée suédoise; M. le docteur EDLING, médecin-major, de Stockholm.

Wurtemberg. — M. le docteur HAHN, docteur en théologie; M. le docteur WAGNER, pasteur de Korb, près de Stuttgart.

Confédération suisse. — M. le docteur LEHMANN, médecin en chef de l'armée fédérale; M. le docteur BRIÈRE, chirurgien-major, médecin de division de l'armée fédérale; M. F. de MONTMOLLIN; M. F. de PERREGAUX DE MONTMOLLIN; M. le professeur J. SANDOZ; M. MORATEL, vice-président de la Société vaudoise d'utilité publique; M. le docteur ENGELHARDT, médecin de division de l'armée fédérale.

Membres du comité international génevois. — M. le général DUFOUR; M. Gustave MOYNIER; M. le docteur MAUNOIR; M. le docteur APPIA; M. Henry DUNANT.

Les résolutions prises par la conférence ont été les suivantes :

« Art. 1er. Il existe dans chaque pays un comité dont le mandat consiste à concourir en temps de guerre, s'il y a lieu, par tous les moyens en son pouvoir, au service de santé des armées.

» Ce comité s'organise lui-même de la manière qui lui paraît la plus utile et la plus convenable.

» Art. 2. Des sections, en nombre illimité, peuvent se former pour seconder ce comité, auquel appartient la direction générale.

» Art. 3. Chaque comité doit se mettre en rapport avec le gouvernement de son pays pour que ses offres de service soient agréées, le cas échéant.

» Art. 4. En temps de paix, les comités et les sections s'occupent des moyens de se rendre véritablement utiles en temps de guerre, spécialement en préparant des secours matériels de tout genre, et en cherchant à former et à instruire des infirmiers volontaires.

» Art. 5. En cas de guerre, les comités des nations belligérantes fournissent, dans la mesure de leurs ressources, des secours à leurs armées respectives; en particulier ils organisent et mettent en activité les infirmiers volontaires, et ils font disposer, d'accord avec l'autorité militaire, des locaux pour soigner les blessés.

» Ils peuvent solliciter le concours des comités appartenant aux nations neutres.

» Art. 6. Sur l'appel ou avec l'agrément de l'autorité militaire, les comités envoient des infirmiers volontaires sur le champ de bataille. Ils les mettent alors sous la direction des chefs militaires.

» Art. 7. Les infirmiers volontaires employés à la suite des armées doivent être pourvus par leurs comités respectifs de tout ce qui est nécessaire à leur entretien.

» Art. 8. Ils portent dans tous les pays, comme signe distinctif uniforme, un brassard blanc avec une croix rouge.

» Art. 9. Les comités et les sections des divers pays peuvent se réunir en congrès internationaux pour se communiquer leurs expériences et se concerter sur les mesures à prendre dans l'intérêt de l'œuvre.

» Art. 10. L'échange des communications entre les comités des diverses nations se fait provisoirement par l'entremise du comité de Genève. »

Indépendamment des résolutions ci-dessus, la conférence émet les vœux suivants :

« *A*. Que les gouvernements accordent leur haute protection aux comités de secours qui se formeront, et facilitent, autant que possible, l'accomplissement de leur mandat.

» *B*. Que la neutralisation soit proclamée, en temps de guerre, par les nations belligérantes pour les ambulances et les hôpitaux, et qu'elle soit également admise de la manière la plus complète pour le personnel sanitaire officiel, pour les infirmiers volontaires, pour les habitants du pays qui iront secourir les blessés, et pour les blessés eux-mêmes.

» *C*. Qu'un signe distinctif identique soit admis pour les corps sanitaires de toutes les armées, ou tout au moins pour les personnes d'une même armée attachées à ce service.

» Qu'un drapeau identique soit aussi adopté, dans tous les pays, pour les ambulances et les hôpitaux. »

Rien de mieux et de plus désirable que la *neutralisation* des médecins, des infirmiers et des blessés, proposée par la conférence; elle est à peu près tacitement reconnue, et elle a déjà été mise en pratique par quelques armées civilisées. Elle sera adoptée en principe, nous l'espérons, et les descendants eux-mêmes des Cosaques schismatiques de Platow, qui, de Smolensk au Niémen, égorgèrent des milliers de malheureux; les fils de ces catholiques Espagnols, qui massacrèrent les blessés dans les défilés de la Sierra-Morena et sur toutes les routes de l'Andalousie, jureront de la respecter.

Mais il est permis de se demander si l'on peut également accepter l'organisation de ces phalanges, qui, soutenues par le seul amour de l'humanité ou par la foi religieuse, se dévoueraient au service des malades et des blessés, et suivraient les armées en campagne ; s'il est possible et prudent d'ajouter des éléments indisciplinés et indisciplinables, si ardemment animés qu'ils soient du désir de faire le bien, à ces grandes agglomérations d'hommes que toute la prévoyance, toute la fermeté et toute l'habileté des capitaines qui les commandent ont souvent peine à nourrir, à diriger et à contenir. On est tenté de répondre négativement quand on sait que le plus grand génie guerrier des temps modernes s'est toujours appliqué à alléger les derrières de ses armées, et à donner à celles-ci le plus de cohésion possible ; qu'il a créé le corps du train d'artillerie et des équipages militaires pour remplacer les conducteurs civils que l'honneur des armes ne retenait pas au drapeau; que depuis longtemps les infirmiers militaires ont remplacé les infirmiers civils, au grand bénéfice des malades, de l'exécution et de la sécurité du service.

Les pensées généreuses ont toujours droit au respect : aussi donnons-nous toutes nos sympathies aux instigateurs de la conférence de Genève, et formons-nous les vœux les plus ardents pour que leurs projets et leurs propositions soient pris en sérieuse considération, et ne rencontrent pas dans la pratique d'insurmontables difficultés.

Quoi qu'il arrive, la conférence de Genève aura eu cet incontestable résultat d'appeler l'attention des gouvernements sur l'insuffisance générale de l'organisation des moyens de secours pour les blessés et les malades en campagne, et peut-être suggérera-t-elle l'idée de reprendre le projet de Percy, qui consistait à créer un corps spécial de *brancardiers*, fourni par les infirmiers d'ambulance. Adopté en principe par un décret impérial de décembre 1813, ce projet, dont on avait reconnu l'utilité, reçut un commencement d'exécution à l'armée d'Allemagne, mais fut indéfiniment ajourné par suite des événements politiques. Dilaté, modifié et mis en harmonie avec nos institutions actuelles, il peut seul, à notre avis, assurer efficacement le fonctionnement des ambulances sur le champ de bataille.

LEGOUEST.

La séance solennelle de rentrée de la Faculté de médecine de Paris aura lieu lundi prochain, 16 novembre, à une heure.

— Samedi, la Faculté de médecine a voté sur la présentation des candidats à la chaire d'histoire naturelle médicale, vacante par suite du décès de M. Moquin-Tandon. La Faculté a présenté : en première ligne, M. Baillon; en seconde ligne, M. de Seynes. M. Martins avait décliné l'honneur d'être présenté pour occuper cette chaire à la Faculté de Paris.

— Le ministre de l'instruction publique ayant résolu de pourvoir d'une manière définitive à la chaire d'accouchements vacante à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris, avant le lundi 7 décembre prochain, à quatre heures :

1° Leur acte de naissance; 2° leur diplôme de docteur; 3° une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant leurs services dans l'enseignement, leurs ouvrages ou leurs travaux.

— Par décret du 4 novembre, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : — *Officier :* M. Benoît, pharmacien-major de 1re classe au corps expéditionnaire du Mexique ; — *Chevalier :* M. Morel, médecin-major de 2e classe.

— L'Académie royale de médecine de Belgique, dans sa dernière séance, a procédé au renouvellement de son bureau. M. Vleminckx a été réélu président par 24 voix sur 28 votants ; M. François (de Louvain) a été élu premier vice-président ; M. Fossion, deuxième vice-président, et M. Marinus, secrétaire adjoint.

— Nous avons remarqué sur la liste des cours de la Faculté de médecine une heureuse innovation quant aux heures auxquelles se font quelques-uns d'entre eux. La Faculté a, en effet, donné droit à une pétition signée d'un grand nombre de médecins de Paris et d'étudiants demandant que le cours d'histologie eût lieu, non plus au milieu de la journée, mais de cinq à six heures du soir, heure à laquelle la plupart des praticiens ont terminé leurs principales occupations. (*Gazette des hôpitaux.*)

IX

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LA GÉNÉRATION SPONTANÉE ET LA RÉSISTANCE VITALE, par M. *F. A. Pouchet*. Grand in-8 de xv-256 pages, avec 27 figures dans le texte et une planche coloriée. Paris, Victor Masson et fils. 7 fr. 50

PRÉCIS D'HISTOLOGIE HUMAINE, D'APRÈS LES TRAVAUX DE L'ÉCOLE FRANÇAISE, par M. *Georges Pouchet*. In-8 de VII-379 pages, avec 99 figures dans le texte. Paris, Victor Masson et fils. 0 fr.

LES CLIMATS DU MIDI DE LA FRANCE : LA CORSE ET LA STATION D'AJACCIO AU POINT DE VUE DE L'INFLUENCE DES CLIMATS SUR LES AFFECTIONS CHRONIQUES DE LA POITRINE, par le docteur *P. de Pietra Santa*. In-8 de 260 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 4 fr. 50

TRAITÉ DE DIAGNOSTIC MÉDICAL, OU GUIDE CLINIQUE DES SIGNES CARACTÉRISTIQUES DES MALADIES, par le docteur *V. A. Racle*. 3e édition, revue, augmentée, et contenant un *Précis des procédés physiques et chimiques d'exploration clinique*. In-18 jésus de VIII-098 pages, avec 17 figures. Paris, J. B. Baillière et fils. 6 fr.

DE LA PHARMACIE, par *Fumouze*. In-12. Paris, F. Chamerol. 2 fr.

ORIGINE ET DÉVELOPPEMENT DES OS, par les docteurs *A. Rambaud* et *Ch. Renault*. In-8 et atlas in-4 de 28 planches dessinées par Léveillé. Paris, F. Chamerol.
Sur papier blanc. 20 fr.
Sur papier chine. 30 fr.

THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DISEASES OF WOMEN, INCLUDING THE DIAGNOSIS OF PREGNANCY, FOUNDED ON A COURSE OF LECTURES DELIVERED AT ST MARY'S HOSPITAL MEDICAL SCHOOL, par *Graily Hewitt*. Grand in-8 de XXIV-628 pages. London, Longman. 23 fr.

THE TREATMENT OF HOARSENESS AND LOSS OF VOICE BY THE DIRECT APPLICATION OF GALVANISM TO THE VOCAL CORDS, illustrated with Cases (Le traitement de l'enrouement et de la perte de la voix par l'application directe du galvanisme aux cordes vocales), par le docteur *Morel Mackensie*. Londres, T. Richard.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. — PARIS, 20 NOVEMBRE 1863. — N° 47.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Partie officielle. Arrêté ministériel. — **Partie non officielle.** I. **Paris.** Faculté de médecine : Séance de rentrée. Discours de M. Tardieu. Distribution des prix. — Académie de médecine : Origine du cowpox. — II. **Revue clinique.** Pathologie interne : Observations de phlébite faciale. — Pathologie interne : Urémie ; développement rapide de l'amaurose albuminurique ; autopsie. — III. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société de chirurgie. — IV. **Revue des journaux.** Données statistiques sur l'amaurose considérée dans ses rapports supposés avec l'habitude de fumer. — Nouveau traitement du diabète sucré. — Hernie obturatrice ; opération. — Antidotes de la strychnine. — V. **Variétés.** Séance annuelle de l'Association générale. — VI. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — VII. **Feuilleton.** La médecine légale : M. Adelon.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du 14 novembre, M. GIRAUDET SAINT-AGATHE, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de Tours, est nommé professeur adjoint d'anatomie à ladite École.

M. DANNER, chef des travaux anatomiques et professeur suppléant à ladite École, est nommé professeur adjoint de physiologie.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, 19 novembre 1863.

Faculté de médecine : SÉANCE DE RENTRÉE. DISCOURS DE M. TARDIEU. DISTRIBUTION DES PRIX. — *Académie de médecine :* ORIGINE DU COWPOX.

Bossuet parle quelque part de ceux qui savent comprendre, non-seulement la parole, mais le silence même des rois. Messieurs les étudiants, qui font incontestablement partie du peuple souverain, avaient résolu de faire silence à la séance de rentrée de la Faculté ; et comme ils se sentaient peu capables de tenir captif, sous l'aiguillon de la tentation, tout ce qui dans l'organisme humain peut devenir un instrument de tapage, comme la langue, les mains et les pieds, ils se sont abstenus presque tous de paraître à la cérémonie. La plupart avaient retiré leur carte d'entrée ; quelques dizaines seulement ont paru dans la salle, et l'amphithéâtre a été en grande partie occupé par des invités qui n'avaient pu trouver place sur les banquettes de l'hémicycle. Cette tactique a rendu superflues et les mesures d'ordre que l'Autorité avait étendues jusqu'à l'intérieur de l'École, et la précaution qu'avait eue M. le doyen d'ôter tout prétexte aux agitateurs, en ne préparant pas d'allocution ; mais elle a eu pour inconvénient de rompre les rapports attendus entre l'orateur du jour et l'auditoire, et de rendre vains certains à-propos du discours, flammes brillantes et colorées qui se sont évanouies dans l'air sans rencontrer de but.

FEUILLETON.

La médecine légale : M. Adelon.

... Dans ses rapports avec l'institution des lois et l'administration de la justice, le rôle de la médecine est simple et nettement tracé. Elle est l'auxiliaire naturelle et forcée à laquelle recourt le législateur et le magistrat, toutes les fois que la solution d'une question légale ou judiciaire implique la connaissance spéciale et l'application des données de la physiologie, de la médecine et de la chirurgie. S'il est possible, en remontant dans l'antiquité et comme on l'a tenté récemment, non sans un grand mérite d'érudit (1), jusqu'aux lois de Moïse et à la constitution juridique des Hébreux, de trouver à la médecine légale des origines très-reculées ; si elle se rattache à la renaissance française par le trop court TRAITÉ DES RAPPORTS de notre Ambroise Paré ; au droit canonique et à la justice ecclésiastique, derniers débris du moyen âge, par les curieuses collections des Italiens Fortunatus Fidelis, Paul Zacchias et Valentini ; au grand mouvement des jurisconsultes allemands des premières années du XVIIIe siècle par les importantes contributions de Zittmann, d'Alberti, de Techmeyer et de tant d'autres ; il faut reconnaître que la médecine judiciaire, telle que nous la devons enseigner et pratiquer aujourd'hui, est d'hier et n'a rien à demander au passé.

Ce n'est, croyez-le bien, ni l'abaisser, ni l'amoindrir que d'en parler ainsi. La constitution de la médecine légale en tant que science, en effet, ne peut se séparer des progrès de la médecine en général ; elle ne saurait avoir, en propre, ni une doctrine fondamentale, ni un but dogmatique ; et elle restera toujours subordonnée à l'emploi plus ou moins large, plus ou moins intelligent, que la jurisprudence saura faire de ses lumières. C'est pourquoi il est vrai de dire que la médecine

(1) *Essai sur la médecine légale chez les Hébreux*, par Alex. Schvob. Thèse de Strasbourg, 1861.

Hâtons-nous de le dire néanmoins, M. le professeur Tardieu a obtenu un grand et légitime succès. Il se présentait entouré de la double sympathie qu'éveillaient son talent toujours si distingué et le souvenir d'une catastrophe de famille que connaissent nos lecteurs; on lui savait gré d'avoir fait taire un instant des préoccupations si douloureuses devant un devoir public, surtout quand on a vu ce discoureur d'ordinaire si agile *et sui compos* manquer pendant quelques minutes de voix et de respiration. Le discours, par lui-même, n'a pas refroidi ces dispositions bienveillantes. Elégamment écrit, rapide, animé, pénétré de sentiments honnêtes, empreint d'un esprit libéral, montrant à chaque ligne la grandeur et la sainteté de la mission médicale dans la famille et dans la société, assez riche d'aperçus moraux, de préceptes professionnels ou de traits littéraires pour qu'une assemblée de *sages*, à défaut d'élèves, pût y trouver son profit ou son agrément, il devait provoquer, et a provoqué à diverses reprises, de bruyantes marques d'approbation.

Cela dit avec toute la sincérité d'une vieille amitié, nous nous appuierons de cette sincérité même pour faire part d'une impression que nous avons lieu de croire assez générale. Le discours manque d'enchaînement, d'harmonie, d'unité. On le caractériserait assez justement en disant qu'il se compose de deux parties qui ne se correspondent pas suffisamment par la pensée mère, et entre lesquelles se trouve enchâssé un morceau d'une conception et d'une exécution charmantes, mais qui ne se relie bien ni au commencement ni à la fin. La première partie, évoquant un discours semblable, qui, après vingt-sept ans, est resté cher à toutes les mémoires, rappelle brièvement les devoirs du médecin envers les individus, et annonce un tableau des obligations du médecin envers la société, dans le domaine de ce que l'orateur nomme, avec d'autres, médecine politique ou médecine publique. Au moment où les oreilles se tendent vers ce sujet si vaste, si élevé, échu à une plume souple, à un esprit perspicace, arrive brusquement et comme un intermède une notice sur M. Adelon. Puis quand revient, sans transition ménagée, le tour de la médecine publique, au lieu d'un pendant du discours de M. Cruveilhier, au lieu d'un coup d'œil général sur les devoirs du médecin à l'égard de la chose sociale, mis en regard des devoirs simplement professionnels, on n'entend qu'une énumération brillante de toutes les circonstances dans lesquelles la médecine est appelée à jouer un rôle public : expéditions militaires, institution de médecins sanitaires dans le Levant, intervention des sciences médicales dans l'industrie et admission de leurs produits dans les expositions universelles, etc. M. Tardieu n'a fait d'exception que pour une branche de la médecine publique : la médecine légale, dont il a bien mis en relief le haut caractère et les redoutables obligations; mais cette exception même n'en fait que plus vivement ressortir la façon un peu sèche dont il a traité les autres branches, et regretter qu'il n'ait pas cherché quelque cadre plus général où fussent venus se dérouler tous les devoirs, toutes les vertus, toutes les légitimes prétentions, tout l'avenir enfin de la médecine sociale. Un tel chapitre inspiré de l'histoire, de la philosophie, de la physiologie, d'un sentiment éclairé des besoins et des moyens de la civilisation moderne, eût été digne de l'orateur; mais peut-être l'orateur ne l'a-t-il pas jugé susceptible d'être traité dans la circonstance et devant l'auditoire qu'il s'attendait à rencontrer.

Un mot sur une assertion incidentellement émise par M. Tardieu, et qui aurait besoin peut-être de commentaires. « En Angleterre, a-t-il dit, la médecine légale n'existe » pas, ou, pour parler plus justement, ne vit que de ren- » contre. Jamais la justice ne demande au médecin de rapport, » au sens que vous connaissez tous. »

Disons en quelques mots comment se pratique la justice criminelle en Angleterre. Il y a, dans chacun des comtés de la Grande-Bretagne, et suivant l'importance de la population, un certain nombre de magistrats nommés à vie; ce sont les *coroners*. Dès qu'un citoyen est mort subitement ou d'une manière suspecte, le coroner se transporte là où le décès a eu lieu, nomme un jury composé de *douze habitants* notables, et, devant eux, procède à une enquête en présence du cadavre. Cette enquête est publique. Si le jury pense que la mort a été naturelle, il rend pour verdict : ***Mort par la visitation de Dieu.*** S'il est convaincu qu'il y a eu suicide, l'arrêt est conçu ainsi : ***Mort par suicide***, COMMIS DANS UN MOMENT DE FOLIE. Cette dernière phrase, toujours ajoutée, est un correctif destiné à empêcher les peines posthumes prononcées par la loi contre le suicide. Si le jury croit à un assassinat, le verdict est : ***Mort par suite d'un crime dont l'auteur ou les auteurs nous sont inconnus;*** ou bien : ***Mort par suite d'un crime dont N... nous paraît l'auteur.*** Dans ce dernier cas, le coroner lance, séance tenante, contre l'inculpé un mandat d'amener, et c'est dès lors au jury des assises du comté qu'appartient le jugement de l'accusé.

On conçoit facilement que cette constatation de la cause de

---

judiciaire ne date réellement pour nous que de la réforme de nos codes. Elle tire toute sa noblesse, non d'une antique origine, mais de l'utilité et de l'importance de ses services.

Cela est si vrai, que l'existence même de la médecine légale dépend entièrement, et dans tous les pays, de l'état de la législation et en mesure en quelque sorte le degré de perfection. Laissez-moi vous en donner un exemple frappant. En Angleterre, la médecine légale n'existe pas, ou, pour parler plus justement, ne vit que de rencontre. Jamais la justice ne demande au médecin de rapport, au sens que vous connaissez tous. Lorsqu'une affaire criminelle constituant un attentat contre les personnes, est portée devant le jury, l'avocat du plaignant ou celui de l'accusé, selon que sa déposition doit lui être favorable, cite comme témoin le médecin qui a pu avoir quelque connaissance du fait. Ce n'est plus l'autorité judiciaire qui recueille les témoignages et recherche les preuves. Chacun, accusateur ou accusé, fait son enquête, chacun amène ses témoins. Le médecin qui a donné des soins à la victime ou qui a constaté la mort violente croit-il à un crime, l'accusation le cite; s'il a une opinion contraire, c'est l'accusé qui le fait entendre. Les avocats de l'accusation et de la défense l'interrogent alors successivement. Il ne peut dire que ce qu'il a vu; il peut à peine exposer les inductions qu'il en tire, et s'il s'aventure à citer, à l'appui de son dire, une considération ou un fait qui ne sont pas le résultat de son observation directe et immédiate, le juge l'arrête, et l'avocat, dont il contrarie le système, lui fait interdire la parole. Les cas de flagrant délit ou de mort violente seuls appellent l'intervention du médecin, mais pour une constatation purement matérielle; d'où le magistrat de police déduira la suite à donner à l'affaire. Vous le voyez, messieurs, subordonné aux principes généraux qui dominent dans la législation anglaise le système des preuves, le rôle du médecin est réduit à celui d'un simple témoin dont la déposition même est souvent entravée et qui n'est pas libre d'émettre son opinion tout entière. N'ai-je pas bien le droit de dire que, dans de semblables conditions, malgré les réclama-

la mort ne puisse être faite par des jurés qui sont ou peuvent être des agriculteurs, des marchands, et le jury doit donc s'éclairer des lumières d'un homme de l'art. Quel sera le médecin appelé ? Le point est réglé par l'acte intitulé : MEDICAL WITNESSES ACT 6 and 7 William IV, ch. 89, titre qu'on peut traduire à peu près par : *Acte concernant le témoignage médical*. En vertu de l'article 1er, le coroner a droit de citer devant lui, pour l'éclairer sur la cause de la mort, le médecin ordinaire du malade ou tout autre médecin à son choix, et de le requérir véritablement à titre d'*expert*, en lui envoyant la citation suivante, dont la formule est annexée à l'acte ci-dessus, et que nous traduisons textuellement :

En vertu de mes pouvoirs comme coroner de , vous êtes requis à paraître devant moi et le jury à , le jour de 186 , à heures, pour nous éclairer (*give evidence*) sur la cause de la mort du nommé , pour procéder (ou assister) à l'autopsie du corps (*avec* ou *sans analyse chimique, suivant le cas*) et pour faire un rapport sur la susdite enquête.

Signé LE CORONER.

M. Tardieu peut donc voir que la justice demande des rapports ; mais cette loi anglaise, qui, en toute circonstance, se préoccupe du droit individuel pour le protéger, ne veut pas que le choix de l'expert puisse être à la discrétion seule du *coroner*. Quel doit être le rôle du médecin légiste ? Celui d'éclairer ceux qui doivent juger ; or, les jurés pouvant mettre leur confiance dans un expert autre que celui qui est habituellement désigné par le coroner, la loi leur donne le droit de choisir leur expert par cette disposition que consacre le chapitre II du *Witnesses Act* :

« Toutes les fois qu'il semblera à la majorité des jurés que la cause de la mort n'a pas été mise hors de doute par le rapport du premier expert, les jurés ont le droit et l'autorisation d'enjoindre au coroner d'avoir à requérir, par la formule ci-annexée, tel ou tels médecins, pour faire l'autopsie avec ou sans analyse du contenu de l'estomac et des intestins, que cet examen ait été ou non fait auparavant. »

Mais ce n'est pas tout encore. La doctrine de l'infaillibilité et de l'irresponsabilité de la magistrature n'existant pas en Angleterre, le même chapitre de la loi se termine par ces mots : « Et si le coroner ainsi requis refuse de donner l'ordre » demandé, il sera déclaré coupable de forfaiture, et sera » puni de la même façon que s'il avait forfait aux lois com- » munes. »

Le coroner a, comme on le voit, pour mission d'établir, à l'aide de la médecine légale, la cause réelle de la mort, et, s'il a des soupçons sur la culpabilité d'un individu, de le renvoyer devant les assises du comté. En un certain sens, M. Tardieu aurait raison de dire que le rôle des médecins légistes est différent en Angleterre et en France. En France, le médecin appelé par l'accusation vient donner à la magistrature les lumières qui lui manquent. En Angleterre, n'ayant rien de commun avec l'accusation ou la défense, il est simplement et strictement un témoin médical et le conseil des jurés. Il n'y a pas en Angleterre, comme médecins légistes, les individualités si éminentes que représentent les noms d'Orfila, de Devergie, de Tardieu ; mais cela ne veut pas dire que la médecine légale n'y existe pas, parce qu'elle n'y est pas spécialisée.

Nous extrayons (au *feuilleton*) du discours les deux parties relatives à la biographie de M. Adelon et à l'historique de la médecine légale. Nous avons pris la liberté d'intervertir l'ordre de ces deux morceaux qui, dans un extrait détaché, nous ont paru se succéder plus naturellement.

A. DECHAMBRE.

Après le discours de M. Tardieu, M. le professeur GAVARRET a proclamé les prix dans l'ordre suivant :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE : Premier grand prix, M. LALLEMENT (Edmond). — Premier prix, M. MARCOVITZ (Alexandre). — Première mention honorable, M. LEFEUVE (Jules). — Seconde mention honorable (*ex æquo*), MM. BROUARDEL (Paul) et GERME (Léon).

PRIX CORVISART : Prix, M. CHARPENTIER (Louis-Arthur-Alphonse). — Mention honorable, M. RAMOND (Alexis-Adolphe). — Question proposée au concours pour l'année 1864 : « Établir, d'après des observations recueillies dans les cliniques médicales de la Faculté, des considérations diagnostiques et thérapeutiques sur les maladies aiguës des organes respiratoires. »

PRIX MONTYON : Prix, M. OLIVIER (Auguste), auteur d'un mémoire sur le *rhumatisme cérébral*.

PRIX BARBIER : Premier prix, de la valeur de 1200 francs, à M. PRETERRE, pour ses appareils de prothèse palatine et maxillaire. — Deuxième prix, de la valeur de 800 francs, à M. DOLBEAU, pour son mémoire sur la *lithotritie périnéale*. — Mention honorable à M. MONCOQ, étudiant en médecine, pour l'invention d'un appareil destiné à la transfusion du sang et à l'introduction des médicaments dans le sang veineux.

---

tions très-vives du corps médical anglais qui, tout récemment, dans un grave procès en interdiction, se révoltait contre le rôle indigne auquel on le réduisait, malgré les efforts et les travaux de quelques savants distingués, tels que Male, Christison, Alf. Taylor, n'ai-je pas raison de dire que la médecine légale n'existe pas en Angleterre. Et n'est-il pas vrai qu'en cela comme en bien d'autres choses, pendant que nous nous évertuons à chercher chez eux des modèles, nos voisins appellent de leurs vœux bien des réformes d'importation française.

Si le temps et le lieu me le permettaient, je vous montrerais, par contre, l'Allemagne, que régit presque partout le Code Napoléon, donnant à la médecine judiciaire la même place, la même importance et la même autorité qu'elle a acquises en France depuis le commencement de ce siècle.

C'est à cette date seulement qu'elle est, en réalité, entrée dans l'enseignement officiel. Louis, l'illustre secrétaire de l'Académie royale de chirurgie, avait le premier professé publiquement aux écoles de chirurgie l'art de résoudre diverses questions appartenant à la médecine légale et à la police médicale. La loi de frimaire an III consacra cette heureuse innovation, en instituant dans toutes les Facultés de médecine des chaires de médecine légale, éloquemment réclamées par Chaussier (1). A la Faculté de Paris, Mahon, Leclerc, Sue, Royer-Collard, Orfila, Adelon, se succédèrent dans cet enseignement, qui ne fut pas sans vicissitudes, et qui formant d'abord un dédoublement de la chaire d'histoire de la médecine, et plus tard transformée en partie, pour Royer-Collard et pour un temps seulement, en une chaire de maladies mentales, reprit avec cet esprit d'élite, et après la permutation d'Orfila à la chaire de chimie médicale, la place définitive qu'il occupe seulement depuis quarante ans (2).....

(1) *Observations chirurgico-légales sur un point important de la jurisprudence criminelle*, lues à la séance publique de l'Académie des sciences de Dijon, le 20 décembre 1789.

(2) Lors de la constitution de l'École de Paris, en 1794, il fut institué une double chaire de *médecine légale et histoire de la médecine*, où la partie médico-légale fut

Thèses signalées a M. le Ministre de l'instruction publique : En première ligne (par ordre alphabétique), les thèses de MM. Bert (Paul). De la greffe animale. — Charvet (Pierre-Marie-Henry). Étude sur une épidémie qui a sévi parmi les ouvriers employés à la fabrication de la fuchsine. — Chipault (Antony). Étude sur les mariages consanguins et sur le croisement dans les règnes animal et végétal. — Gamet (Alfred). De l'ostéopériostite juxta-épiphysaire. — Gonnard (Claude). Essai critique sur l'institution de la dualité chancreuse. — Gosse (Hippolyte-Jean). Des taches au point de vue médico-légal. — Pouquet (Pierre-Antoine-Alfred). Considérations pratiques sur la trachéotomie dans les cas de croup. — Proust (Adrien). Du pneumothorax essentiel, ou pneumothorax sans perforation.

En seconde ligne (par ordre alphabétique), les thèses de MM. Bahaud (Julien). De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur le développement de la phthisie pulmonaire. — Dunand (Pierre-Louis). Recherches et observations sur l'hystéro-épilepsie. — Edwards (W.-T.-Arthur). De l'anatomie pathologique et du traitement de l'ataxie locomotrice progressive. — Martin (C.-Aimé). De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle. — Moureton (Louis). Étude sur la tuberculisation des vieillards. — Olivier (Raymond). Essai sur le traitement de la paralysie amyotrophique consécutive aux maladies aiguës. — Roques (Auguste). Essai sur la mort apparente du nouveau-né. — Turgis (Eugène-Hippolyte). Recherches et observations pour servir à l'histoire du goître exophthalmique.

Legs du baron de Trémont : M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Par décret du 8 septembre 1858, M. le doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté. Les candidats qui voudront s'inscrire recevront, au secrétariat de la Faculté, les renseignements sur la nature des pièces à fournir. La somme de 1000 francs a été partagée, cette année, par portions égales, entre deux élèves qui se trouvent dans les conditions du legs.

Avant que M. Depaul ne reprît, à l'Académie de médecine, la parole sur la question de l'origine du cowpox, M. H. Bouley a exposé brièvement, et comme assises de la discussion, l'ensemble des faits, anciens et nouveaux, sur lesquels il s'appuie pour établir que le cowpox a ou peut avoir une origine équine. M. Depaul, grâce à un comité secret, n'a pu encore terminer son discours dans cette séance. Cela n'empêche pas d'ailleurs qu'on ne puisse, dès à présent, saisir toute sa pensée. M. Bouley avait cru d'abord trouver la source de la vaccine dans des vésicules de la bouche du cheval ; il a ensuite reconnu, sur les observations de M. Depaul et de M. Rayer, que ces lésions buccales n'étaient qu'une manifestation circonscrite d'un exanthème général. M. Depaul, lui, voit dans tout l'exanthème, à la bouche comme sur la peau, non des vésicules, mais des pustules, et des pustules franchement varioliques. Ce serait donc simplement une variole équine qui aurait fourni à M. Bouley la matière de ses inoculations. Nous devons avouer que l'argumentation de M. Depaul nous a paru de nature à emporter les convictions : et il est douteux que l'effet s'en affaiblisse dans la suite des débats. A. D.

II

REVUE CLINIQUE

Pathologie interne.

Observations de phlébite faciale, par M. Dubreuil, aide d'anatomie, interne à l'hôpital Saint-Antoine.

Dans le numéro du 30 octobre de la Gazette hebdomadaire, M. Blachez, à propos d'une observation recueillie à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, appelait l'attention sur la phlébite des veines de la face et sur l'intérêt que pourrait offrir l'étude de cette affection.

Deux observations de phlébites des veines de la face que j'ai eu l'occasion de recueillir me paraissent également mériter quelque attention de la part des anatomo-pathologistes et des praticiens.

Obs. I. — *Furoncles multiples de la face. — Phlébite des veines fronto-pariétales et de la veine ophthalmique droite. — Exophthalmos. — Abcès de l'orbite et de la tempe.* — Féchené, journalier, âgé de cinquante-huit ans. Salle Sainte-Marthe, n° 74 (Hôtel-Dieu) ; service de M. Laugier, remplacé par M. Foucher.

Ce malade a été envoyé à l'hôpital le 25 octobre 1863, par la préfecture de police. Il avait été pris en flagrant délit de mendicité.

Il est complétement chauve et paraît bien plus âgé qu'il ne l'est en réalité. Cette caducité précoce doit sans doute être rapportée à l'extrême misère et aux privations de toute espèce auxquelles il est condamné depuis nombre d'années.

Il parle peu français et paraît dans une sorte d'hébétude ; on n'obtient en l'interrogeant que des réponses très-brèves ; sa mémoire paraît affaiblie.

Il dit être malade depuis un mois et avoir eu toute la tête enflée. Depuis quelques jours l'enflure avait diminué, et il se trouvait mieux. Pressé par la faim, il s'est levé pour mendier, et c'est alors qu'il a été pris par la police. Tels sont les renseignements que j'ai pu recueillir à ce moment-là.

Voici maintenant ce que j'ai pu constater le 25 octobre à la visite du soir :

Le gonflement de la face a en grande partie disparu, mais il reste en-

---

La longue carrière de M. Adelon (Nicolas-Philibert) (1), mort à quatre-vingts ans, professeur honoraire de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, a été heureuse et honorée autant qu'elle était digne de l'être. Venu à Paris de cette province de Bourgogne qui a donné à la France tant d'illustrations et à notre École même tant de maîtres célèbres, il emportait des traditions de loyauté et d'honneur, des habitudes d'ordre et de modération, et un amour de la justice qu'il a toujours fidèlement gardés comme la plus belle partie de son patrimoine. C'était un premier bonheur pour M. Adelon de n'être pas né Parisien. Il n'était pas perdu dans ce désert de la multitude où chacun ignore son voisin, où nul ne suit de l'œil les progrès de l'enfant qui grandit ou du jeune homme qui se développe loin du foyer paternel, où l'on n'a pour soutiens, hors des rencontres fortuites du népotisme, que ses propres œuvres ou les encouragements d'une publicité banale. M. Adelon trouvait dans la grande ville, à l'entrée de sa carrière, au seuil même de la Faculté, la main amie de son compatriote Chaussier. Il lui rendit en travail et en succès, comme en dévouement et en affection, ce qu'il en avait reçu en appui et en utile direction. Une collaboration étendue qui associera les deux noms d'Adelon et de Chaussier dans la postérité, décida des premières impulsions et des premiers travaux de notre savant collègue. Reçu

remplie successivement par Mahon (1794-1799), Leclerc (1800-1808), Suc (1808-1816), Royer-Collard (1816-1819). Cette association, que rien ne pouvait justifier, dura jusqu'en 1819, époque à laquelle l'enseignement de l'histoire de la médecine fut réuni à celui de la bibliographie et confié au bibliothécaire de la Faculté. En même temps, l'un des professeurs de médecine légale, Royer-Collard, était chargé d'un cours de médecine mentale, et remplacé dans la chaire de médecine légale par Orfila (1er mars 1819). On sait par suite de quelles mesures violentes la Faculté fut reconstituée en 1823. Dans cette organisation nouvelle, l'enseignement de la médecine mentale fut supprimé, et pendant qu'Orfila était appelé à succéder à Vauquelin dans la chaire de chimie médicale, Royer-Collard reprit possession de la chaire désormais unique de médecine légale qu'il garda jusqu'à sa mort, et qui passa directement, en 1826, entre les mains de M. Adelon, nommé professeur honoraire en 1861.

(1) M. Adelon est né à Dijon le 20 août 1782 et mort à Paris le 19 juillet 1862.

core une tuméfaction énorme des paupières de l'œil droit, qui recouvrent à peu près complétement le globe oculaire.

En les écartant, ce qui ne peut être fait qu'avec difficulté, on aperçoit un chémosis énorme; la conjonctive qui le forme est rouge et encadre le globe oculaire, qui est lui-même sensiblement projeté en avant et complétement immobile.

La cornée est saine et transparente; la partie inférieure de l'iris qui est contractée et sans mouvement, présente une coloration d'un rouge foncé, produite par une exhalation sanguine qui se continue dans la chambre postérieure.

En pressant les paupières, on a une sensation obscure de fluctuation, analogue à celle que donnerait un abcès profond bridé par des parties résistantes.

La région temporale droite est saillante, et l'on y perçoit aussi une fluctuation profonde. A la partie inférieure du front existe une réunion de tout petits furoncles dont on fait sortir des bourbillons par la pression.

Sur aucun point de la face on ne trouve de trace de desquamation.

De la partie moyenne du front part de chaque côté une saillie qui va, en s'éloignant de celle du côté opposé, se terminer sur la partie moyenne de la région pariétale. Ces saillies affectent à peu près la disposition d'un V ouvert en haut. Elles sont plus grosses qu'une plume d'oie, sinueuses et fluctuantes dans toute leur étendue. Il est facile de reconnaître là les veines fronto-pariétales distendues par un liquide. Au point où se termine en arrière la saillie de la veine pariétale droite, on aperçoit deux tout petits furoncles.

Le pouls du malade est à 75 pulsations et assez plein. Les artères sont souples; la respiration est normale ainsi que le rhythme et les bruits du cœur.

Cet homme ne donne aucun signe de douleur pendant les explorations auxquelles on le soumet et dit ne pas souffrir. J'ouvre l'abcès de la région temporale; il en sort une grande quantité de pus grumeleux.

Prescriptions. Cataplasmes, vin, bouillons, potages, potion cordiale.

26 octobre. — L'ouverture pratiquée à la région temporale a donné issue pendant la nuit à une grande quantité de pus.

Le chémosis est toujours le même.

M. Fouché fait parallèlement au bord inférieur de l'orbite une incision par laquelle il s'écoule beaucoup de pus.

Les veines frontales comprimées avec le doigt s'ouvrent, l'une à la partie antérieure, l'autre à la réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. Il en sort du pus mal lié; on les vide et on les aplatit par la pression. Mêmes prescriptions.

Le 27, le malade est dans le même état et ne souffre plus. Le pus s'est reproduit dans les veines. Il en sort très-peu de l'orbite, l'abcès de la fosse temporale est tari; la tuméfaction des paupières n'a pas diminué. Le malade mange deux portions.

Le 30, en examinant la portion de conjonctive œdématiée située au-dessus de l'œil, on perçoit une sensation de fluctuation profonde. Un bistouri est enfoncé à 2 centimètres de profondeur au-dessus et en dehors du globe oculaire, et cette incision donne issue à du pus phlegmoneux et bien lié.

Les veines frontales ont, au bout de quelques jours, cessé de suppurer, et se sont aplaties de manière à ne plus former aucun relief.

A dater de ce moment jusqu'à la fin de décembre, époque à laquelle j'ai cessé d'observer ce malade, nul changement notable n'est survenu dans son état. Bien qu'il mangeât quatre portions, que les selles fussent régulières, il ne reprenait pas de force et restait plongé dans un état d'apathie profonde. Toujours couché, il ne répondait jamais que par monosyllabes.

L'épanchement sanguin qui s'était produit dans les chambres oculaires était en partie résorbé, mais l'iris était resté contracté et immobile.

L'infiltration de la conjonctive était à peu près la même et formait autour de l'œil un bourrelet saillant qui l'immobilisait.

Obs. II. — *Furoncles multiples de la face. — Phlébite des veines fronto-pariétales, des veines ophthalmiques. — Exophthalmos. — Mort.* — X..., âgé de quarante-cinq ans, cordonnier, entre le 26 janvier 1863 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 2, service de M. Jarjavay.

Ce malade a, dit-il, toujours joui d'une bonne santé, et c'est la première fois qu'il entre à l'hôpital.

Sa constitution est vigoureuse et ne paraît entachée ni de scrofule, ni de syphilis.

Voici ce qu'il nous raconte sur l'origine de sa maladie. Il y a une quinzaine de jours que, sans cause connue, il lui survint sur la partie latérale gauche du nez un petit bouton qu'il compare à un clou. Il n'éprouvait alors qu'une très légère douleur à ce niveau et ne s'en préoccupait nullement.

Au bout de quelques jours, il survint un peu de tuméfaction et de rougeur qui s'étendirent sur le front, et le malade eut recours à des topiques que lui conseillèrent les commères du quartier.

N'obtenant aucune amélioration de l'emploi de ces moyens, il s'adressa à un médecin qui lui prescrivit un purgatif.

Le 26 janvier, il eut de la fièvre et fut alors obligé d'interrompre ses travaux et de venir à l'hôpital.

Voici quel était l'état du malade le 27 janvier à la visite du matin :

Il existe sur la partie supérieure et gauche du nez une tuméfaction considérable qui s'étend jusqu'au niveau du grand angle de l'œil.

La partie inférieure du front est aussi notablement gonflée, ainsi que la région temporale gauche.

Les parties tuméfiées sont d'une couleur rouge foncé parsemée çà et là de petits points blancs.

Sur le front on voit en outre deux cordons durs et noueux se réunissant au-dessus de l'origine du nez, et qui sont évidemment les veines frontales enflammées. Au niveau du sac lacrymal gauche, il existe une fluctuation évidente.

Le malade a de la fièvre; le pouls est à 90; la langue est blanchâtre, l'appétit est perdu; les selles sont normales.

L'abcès placé au-devant du sac lacrymal est ouvert et vidé.

Prescriptions. Cataplasmes, bouillons.

Le lendemain, la tuméfaction avait envahi tout le nez.

1er mars. — La paupière supérieure de l'œil gauche est tuméfiée et recouvre le globe oculaire.

En comprimant les téguments autour des points blanchâtres que j'ai signalés, et qui se sont acuminés, on en fait sortir de véritables bourbillons.

Les veines frontales sont devenues fluctuantes, et il existe dans la fosse temporale gauche un abcès dont l'ouverture donne issue à une notable quantité de pus.

Le 2 et le 3, on ouvre successivement une collection purulente de la paupière supérieure gauche et celle qui était contenue dans la veine frontale du même côté.

Le 5, le malade était sans fièvre et très-disposé à manger.

---

docteur en 1809, il n'avait pas attendu son diplôme pour suivre une vocation native vers l'enseignement dogmatique, en ouvrant des cours particuliers de physiologie, dont l'immense succès est encore attesté par bon nombre de ses anciens auditeurs, et auxquels a survécu, outre de nombreux articles insérés dans les dictionnaires de médecine (1), le Traité de la physiologie de l'homme que publiait en 1823 (2) M. Adelon, déjà professeur agrégé à la Faculté et membre titulaire de l'Académie de médecine (3).

« Livré depuis quinze années à l'enseignement public de la » physiologie de l'homme, écrivait-il dans sa préface, je me » suis efforcé de suivre les progrès de cette science, de rassembler tous les faits qui lui appartiennent et de les disposer » dans l'ordre le plus propre à faire comprendre aisément ce » que l'on sait du mécanisme de la vie. » Tels étaient bien, en effet, le caractère et le mérite propre de son livre; et jamais auteur n'exprima avec plus de sincérité et ne tint plus fidèlement ce qu'il promettait au public : exposé précis de l'état de la science et surtout classement méthodique des diverses parties dont se compose l'étude de la physiologie de l'homme, réunies pour la première fois en un traité élémentaire et didactique.

Mais ces gages et ces garanties éclatantes ne devaient pas attacher M. Adelon à l'objet de ses premiers succès. Arraché un peu brusquement à l'étude et à l'enseignement de la physiologie, il dut à la confiance que son caractère et ses qualités professorales inspiraient à la Faculté d'être appelé par elle, en 1826, à la chaire de médecine légale. S'il ne s'y était pas pré-

(1) La collaboration de M. Adelon au grand *Dictionnaire des sciences médicales* et aux deux éditions du *Dictionnaire de médecine* a été des plus actives et exclusivement consacrée à la partie physiologique. Il a donné en outre plusieurs notices intéressantes à la *Biographie universelle*.

(2) Le *Traité de la physiologie de l'homme* de M. Adelon en 4 vol. in-8, a eu deux éditions.

(3) En 1821, l'Académie de médecine, nouvellement créée, appelait M. Adelon dans son sein. Il remplit successivement les fonctions de secrétaire de la section de médecine, de vice-président et de président de cette compagnie.

Le 6, nous trouvons le malade plongé dans un état comateux, dont il est impossible de le réveiller. La coloration rouge des régions tuméfiées est devenue livide, le pouls est très-petit et bat 148.

Le 7, même état comateux ; même impossibilité d'obtenir une réponse du malade. Il existe un chémosis séreux et un léger exophthalmos de l'œil droit. M. Jarjavay ouvre un second abcès à la partie antérieure de la tempe gauche.

Le 8, 120 pulsations. Le malade a déliré pendant la nuit et délire encore le matin. Il répond à ce qu'on lui demande, mais sa parole est entrecoupée, ses réponses sont incertaines. Il urine et va à la selle sous lui. Le gonflement a envahi la paupière supérieure droite. On remarque que la phlébite de la veine frontale gauche s'est étendue, et que le cordon noueux qu'elle forme s'étend jusqu'au vertex. Il est fluctuant dans toute son étendue.

Le 9, 140 pulsations. Même état. Incision pratiquée sur la veine frontale droite. L'iris droit est contracté. Le cuir chevelu et la peau du front sont criblés de trous qui correspondent à l'expulsion des bourbillons susmentionnés.

Le malade meurt dans la nuit.

Autopsie pratiquée trente-six heures après la mort. — La peau du front et la partie antérieure du cuir chevelu sont soulevées par une nappe de pus.

Dans chaque orbite, on trouve un abcès derrière le globe oculaire. De chaque côté aussi, on trouve du pus dans la veine ophthalmique et dans la partie antérieure du sinus caverneux. Dans les sinus caverneux, le pus est limité en arrière par un caillot adhérent.

A la surface du cerveau, il y a du pus infiltré dans la pie-mère, au niveau de la scissure de Sylvius du côté gauche. Nulle part on ne trouve de trace d'infection purulente.

Ces deux observations si analogues, sauf sous le rapport de la terminaison, nous offrent des exemples de phlébites déterminées par des éruptions furonculaires, phénomène que Trude a été le premier à signaler.

Les points qui me paraissent surtout remarquables sont ici la véritable confluence de l'éruption furonculaire, la tendance aux phlegmasies veineuses que n'expliquent pas des abcès dont la production paraît avoir été consécutive. Sans doute on voit souvent, le plus généralement même, des furoncles survenir successivement ou simultanément sur la même région, mais jamais nous ne les avions observés en assez grand nombre et assez rapprochés pour qu'après l'expulsion des bourbillons, la peau présente cet aspect de crible que je signalais tout à l'heure.

Est-ce à la disposition anatomique du fascia superficialis de la tête, est-ce à une variété dans la nature de la maladie que doivent être rapportées cette multiplicité et cette confluence ?

Pourquoi les furoncles, qui, dans les autres régions déterminent des adénites et des lymphites, en laissant les veines indemnes, donnent-ils naissance à la phlegmasie de ces derniers vaisseaux, lorsqu'ils siégent à la tête ?

La confluence de l'éruption, la richesse vasculaire des parties envahies peuvent peut-être rendre raison de cette particularité, qui revêt d'un caractère de haute gravité une maladie réputée bénigne.

Pathologie interne.

Urémie ; développement rapide de l'amaurose albuminurique ; autopsie, par M. Colin, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Obs. — Le 28 septembre dernier, je prenais le service confié auparavant à mon savant collègue et ami M. Arnould.

A cette époque se trouvait couché, salle 25, n° 42, un malade sur lequel M. Arnould voulut bien me donner les renseignements dont voici le résumé :

X..., infirmier militaire, candidat à l'École polytechnique, venait de terminer ses examens d'admission à cette école quand il ressentit quelques symptômes d'embarras gastrique, nausées, céphalalgie, courbature, que l'on pouvait rapporter au surcroît de travail et de préoccupation auquel avait dû se livrer ce jeune homme.

Il y avait quatre jours que durait ce malaise lorsqu'un matin, le 30 août, après plusieurs vomissements, X... est pris de convulsions pour lesquelles il entre à l'hôpital (salle 25, n° 42).

Ces convulsions se répétèrent plusieurs fois dans la journée ; je ne puis mieux les caractériser que par la description de M. Arnould :

« A ma première visite (31 août), j'avais à peine vu quelques lits, que les infirmiers du service m'avertissent que les convulsions de X... recommençaient ; je vais à son lit : le malade avait la face violacée, les yeux convulsés ; une sueur froide couvrait la peau ; les membres avaient des alternatives de roideur et de relâchement, surtout du côté droit ; l'insensibilité était complète ; la respiration était devenue un stertor bruyant ; il y avait une écume sanguinolente aux lèvres ; en soulevant les paupières, on s'apercevait que la pupille avait des alternatives singulières de contraction et d'extrême dilatation. Je voulus rester près du malade après l'accès convulsif (qui avait duré quatre ou cinq minutes), afin de faire constater aux stagiaires les phénomènes remarquables qui terminent l'accès ordinaire d'épilepsie.

» Je ne tardai pas à m'apercevoir que la connaissance ne revenait nullement, que la sensibilité restait extrêmement obscure, et que de temps à autre une convulsion très-courte et partielle (grincement de dents, soubresauts des tendons) venait troubler l'état de résolution.

» Vingt minutes après j'assistai à la reproduction complète du même spectacle ; les infirmiers m'apprirent alors que cet accès était le sixième ou le septième de la matinée. »

Pendant la journée, des convulsions se reproduisent toutes les demi-heures : y avait-il méningite ? y avait-il une hémorrhagie méningée ? y avait-il même empoisonnement ? (24 sangsues aux apophyses mastoïdes.)

Le 1er septembre, les accès convulsifs ont diminué pendant la nuit ; résolution générale ; léger retour de la sensibilité, mais la perte de connaissance est encore absolue.

Cet état semblait être le prélude d'un coma plus complet ; mais, au contraire, la connaissance revient peu à peu ; l'état général s'améliore au point que le 5 septembre il n'y avait plus qu'un grand accablement général ; le malade exprime lui-même sa préoccupation sur son état ; il reçoit quelques aliments.

C'est à cette époque, vers le 6 septembre, que M. Arnould apprend du malade que sa vue est un peu altérée, qu'il confond, par exemple, les

---

paré d'une manière spéciale, s'il n'y était pas précédé par une notoriété que M. Devergie, écarté du scrutin par son âge, possédait seul alors en dehors de l'École, M. Adelon devait justifier les suffrages qu'il avait obtenus par cette entente innée des choses judiciaires, cette soif du droit, cette passion de la méthode, et par-dessus tout par cette manière élevée et large de comprendre la médecine publique qui s'adaptaient si merveilleusement aux exigences et au caractère propre de son nouvel enseignement. Je chercherai bientôt à en fixer la portée : je ne veux, quant à présent, que rappeler combien les qualités de l'homme ajoutèrent aux raisons que devait avoir la Faculté de s'applaudir de son choix.

En peu de temps, M. Adelon devint le plus parfait, le plus fidèle représentant de la loi au sein de la Faculté : associé pendant plus de vingt-cinq ans à notre administration intérieure, il se montra toujours le plus dévoué à ses devoirs, le plus consciencieux dans leur accomplissement. La justesse de ses vues et la droiture de ses sentiments faisaient de lui comme le juge et l'oracle dans toutes les questions de réglementation, d'ordre et de dignité. Il était un modèle d'urbanité ; amant passionné de la forme et des formes, il s'échauffait aisément pour les causes qu'il soutenait ; mais sa douceur naturelle donnait un prix infini à sa fermeté.

M. Adelon avait une grande et immense idée de l'enseignement qui lui était confié, son idéal était sur ce point hors de toute proportion avec la réalité. Volontiers il eût voulu que l'enseignement de la médecine légale se développât parallèlement à la scolarité tout entière ; et il n'eût pas répugné à l'institution d'un collége de médecins publics, dont l'éducation eût exigé autant de temps et de soins que celle des médecins praticiens. Mais il est juste d'ajouter que, reconnaissant lui-même combien nous étions loin d'un tel état de choses, il s'était résigné à déplorer l'indifférence dans laquelle il voyait languir l'étude de la médecine légale ; et que sa bonté avait toujours reculé devant le moyen de secouer cette torpeur, devant l'espèce de *compelle intrare*, qu'une plus grande sévérité

cercles avec les carrés. Alors aussi existe une bouffissure des paupières qui engage à examiner les urines, qui donnent, par l'acide nitrique, un coagulum albumineux abondant et assez dense. On constate, en même temps, une douleur assez vive par la pression des régions rénales. Le microscope révèle dans l'urine la présence d'une grande quantité de cristaux d'acide urique, de cylindres fibrineux moulés sur les tubuli du rein, et quelques fragments d'épithélium rénal. Ces urines sont rares (200 à 300 grammes par jour), et l'urée est réduite au tiers de sa proportion normale.

Le 12 septembre, le malade, qui les jours précédents avait vomi à plusieurs reprises, éprouve de nouveau des convulsions identiques avec celles du début, mais beaucoup moins rapprochées.

Le calme revient peu à peu; le malade reprend des aliments et commence à se lever.

A l'époque où M. Arnould me cédait le service, le 28 septembre, le malade était pâle, anémique, assez amaigri; la moindre fatigue donnait lieu à des palpitations avec anxiété précordiale. Il n'existe aucune trace d'œdème, soit de la face, soit des extrémités. L'acide nitrique ne produit plus dans l'urine qu'un léger nuage, et l'examen chimique ne permet plus de constater que des traces d'albumine. Il y a toujours un peu d'amblyopie, et la lecture est devenue impossible.

L'état d'amélioration dans lequel mon prédécesseur m'avait laissé ce malade se prononce chaque jour davantage, et le 12 octobre je peux faire venir X... dans mon cabinet pour examiner ses yeux à l'ophthalmoscope. Cet examen, auquel j'avais convié un autre de mes excellents collègues, M. Leplat, nous permit de constater les symptômes caractéristiques de l'amaurose albuminurique : sur un fond jaune café au lait se détachent une douzaine de taches blanches uniformément disposées autour de la papille et sur ses bords, qui perdent ainsi leur netteté. Ces lésions paraissent identiques de chaque côté. Je renouvelai deux fois cet examen avec le même résultat.

Le 14 octobre, l'état des forces était assez satisfaisant pour me permettre d'autoriser le malade à sortir en ville pendant la journée.

Le 16 octobre, X... accuse une douleur précordiale qu'il m'assure être le prodrome d'une nouvelle attaque convulsive.

En effet, le lendemain 17 octobre, il y avait eu trois accès qui chacun avaient duré de une à deux minutes au plus, consistant en flexions tétaniques des quatre membres, avec coloration cyanique de la face, et un peu de stertor à la fin. Les paupières sont légèrement boursouflées, mais les urines ne donnent que des traces d'albumine.

Le 18, il n'y a eu qu'un accès convulsif; le boursouflement des paupières a augmenté, et la face a pris une teinte scarlatineuse qu'on ne retrouve sur aucune autre partie du corps. L'intelligence est toujours très-nette.

Le 19, les vomissements reparaissent, composés de matières verdâtres. Réponses lentes, légère stupeur.

Du 20 octobre jusqu'au moment de la mort, qui survint le 25, c'est-à-dire pendant cinq jours, coma vigil, mussitation continuelle, urines et selles involontaires; l'infiltration des paupières disparaît; la face redevient pâle, osseuse, et X... succombe dans un état d'amaigrissement extrême.

Autopsie. — Tous les organes sont réduits de volume; le cerveau revient sur lui-même à l'ouverture du crâne; les poumons se rétractent dans les gouttières vertébrales dès que le sternum est enlevé. Ces organes n'offrent pas, du reste, la moindre lésion.

Les reins sont également petits, pesant, le gauche, 90 grammes, le droit, 94 ; le premier offre une teinte violacée, avec quelques granulations blanches dans la substance tubuleuse surtout ; le second présente des masses considérables de granulations, et une transformation graisseuse complète de quelques mamelons.

Les yeux sont examinés avec le plus grand soin ; les papilles sont légèrement rosées, et sont entourées chacune d'une auréole de granulations grises, toutes isolées, remarquables par la régularité de leurs dimensions et des intervalles qui les séparent; elles occupent la couche la plus interne de la rétine, où elles semblent faire une très-légère saillie.

Je priai un de nos savants chimistes, M. le professeur agrégé Jaillard, d'examiner le sang que j'avais recueilli; nous y constatâmes ensemble, après l'emploi de l'alcool et de l'acide nitrique, une grande quantité de cristaux de nitrate d'urée.

Réflexions. — Ce cas d'urémie est remarquable à plusieurs titres.

La brusquerie du début, signalé par des convulsions épileptiformes, avait éveillé un instant la pensée d'une intoxication. Telle était bien, du reste, la maladie, rapidement reconnue par l'examen des urines dès que le sujet eut accusé les troubles de la vision.

L'affection a présenté des périodes de rémittence remarquables (du 6 au 12 septembre, du 13 septembre au 16 octobre), durant lesquelles j'avais pu espérer, en excluant les aliments trop azotés, prévenir le retour des accidents d'intoxication urémique. Le rapide amaigrissement du sujet, qui a succombé dans le marasme, n'indique-t-il pas que les matériaux de cette intoxication étaient puisés dans son organisme même?

Grâce aux longs intervalles qui ont séparé ces terribles paroxysmes, la maladie a duré près de deux mois, temps bien court dans l'albuminurie, mais bien long dans l'urémie, si fatale d'habitude en quelques jours.

Comme dans l'immense majorité des cas du même genre, les caractères cliniques, puis anatomiques de l'albuminurie ont été peu tranchés : ainsi, pendant la vie, un peu de bouffissure des paupières sans œdème des membres, traces seulement d'albumine dans les urines; après la mort, reins petits, inégalement atteints, dont l'un ne présente encore que la période congestive de la maladie de Bright.

Une altération anatomique survenue bien rapidement, en revanche, est celle des rétines; cette lésion était réellement d'une admirable régularité : autour de chaque papille, sur un fond noir, une quarantaine de granulations éclatantes rappelaient involontairement à l'esprit un groupe d'étoiles, justifiant ainsi le terme de *disposition stellaire* donné par Liebreicht à cette forme d'altération. L'atlas de ce savant observateur n'offre pourtant aucune figure d'altération aussi nette, aussi régulière que celle qui existait chez notre sujet, et cela parce que les autopsies sont généralement faites de sujets albuminuriques de longue date, dont l'amaurose est beaucoup plus ancienne, et chez lesquels une exsudation fibrineuse est venue couvrir les

---

dans les actes probatoires eût pu suggérer à une nature moins bienveillante. La conscience presque excessive, si l'excès pouvait être ici de mise, de M. Adelon, s'exerçait plus durement et se repliait pour ainsi dire sur lui-même. Il s'était imposé la tâche de s'instruire à fond dans la science du droit, et on le vit s'asseoir sur les bancs de l'École de droit, d'où il rapporta cette connaissance des textes de lois et des dispositions réglementaires qui étonnait sous sa toge, et dont sa mémoire se parait, non sans quelque coquetterie, lorsque dans ses leçons, dans les examens ou dans les discussions académiques, il se plaisait à citer les articles et les titres du Code dans leur ordre et dans leur lettre, ou à rappeler combien de fois se trouvait répété dans nos lois civiles ou criminelles tel ou tel terme emprunté à la science médicale.

Mais ce n'est pas tout : acquérir une science nouvelle, pour celui qui professe, c'est une langue de plus, c'est un instrument nouveau mis au service de son enseignement. M. Adelon faisait davantage. Persuadé avec juste raison que la médecine légale est tout entière dans les applications de tout ce que peut savoir le médecin, il sentait le besoin de se tenir perpétuellement au courant de toutes les acquisitions les plus récentes de la science ; et ne se contentant pas de ses lectures qu'il faisait cependant bien fructueuses et la plume à la main, il revenait de temps en temps dans cet amphithéâtre reprendre, en quelque sorte, le cycle complet des études médicales, et redevenait pendant toute une année l'auditeur le plus assidu, le plus curieux de s'instruire dont aient pu s'enorgueillir ses collègues les plus écoutés.

M. Adelon, de même qu'il n'avait pas subi au commencement de sa facile carrière les laborieuses épreuves, les luttes glorieuses et les amères déceptions des concours, n'a connu plus tard ni les périls ni les soucis de la pratique. Il y avait quelque chose de touchant à lui entendre raconter les scrupules de conscience, les défaillances de cœur qui l'avaient éloigné du lit des malades où il se fût exposé à tenir entre ses mains la vie d'un ami ou d'un malheureux. Il a pu se sous-

groupes de granulations graisseuses de la rétine en altérant ainsi la pureté de la forme anatomique primitive.

L'ophthalmoscope nous avait permis de prévoir cette lésion, de la constater plutôt pendant la vie. Qu'il me soit permis de profiter de cette occasion pour recommander aux médecins l'emploi de cet instrument si facile à manier, aussi facile que le stéthoscope ou le plessimètre; en deux ou trois séances on s'y habitue, et l'on arrive, en outre, à se passer, dans son application, d'un moyen barbare, primitif, la dilatation par la belladone, qui souvent aveugle les malades pendant plusieurs jours.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

MICROGRAPHIE ATMOSPHÉRIQUE. — *Observations faites sur l'air de la cime du mont Blanc, à 14 800 pieds d'altitude*, par M. *Pouchet*. — L'auteur rapporte un certain nombre d'expériences faites avec quatre flacons d'air recueilli sur les plus hautes cimes des Alpes par M. le docteur Kolb, expériences desquelles il résulte que, quel que soit le lieu ou l'altitude d'où provienne celui-ci, *constamment* il est apte à produire des animalcules vivants, ce que viennent encore de prouver les dernières expériences entreprises sur la Maladetta par MM. Joly, Musset et Pouchet.

Cependant, dans toutes ces altitudes considérables, on reconnaît que l'air est presque totalement dépouillé de corpuscules organiques. Son étude et l'examen de la neige le démontrent évidemment. On n'y découvre ni œufs ni spores.

PATHOLOGIE. — *Résultat d'une enquête suivie avec le plus grand soin dans cinquante-sept asiles, sur les cas de pellagre consécutive à l'aliénation mentale observés chez les aliénés de ces établissements*, note de M. *Billod*. — Le résultat de cette enquête, exposé dans les tableaux joints à ma note, peut être résumé dans les propositions suivantes : 1° que sur 57 asiles 44 ont présenté des cas de pellagre consécutive; 2° que le nombre de ces cas s'est élevé à 561 pour une population moyenne de 28 000 environ, soit 20 par 1000 aliénés; 3° que sur les 13 asiles dans lesquels il n'en a pas été constaté, il en est 2 (Dôle et Saint-Alban) pour lesquels la chose est certaine, et 11 pour lesquels il y a lieu de réserver toute opinion à défaut de renseignements; 4° qu'en dehors des asiles il a été constaté 6 cas de pellagre consécutive à l'aliénation; 5° qu'il en a été observé 4 dans des maisons de santé; 6° qu'en additionnant tous ces chiffres on a un total de 571 cas connus de pellagre consécutive, contre 80 cas à peine de pellagre sporadique, depuis les premières observations jusqu'aux plus récentes.

En énonçant ces faits, je tiens à constater : 1° que le régime alimentaire des asiles dans lesquels il n'a pas été signalé de pellagre n'est pas meilleur que celui des asiles dans lesquels il en a été signalé, et que dans ces derniers la pellagre s'est montrée indifféremment et abstraction faite de toute différence dans ce même régime alimentaire; 2° que la plupart des pellagreux des asiles appartenant à la classe indigente étaient soumis dans leur milieu antérieur aux plus déplorables conditions hygiéniques, et n'y avaient pas contracté la pellagre; 3° que s'ils l'ont contractée après être devenus aliénés, et dans les conditions hygiéniques relativement excellentes qui constituent le régime des asiles, ce ne peut être évidemment sous l'influence de ces mêmes conditions; 4° que, de l'aveu de tous les médecins compétents, si l'hygiène d'établissements dans lesquels les aliénés ont du pain blanc à discrétion, de la viande cinq fois par semaine, du vin tous les jours, avec de bonnes conditions de vêture et d'habitation, était l'hygiène des indigents de Lombardie, des Landes et des Asturies, il est peu probable qu'un seul fût atteint de la pellagre, ce mal de misère; or, si les aliénés des asiles deviennent pellagreux dans de telles conditions, qui réaliseraient bien au delà, pour nos paysans, le vœu de la poule au pot de Henri IV, on est rigoureusement conduit à admettre, pour l'explication de ce fait, une influence autre que celle de ces conditions, et, pour qui a pu apprécier, comme les observateurs spéciaux, son action débilitante, cette influence ne peut être que celle de l'aliénation mentale; 5° que si, dans les asiles, les aliénés pensionnaires, à l'encontre des aliénés indigents, n'ont pas en général la pellagre, cela tient, on ne peut plus évidemment, à ce que les aliénés pensionnaires sont préservés par l'hygiène de toute leur vie antérieure contre les effets débilitants de l'aliénation mentale, tandis que les aliénés indigents y sont, au contraire, fatalement préparés par la leur.

De ce qui précède on peut donc rigoureusement conclure : 1° que la pellagre est très-fréquente dans les asiles d'aliénés, plus fréquente même qu'aucune des complications connues de l'aliénation mentale; 2° qu'elle ne saurait y être attribuée aux conditions hygiéniques propres à ces établissements; 3° que la principale, pour ne pas dire la seule cause de la pellagre dans les asiles d'aliénés, cause prédisposante bien entendu, est l'aliénation mentale, dont les effets débilitants viennent s'ajouter à ceux d'une mauvaise hygiène antérieure. (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

CHIRURGIE. — *Sur les inconvénients et les dangers des cautérisations intra-utérines profondes*, note de M. *Nonat*. — Dans la séance du 12 octobre dernier, M. le professeur Courty (de Montpellier a communiqué à l'Académie des sciences une *Note sur l'innocuité et sur l'efficacité de la cautérisation des cavités utérines*.

On est surpris, en lisant ce travail, des succès si nombreux

---

traire, et ce n'est pas le moindre de ses bonheurs, à ces labeurs et à ces angoisses du médecin praticien. Plus tard, lorsque désigné par sa haute position, par la dignité de son caractère et par son savoir, à la confiance des magistrats, il eût pu concilier si bien l'exercice pratique de la médecine légale avec les nécessités de son enseignement, il se tint, autant qu'il le put, à l'écart et n'accepta que dans de très-rares occasions la mission d'expert. J'ai eu l'honneur de partager avec lui quelques-unes de ces missions et je l'ai vu pénétré, au point d'en être troublé, de la gravité et des difficultés de la tâche, hésitant à faire pencher la balance de la justice et ne se décidant qu'à regret à conclure, même lorsqu'il partageait la conviction arrêtée de ses collègues. Dans les mémoires en trop petit nombre qu'il a laissé publier dans les ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE, dont il était un des fondateurs, dans les rapports officiels par lesquels il a parfois si utilement préparé les délibérations de l'Académie de médecine, dans les discussions auxquelles il a pris une part trop discrète au sein de cette savante compagnie, on retrouve le même esprit, les mêmes qualités, et pourquoi ne pas le dire, les mêmes défauts. Ce qu'il faut louer, c'est la connaissance précise de l'état de la législation, l'exposition complète, minutieuse même des faits, la mesure et la modération constantes; mais, en même temps, quand il s'agit de discuter et de conclure, les raisonnements et les déductions de la dialectique s'accumulent jusqu'à la redondance, il ne se contente jamais lui-même et croit n'en avoir jamais assez dit; sa conscience hésite devant les conséquences des conclusions qu'il doit formuler; et plus on lui accorde d'autorité, plus il redoute de s'en servir, par crainte d'en abuser. Mais si l'on peut regretter ici chez M. Adelon quelques-unes des qualités les plus nécessaires au médecin légiste, on ne saurait refuser à cette scrupuleuse loyauté le respect et l'estime.

Terminons, en quelques mots, cette ébauche d'une image encore assez rapprochée de nous pour que nous espérions pouvoir la reproduire avec fidélité.

et si constants annoncés par l'auteur. Il affirme, en effet, n'avoir jamais vu survenir aucun accident, ni primitif, ni secondaire, dans 300 cas de cautérisation actuelle de la cavité cervicale de l'utérus, non plus que dans 500 observations de leucorrhée chronique ou de granulations intra-utérines traitées au moyen du crayon de nitrate d'argent laissé à demeure dans la cavité de la matrice.

Nous sommes obligé de convenir que ces deux modes de cautérisation de l'utérus sont loin d'avoir fourni des résultats aussi avantageux à Paris qu'à Montpellier. Je pourrais citer ici plusieurs faits empruntés, soit à ma pratique, soit à celle de confrères très-distingués, particulièrement de Chomel et Aran, de MM. Richet, Jobert (de Lamballe), Demarquay, Leudet, etc., qui témoignent des dangers que peut entraîner la cautérisation énergique et profonde des cavités utérines, telle que la préconise M. Courty.

Il est incontestable que des rétrécissements et même des oblitérations du conduit utérin peuvent être la conséquence de la cautérisation avec le fer rouge ou de la cautérisation au nitrate d'argent fondu abandonné dans la cavité utérine, suivant le procédé de M. Richet (car ce chirurgien avait employé ce mode de cautérisation dès l'année 1850, c'est-à-dire bien avant M. Courty). Mais un accident plus fréquent et plus redoutable encore, c'est la production d'une métro-péritonite ou de phlegmasies péri-utérines suraiguës pouvant amener la suppuration et la mort. M. Courty n'a même pas signalé l'éventualité de ces funestes complications, et ses conclusions trop optimistes sont de nature à inspirer une sécurité dangereuse à ceux qui seraient tentés de l'imiter.

Une longue expérience m'a démontré combien il est essentiel de se défier de la prétendue innocuité des cautérisations intra-utérines profondes, de se garder d'abuser de cette pratique, et de n'y avoir recours qu'à bon escient et avec la plus grande circonspection.

M. Courty ne voit d'autre contre-indication à l'emploi du fer rouge ou des caustiques que l'existence bien avérée d'un état inflammatoire de l'utérus. A mes yeux, il est une contre-indication plus importante et plus formelle encore, c'est la présence des phlegmasies de la région péri-utérine qui coexistent si souvent avec les maladies de la matrice. J'ai assez longuement développé ce point de pratique dans mon TRAITÉ DES MALADIES DE L'UTÉRUS, et dans un travail spécial inséré en 1862 dans la REVUE MÉDICALE DE PARIS, pour qu'il soit inutile aujourd'hui d'insister davantage sur ce sujet. (*Commission nommée pour le mémoire de* M. Courty.)

ÉLECTROPHYSIOLOGIE. — *Expériences nouvelles pour constater l'électricité du sang et en mesurer la force électromotrice*, extrait d'une note de M. *H. Scoutetten*. — Dans ces nouvelles expériences, l'auteur, d'après les suggestions de M. Matteucci, a abandonné le platine et l'a remplacé par le zinc.

Les électrodes sont donc de zinc amalgamé; le sang rouge et le sang noir sont mis dans un vase divisé en deux compartiments par une cloison poreuse; deux autres vases contiennent une dissolution de sulfate de zinc saturée et neutre; des mèches de coton plongent dans l'un et l'autre sang; deux autres mèches de même nature plongent dans la dissolution de sulfate de zinc; ces mèches sont rapprochées, jusqu'au contact, de celles qui sont dans les deux sangs; les électrodes de zinc sont également plongées dans la dissolution; un fil de laiton les relie au galvanomètre, et le circuit est établi. Trouvant quelques inconvénients à plonger des mèches de coton dans des liquides qui se coagulent, nous les avons remplacées par de petits vases poreux contenant la dissolution de sulfate de zinc. Cette légère modification de l'appareil ne porte aucune atteinte au principe sur lequel il est établi; elle ne fait qu'en rendre l'application plus facile, elle évite aussi ou diminue l'influence des phénomènes d'endosmose. Voici notre appareil simplifié.

Un grand vase de porcelaine, à large ouverture, de la capacité d'un litre et demi, a été rempli à moitié de sang veineux; au milieu de ce liquide plongeait le vase poreux, contenant 400 grammes de sang artériel; deux autres petits vases poreux de 60 centimètres cubes de capacité contenaient la dissolution de sulfate de zinc; ces petits vases plongeaient en même temps dans l'un et l'autre sang; les électrodes de zinc plongeaient dans la dissolution et ne touchaient pas le sang.

Dès que les électrodes, rattachées préalablement au galvanomètre par des fils de laiton, pénétrèrent dans le liquide, le courant s'établit aussitôt.

Nos expériences furent faites le 29 octobre, à sept heures du matin, en présence de chimistes, de physiciens et de médecins distingués. Le sang était fourni par un cheval fort âgé, bien portant, mais destiné à être abattu dans la journée. Le sang artériel sortait de la carotide droite en même temps que le sang veineux s'échappait de la veine jugulaire gauche; le vase poreux contenant le sang artériel fut plongé aussitôt dans le sang veineux, et tout l'appareil fut entouré d'eau à la température de 40 degrés centésimaux pour ralentir la coagulation. Les petits vases poreux contenant la dissolution de sulfate de zinc furent enfoncés, jusqu'aux deux tiers de leur hauteur, dans l'un et l'autre sang; les électrodes de zinc amalgamé y furent plongées lentement et simultanément, et aussitôt le courant se manifesta par la déviation de l'aiguille : il indiquait, comme dans les expériences antérieures, que le courant interpolaire était positif, allant du sang artériel au sang veineux à travers le galvanomètre.

L'aiguille alla d'abord frapper l'arrêt de l'instrument, puis elle oscilla, et vint finalement se fixer au 66e degré, où elle se maintint près d'une heure, bien que le sang fût complète-

---

Homme du meilleur monde, causeur inépuisable et attachant, M. Adelon était grave, sans apprêt, et avait dû l'être toujours ; aussi la vieillesse l'avait-elle changé moins que personne. En lui épargnant toute infirmité, elle semblait ne lui avoir rien enlevé. Je l'ai connu et pratiqué plus de vingt ans, et il ne me semble pas que je l'aie vu vieillir. Je ne veux pas suivre M. Adelon jusque dans l'intimité de son foyer, et, m'arrêtant au seuil, là où lui-même a permis à tous de laisser pénétrer le regard, je me contenterai de citer la dédicace qu'il adresse, en tête de son TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE, à son beau-père Sabatier, l'illustre chirurgien des Invalides : « Je lui dois mon » bonheur domestique; puisse son nom protéger aussi ma » carrière publique et prêter à ce livre son appui. » Après quarante années, il eût signé encore cette attestation d'un bonheur sans mélange, et eût confondu dans ses actions de grâces cette heureuse famille dont il était le chef vénéré et où, par une rare fortune, ses plus tendres affections lui offraient si brillamment unis les objets du culte de toute sa vie : les Lettres, la Médecine et le Droit (1). Ainsi se faisait sentir pour lui, jusqu'au dernier jour de sa longue et belle existence, la douce et bienfaisante influence du témoignage que, dans un suprême adieu, son père mourant avait rendu à sa piété filiale : « Mon cher fils, je crains d'avoir quitté le monde quand cette » lettre vous arrivera ; je vous envoie ma bénédiction. Vous ne » m'avez jamais causé un chagrin ; puisse le ciel vous envoyer » des enfants qui vous rendent ce que vous m'avez donné ! » Qui ne serait ému de ces simples et touchantes paroles? qui d'entre nous, messieurs, ne se sentirait fier de les avoir mérités?

Un dernier trait complétera la ressemblance et ramènera M. Adelon parmi nous. S'il est une compensation aux rudes et incessants travaux de la profession médicale; s'il est une

(1) Le fils de M. Adelon occupe au barreau de Paris un rang distingué; et, de ses deux filles, l'aînée a épousé notre honorable et excellent confrère M. le docteur Hipp. Bourdon, médecin de la Maison municipale de santé; la seconde, le poëte aimable et applaudi qui dirige l'administration de l'art dramatique, M. Camille Doucet.

ment coagulé : après ce temps l'aiguille descendit de 4 degrés, et nous cessâmes l'expérience.

Le galvanomètre employé était celui de Nobili, la bobine portant 10 000 tours.

Dans d'autres expériences, faites le même jour, dans des conditions identiques, nous avons cherché à mesurer la force électromotrice du sang.

Pour calculer la force électromotrice produite au contact du sang artériel et du sang veineux, nous avons procédé comme il suit. Le sang artériel étant versé dans un vase poreux, l'autre sang mouillait l'extérieur de ce vase. Les petits vases poreux contenaient une dissolution de sulfate de zinc pur, ainsi que les deux lames de zinc amalgamé; ce couple, mis en communication avec le galvanomètre de 10 000 tours, a donné un courant constant, prouvant que l'électrode en rapport avec le sang artériel prend l'électricité positive. En mettant ce couple *en opposition* avec le couple type, le courant change de sens, ce qui démontre que la force dégagée par la réaction des deux sangs est comprise entre 0 et 4,50. Mais il nous fut facile d'arriver à une appréciation mieux déterminée de la force électromotrice. En effet, dans trois expériences successives nous avons obtenu des résultats qui concordent d'une manière remarquable, et qui donnent 1,82 comme mesure de la force électromotrice créée au contact des deux sangs, 58 étant celle du couple de Daniell, c'est-à-dire 100 représentant le pouvoir électromoteur du zinc pur.

CHIMIE AGRICOLE. — *Action de l'oxygène sur le vin*, note de M. *Berthelot*. — En opérant sur des vins de Bourgogne très-authentiques, M. Berthelot a trouvé d'abord que ces vins (Clos-Saint-Jean, 1858; Thorin, 1858) renfermaient seulement de l'azote et de l'acide carbonique, sans oxygène, conformément à ses premiers essais. Il les a ensuite saturés d'oxygène, par agitation sur le mercure, de façon à prévenir toute évaporation. Leur bouquet a disparu presque aussitôt pour faire place à une odeur de vinasse des plus désagréables. Cette altération est bien due à l'oxygène, car les mêmes vins, saturés d'acide carbonique de la même manière, n'ont éprouvé aucune modification sensible dans leur bouquet.

Ces résultats prouvent avec quel soin le vin, une fois fait, doit être préservé de l'action de l'oxygène de l'air, puisque le contact prolongé de 10 centimètres cubes d'oxygène, c'est-à-dire de 50 centimètres cubes d'air, suffit pour détruire le bouquet d'un litre de vin.

TOXICOLOGIE. — *Sur le principe toxique du Coriaria myrtifolia* (redoul), par M. *J. Riban*. — De nos expériences sur les animaux nous déduirons les conclusions suivantes :

Le redoul doit ses propriétés vénéneuses à un glycoside, la coriamyrtine, qui détermine des convulsions semblables à celles que produit la plante elle-même. Les effets sont énergiques. $0^{gr},2$ de substance administrés à un chien de forte taille, et rejetés en partie et presque aussitôt par les vomissements, ont produit des convulsions horribles au bout de vingt minutes, et la mort en une heure quinze minutes. Pour obtenir une action violente et rapide sur les lapins, $0^{gr},08$ environ suffisent. Une injection sous-cutanée contenant $0^{gr},02$ de substance tue un lapin en vingt-cinq minutes. Les phénomènes principaux que produit la coriamyrtine sont les suivants : secousses vives de la tête se communiquant à tous les membres, convulsions cloniques et tétaniques revenant par accès, contraction de la pupille, trismus, écume à la bouche. Les animaux succombent à l'asphyxie et à l'épuisement nerveux.

Les lésions cadavériques les plus importantes sont : l'état de plénitude des vaisseaux gorgés de sang brun coagulé dans le cœur droit et gauche, dans l'artère pulmonaire, la veine cave inférieure, les taches brunes des poumons, l'injection des méninges. La rigidité cadavérique apparait avec une grande rapidité. La coriamyrtine n'exerce aucune action irritante sur la muqueuse intestinale ; elle ne détruit pas la contractilité musculaire propre.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique adresse une lettre de M. le docteur *Morache*, médecin de la légation de Pékin, qui demande un certain nombre de tubes de vaccin. (*Renvoyé au directeur de la vaccine.*)

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les comptes rendus des épidémies qui ont régné dans les départements de Saône-et-Loire et de la Meuse en 1862. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Des demandes d'analyse d'échantillons de différentes eaux minérales. (*Commission des eaux minérales.*)

3° L'Académie reçoit : *a*. Deux notes de M. le docteur *Mérier*, médecin de l'asile de Fains (Meuse), l'une sur la pellagre (*Comm.* : MM. Gibert, Baillarger et Devergie) ; l'autre, sur le pouls du chien. (*Comm.* : M. Reynal.) — *b*. Une lettre de M. le docteur *Sales-Girons* qui demande un nouveau rapport sur ses communications relatives à la diète respiratoire. — *c*. Une lettre de M. le docteur *Guipon* (de Laon), qui sollicite le titre de membre correspondant.

M. *le Président* fait part de la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. *Villermé*, membre titulaire.

— M. *le Président* annonce ensuite qu'il y a lieu de déclarer une place vacante dans la section d'*hygiène et de médecine légale*.

Discussion sur l'origine de la vaccine.

M. *Depaul* cède la parole à M. Bouley, conformément aux désirs exprimés par cet honorable collègue, et il dépose entre les mains du bureau un pli cacheté renfermant ses conclusions relatives à la question débattue, afin que l'Académie et le pu-

---

consolation dans ses traverses, un refuge contre les rivalités jalouses qu'elle enfante trop souvent, ce sont, je ne crains pas qu'aucun de ceux qui m'écoutent, me démente, ces amitiés presque fraternelles nées sur ces bancs, autour d'une table d'amphithéâtre ou aux clartés douteuses d'une salle de garde, et qui, mettant en commun les idées, les travaux, les ambitions, survivant à toutes les épreuves, résistant aux ardeurs des luttes d'un concours, se retrempant dans les premières amertumes de la pratique de notre art, s'épurant et se fortifiant avec les années, quelles que soient les voies parcourues, quel que soit le rang atteint dans la science, nous suivent, nous soutiennent et nous charment depuis le premier pas jusqu'au terme de notre carrière. On peut railler la confraternité des médecins, comme celle des poëtes et de bien d'autres sans doute ; on ne peut nier la fréquence et le prix de ces amitiés d'école, de cette douce et cordiale fraternité dont les médecins de tous les temps ont donné et donnent encore chaque jour tant d'exemples. M. Adelon en a connu le charme et goûté la douceur. Je ne veux pas parler ici de l'attachement sincère et désintéressé qu'il porta toujours à Orfila, dont il avait accepté plus que subi l'ascendant. Assis à ses côtés à la Faculté comme assesseur, comme vice-président à la tête de l'Association des médecins de la Seine ; dans la chaire même de médecine légale, retrouvant les échos de sa renommée, il lui montra toujours un dévouement que rien ne put lasser. Mais entre ces deux natures si disparates, il ne pouvait exister qu'un de ces rapprochements passionnés, une de ces liaisons orageuses qu'enfante souvent le contraste des caractères, des opinions et des sentiments. Pour M. Adelon, toutes les sympathies d'une affection intime l'unirent pendant toute sa carrière au regrettable, au bon et digne collègue dont il y a un an vous applaudissiez si justement l'*Éloge*, le célèbre accoucheur Moreau (1). Je devais à leur mémoire de réunir encore

(1) L'éloge de M. Moreau a été prononcé à la séance de rentrée de la Faculté, en novembre 1862, par M. le professeur Gosselin.

blic soient très-convaincus que les faits que M. Bouley se propose d'exposer et les interprétations qu'il doit leur donner ne modifieront en rien ses opinions personnelles, résultant de longues et spéciales études.

M. *Bouley* vient faire « l'exposé des faits authentiques » sur lesquels repose cette opinion, à savoir que « la vaccine a une origine équine, ou tout au moins peut avoir cette origine ;.... et que la maladie spéciale, ou plutôt *spécifique*, du cheval d'où procède le cowpox, est enfin trouvée et connue. »

..... Quelle est donc cette maladie ?

Jenner ne la connaissait pas, bien que ce grand observateur ait le premier reconnu au cowpox une origine équine. Pour lui la maladie vaccinogène paraît avoir été le *grease*, ou plutôt une affection qu'il désigne sous le nom vague de *sore-heels*, mal des talons.... « Ainsi formulée, cette idée est vraie, en ce sens que la maladie équine vaccinogène fait souvent son apparition dans la partie déclive des jambes. »

..... Sacco, à son tour, inocule à la vache le produit du javart (nécrose circonscrite, au milieu d'une partie vivement enflammée : derme, cartilage, tendon) et détermine, par cette inoculation, une éruption vaccinale.....

« Hertwig (de Berlin) prétend avoir obtenu le cowpox par l'inoculation d'une maladie inflammatoire gangréneuse, survenue à la jambe d'un cheval.

» Puis il y a, dans les annales de la science, un certain nombre de faits, desquels il semblerait ressortir que l'inoculation des eaux aux jambes elles-mêmes, du *grease* proprement dit, serait susceptible de donner naissance au cowpox.

» Et après tous ces faits contradictoires, venait le fait de Toulouse, se présentant avec un caractère très-probatif en faveur de l'origine équine de la vaccine.....

» Ne sachant où me prendre, continue M. Bouley, dans l'histoire du passé et à quelle idée positive m'arrêter pour le présent, je résolus de remettre tout en question,.... et de rechercher si la vaccine ne pouvait pas provenir d'une affection éruptive que j'ai décrite en 1843, dans le Recueil de médecine vétérinaire, sous le nom d'*herpès phlycténoïde*.... Par un heureux concours de circonstances, l'occasion s'est offerte d'observer dernièrement quelques cas de cette maladie.....

» Chose curieuse, ce n'est pas sous une forme unique, toujours la même, que la maladie s'est montrée.... Nous avons vu son éruption caractéristique coïncider avec le javart, simuler les eaux aux jambes par son extrême confluence, se compliquer d'angioleucites et d'abcès ganglionnaires, qui auraient pu la faire confondre avec le farcin. Elle siégeait tantôt au pli du paturon, tantôt dans la bouche, tantôt dans les cavités nasales, à l'extrémité de la tête, etc.;.... de sorte qu'il nous a été possible de voir défiler sous nos yeux le *grease* et le *sore-heels* de Jenner, le javart inoculable de Sacco, les eaux aux jambes inoculables des expérimentateurs, la maladie de Toulouse décrite par M. Lafosse, etc.... Nous avons vu se produire aussi les accidents signalés par Jenner, sur un élève de l'École d'Alfort qui, blessé à un doigt, soignait un cheval affecté de la maladie éruptive dont l'inoculation donne lieu au développement du cowpox.....

» Telle est l'esquisse rapide des faits qui se sont produits à Alfort, l'été dernier.... Ces faits démontrent, comme on le voit, que dans tous les cas cités par Jenner, Sacco, Hertwig, M. Lafosse et d'autres expérimentateurs, il s'agit d'une même et unique maladie : c'est la maladie que l'on peut appeler le *horse-pox*, laquelle a des caractères très-nets, très-déterminés, comme je le ferai voir dans une communication complémentaire de celle-ci. »

M. Bouley fait part des doutes, des incertitudes, des hésitations qu'il a éprouvés au début de ces récentes observations, surtout devant les objections de MM. Depaul et Rayer qui inclinaient à voir dans cette stomatite aphtheuse du cheval non pas une affection locale, mais une maladie générale.

Ces doutes n'ont pas tardé à se dissiper en présence de nouveaux cas d'éruption buccale du *horse-pox*, accompagnée cette fois d'une éruption cutanée très-caractéristique, qui donnait à la stomatite observée la première sa vieille signification. Dès lors, M. Bouley est resté convaincu que, « en définitive, la stomatite aphtheuse du cheval, susceptible de produire le cowpox, n'était qu'une des formes locales de la maladie éruptive générale, dont l'inoculation à la vache se traduit par une éruption vaccinale. »

« Dès que mes convictions furent faites sur ce point, dit en terminant M. Bouley, je m'empressai de les avouer et de les transmettre à M. Depaul par écrit. »

M. *Depaul* affirme que, malgré les déclarations de M. Bouley, la distance qui les sépare est encore incommensurable. C'est ce qu'il va chercher à prouver en exposant les faits à son tour et en les interprétant selon ses convictions.

Le premier fait signalé par M. Bouley dans la séance est exact, le cheval dont il a parlé était bien atteint d'une éruption buccale ; mais l'orateur ne peut accepter ni le diagnostic (stomatite aphtheuse) porté par M. Bouley, ni les conséquences que l'honorable professeur a cru devoir tirer des résultats de l'inoculation. M. Bouley, on s'en souvient, a dit qu'il avait transmis, avec le produit de cette éruption, la vaccine à un enfant, le cowpox à la vache.

Un nouveau cas se présenta bientôt chez un autre cheval. M. Bouley crut y voir encore une éruption *vésiculeuse*, une nouvelle stomatite aphtheuse. M. Depaul examina ce cas pathologique. Pour lui, c'étaient des *pustules*, ce qui est bien différent. Ce cheval, aux yeux de l'orateur, avait autre chose qu'une stomatite aphtheuse ; il présentait des pustules en d'autres parties du corps ; il avait une éruption généralisée.

M. Depaul donne la description de cette maladie, à laquelle

---

une fois leurs noms, comme étaient restés unis leurs cœurs dans une fraternelle amitié. Nés près l'un de l'autre, et pour le pays et pour le temps, ils avaient bien des ressemblances honorables et touchantes sur lesquelles il ne m'est pas permis d'insister. Mais ce que je veux dire, c'est que, lorsque la mort eut enlevé Moreau d'un de ses coups les plus imprévus, M. Adelon fut frappé au cœur comme s'il avait perdu un des siens. Il le pleura amèrement. Affaibli lui-même et ne marchant qu'avec peine, sachant le fils aîné de son ami seul dans cette maison où il était venu si souvent, il alla à plusieurs reprises passer de longues heures avec lui, mêlant ses larmes aux siennes, voulant savoir dans les moindres détails comment s'étaient passés les derniers moments, regrettant de n'y avoir pas assisté et de n'avoir pu apprendre de Moreau à quitter la vie. Dès sa jeunesse, M. Adelon s'était préoccupé de sa dernière heure ; il espérait que le calme et la sérénité ne lui feraient pas défaut, et paraissait rassuré en apprenant que son ami les avait trouvés sans nul effort. La même grâce a été accordée à cet homme de bien, qu'une courte maladie enleva sans lutte à l'amour des siens, à l'affectueuse estime de ses collègues, au respect de tous.

— M. le secrétaire du Congrès médico-chirurgical de Rouen a reçu plusieurs lettres par lesquelles on lui demandait à quelle époque paraîtrait le compte rendu général des travaux du Congrès, et quel en serait le prix ; il nous prie de bien vouloir annoncer que cette publication est poussée très-activement, qu'elle sera terminée le 1er décembre prochain, et que le volume coûtera 5 fr.

il attribue trois périodes : incubation, éruption, dessiccation. Elle a une tendance certaine, nécessaire, à se généraliser. Sa marche est identique avec celle de la variole ou de la vaccine de l'homme inoculées aux animaux. Après trois ou quatre jours de malaise, de fièvre, apparaissent des boutons, très-visibles sur les parties glabres, mais souvent difficiles à découvrir dans les régions pileuses, surtout chez les chevaux d'Alfort, rarement tondus. Ces boutons sont aplatis au centre, arrondis circulairement, profondément enracinés dans le derme, et présentant une structure aréolaire. Que se passe-t-il alors sur les muqueuses? Probablement ce qui se passe dans la variole et les autres affections éruptives chez l'homme : il y a aussi sur ces membranes des boutons, qui, pour n'être pas anatomiquement identiques avec ceux de la peau (ce qui résulte de la structure différente des muqueuses et de la peau), n'en procèdent pas moins de la même origine, du même processus morbide. Les apparences de l'éruption peuvent être un peu différentes, mais la nature de la maladie reste la même.

Les boutons, dans la maladie du cheval dont il est ici question, renferment visiblement du pus; ensuite, la pustule se dessèche et fait place, vers le quatorzième jour, à une croûte fort semblable à celle de la variole. Les croûtes se détachent, tombent spontanément, et laissent voir une ulcération superficielle d'abord, puis une cicatrice grisâtre, aréolaire, ce qui constitue un caractère important pour les médecins.

D'autres faits analogues à celui qui vient d'être rapporté, au ont été observés depuis cette époque, et tous ont confirmé les remarques faites par M. Depaul.

L'orateur rappelle entre autres deux faits d'une haute valeur point de vue de la doctrine qu'il soutient et cherche à faire prévaloir.

Dans un cas, il s'agit de cet élève d'Alfort, dont M. Bouley a déjà parlé, et qui, après s'être inoculé fortuitement, accidentellement, le produit de l'éruption équine, a eu aux mains et au *front* (ce dernier détail est capital) des pustules varioliques bien caractérisées.

Le second cas n'est pas moins significatif. Chez un nourrisseur, une vache fut inoculée avec le liquide provenant des boutons d'un cheval atteint de la maladie pustuleuse. Il résulta de cette inoculation une belle éruption vaccinale. Quelques jours après, les autres vaches, au nombre de 19, renfermées dans la même étable, présentèrent une éruption semblable, sans avoir été inoculées Mais, chose très-digne de remarque, à côté de cette étable et simplement séparé par une cloison de planches, se trouvait un cheval que son propriétaire tenait pour sain et bien portant, et qui cependant offrait, comme les vaches et simultanément, une très-belle éruption pustuleuse.

M. Bouley se figurait que cette affection ne pouvait se transmettre que par inoculation. Mais le dernier fait ne démontre-t-il pas clairement le contraire? Ne prouve-t-il pas qu'il peut se transmettre aussi par infection? Nouvel argument bien propre à établir que les éruptions observées à Alfort, et dites *vaccinogènes*, sont bien, chez le cheval, les analogues de l'éruption variolique chez l'homme.

Le fait si fameux de Toulouse ne doit-il pas rentrer dans la même catégorie? M. Lafosse a vu, dans le cas qu'il a observé sur la jument de M. Corail, une éruption spéciale, vaccinogène. Mais on n'a pas oublié les recherches faites, en même temps et dans le même pays, par M. Sarrans (de Rieumes), et les observations nombreuses que ce vétérinaire distingué a fournies à la discussion. On n'a pas oublié que la maladie pustuleuse du cheval de M. Corail n'est pas restée un fait isolé; que cette maladie est devenue épizootique dans le canton de Rieumes; qu'elle a sévi simultanément sur un grand nombre de chevaux ; on n'a pas oublié non plus qu'une épidémie de variole régnait, à la même époque, sur l'espèce humaine dans la même localité. L'importance de cette coïncidence n'échappera à personne, lorsqu'il s'agit d'établir l'étroite parenté qui unit la variole de l'homme avec les affections pustuleuses récemment observées chez le cheval, à Toulouse, à Rieumes et à Alfort. Pour M. Depaul, ces trois ordres de faits sont identiques, se rapportent à la même maladie; et cette maladie, de *nature pustuleuse*, n'est autre que la variole elle-même, un peu modifiée par le *substratum* sur lequel elle se développe.

Vu l'heure avancée, M. Depaul remet à la prochaine séance la suite de son argumentation.

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en *comité secret*.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 20 NOVEMBRE.

Continuation de la discussion sur les douleurs dépendant du système musculaire.

M. le docteur de Pietra Santa, considérations sur l'hygiène des climats chauds.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE 1863.

PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

TUMEUR RÉCIDIVÉE DE LA PAROTIDE. — EXTIRPATION. — LIGATURE PRÉALABLE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE.

Voici la relation sommaire du fait communiqué par M. *Verneuil*, et qui a suscité à la Société de chirurgie une intéressante discussion sur les ligatures préliminaires. M. Verneuil a déjà esquissé à grands traits cette question, surtout au point de vue historique, dans la Gazette hebdomadaire du 25 septembre 1863.

Le malade est âgé de quarante et un ans; il a été opéré une première fois par M. Verneuil, à l'Hôtel-Dieu, en 1860. La tumeur appartenait à la classe des tumeurs fibro-glandulaires, et avait alors le volume d'un œuf de poule; elle comprenait évidemment la majeure partie de la glande parotide, et était fortement adhérente à la peau et aux parties profondes. L'énucléation étant impossible, l'extirpation dut être faite avec le bistouri. Aussi, bien qu'aucun vaisseau important n'ait été intéressé, s'écoula-t-il une quantité de sang proportionnellement très-considérable. Après l'ablation, les vaisseaux carotidiens se voyaient à nu au fond de la plaie, dans l'espace de 3 centimètres. La guérison ne se fit pas trop attendre, bien qu'elle ait été traversée par divers accidents : une chute légère de la moitié droite de la lèvre, qui se releva bientôt; une angine traumatique qui ne dura que trois jours; un érysipèle de la face, et enfin une fistule salivaire qu'on ne ferma que plus tard.

En 1861, M. Verneuil revit son malade. La cicatrice était rouge, un peu élargie et légèrement soulevée. La récidive était à craindre. Deux ans plus tard, au mois de juillet dernier, le malade réclama de nouveau les secours de la chirurgie. Toute la région latérale droite du cou était envahie par une tumeur bosselée très-vasculaire, étendue depuis le lobule de l'oreille jusqu'à deux travers de doigt de la clavicule, et depuis le bord postérieur de la branche montante du maxillaire jusqu'à deux travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses. Mêmes adhérences, même immobilité de cette tumeur que de la première. L'absence de déviation de l'amygdale et du pharynx permettait de croire qu'il n'y avait pas de poussée profonde. La déglutition, la voix, la respiration, l'ouïe étaient intactes; mais la mâchoire s'abaissait difficilement, et comme le sterno-mastoïdien était englobé ou envahi par la tumeur, le cou était légèrement incliné sur l'épaule et presque immobilisé. Depuis plus de quinze jours tout repos avait été rendu impossible par des névralgies atroces, dues probablement à la distension ou à la compression des rameaux du plexus cervi-

cal. Le malade était épuisé, anémié; les douleurs qui le tourmentaient lui faisaient réclamer avec instance l'opération.

M. Verneuil songea, pour en diminuer les dangers, à la ligature préalable de la carotide externe, à quelque distance de son origine. Mais lorsqu'il alla à la recherche de ce vaisseau, au fond de sa première incision, il ne le trouva pas dans son siége habituel et dans sa situation superficielle. Alors il agrandit en bas l'incision cutanée, et se mit en mesure de lier la carotide primitive au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde. Même en ce point, les vaisseaux étaient refoulés à près de 4 centimètres de profondeur par le sterno-mastoïdien épaissi, rigide, et qu'il fallut couper en travers pour aborder aisément la gaîne des vaisseaux. L'abondance relative du sang qui s'écoula pendant cette opération préliminaire fit voir à quelles hémorrhagies interminables on aurait été exposé dans le cours de l'extirpation. Celle-ci, au contraire, fut poursuivie avec un suintement sanguin insignifiant qui permit de distinguer aisément et de disséquer avec sécurité le tronc et les grosses branches du nerf facial. Il n'y eut que des hémorrhagies veineuses, qui s'arrêtèrent promptement, et c'est à peine si l'opéré perdit 200 grammes de sang. La première veine coupée, le fut pendant la dissection du prolongement sus-claviculaire de la tumeur : c'était la jugulaire externe ou l'une de ses branches. On entendit un sifflement annonçant l'introduction de l'air dans la veine, et l'on vit du sang spumeux s'échapper de ce point. La veine fut immédiatement comprimée, puis liée. Ni le pouls, ni la respiration ne parurent influencés. On continua l'opération. M. Verneuil morcela la tumeur pour la détacher plus aisément de ses adhérences au pharynx et à la gaîne des vaisseaux. La carotide externe étant englobée dans le tissu morbide, il en enleva au moins 2 centimètres, et lia les deux bouts, qui donnaient un jet de sang très-faible. Il reséqua de même entre deux ligatures le tronc commun des veines faciale et temporale, et à la fin énucléa le ganglion sus-claviculaire. La plaie était énorme; tous les muscles de la région latérale du cou étaient à découvert, et le pharynx était presque à nu.

Les suites de l'opération furent d'une bénignité tout à fait inespérée. Quelques accidents locaux furent seuls observés; ce furent une paralysie partielle de la face, une angine, une laryngite. Au cinquième jour, les bords de la plaie n'offraient pas les moindres traces d'inflammation, sauf dans un point, et ce point, comme l'a fait remarquer M. Thomas, interne du service, était alimenté plutôt par les rameaux de l'artère sous-clavière que par ceux de la carotide. La suppuration était très-faible, mais de bonne nature. Au bout de quinze jours, le malade, dont l'état général était très-satisfaisant, commençait à se lever. Lorsqu'il demanda à quitter l'hôpital, la plaie n'était pas encore complétement cicatrisée; la gêne dans les mouvements du cou persistait, mais la raucité de la voix et les signes de la paralysie faciale s'amoindrissaient de jour en jour.

Comme la première fois, la tumeur était fibro-glandulaire, avec cette différence que dans plusieurs points il y avait destruction des culs-de-sac et infiltration d'épithélium nucléaire dans la gangue fibreuse.

A la suite de cette communication, M. Verneuil a appelé la discussion de la Société sur la question des ligatures d'artères considérées comme acte préliminaire aux opérations sanglantes.

Si, grâce à la perfection des procédés et à l'habileté des opérateurs, on ne voit guère, de nos jours, un malade mourir d'hémorrhagie à l'amphithéâtre, il n'en est pas moins vrai, a dit M. Verneuil, qu'on pourrait citer plus d'un exemple où la perte de sang a été funeste primitivement ou dans la suite. Dans un cas rapporté par M. Michaux (de Louvain), une hémorrhagie si formidable suivit l'extirpation d'un polype naso-pharyngien, que ce chirurgien crut nécessaire de recourir sur-le-champ à la transfusion. Sans doute, M. Michaux regretta, dans ce cas, de n'avoir pas lié préalablement la carotide primitive, comme il l'avait fait chez un de ses premiers malades.

On fait à la ligature de l'artère carotide primitive, qui est celle qu'on a liée le plus souvent, quatre reproches principaux :

1° Cette ligature augmente la durée totale de l'opération; mais on oublie qu'en supposant que la ligature préliminaire dure de quinze à vingt minutes, ce qui est très-long, elle économiserait encore plus de temps que les nombreuses ligatures placées au fur et à mesure sur les artérioles ou les artères ouvertes dans le cours de l'extirpation.

2° La ligature de la carotide est inutile, l'hémostase n'offrant pas des difficultés sérieuses dans la grande majorité des cas; elle peut d'ailleurs être remplacée avec avantage par la compression médiate ou immédiate de cette artère, par la ligature temporaire, par la ligature d'attente, ou enfin par la ligature de la carotide externe. M. Verneuil accepterait ces arguments si les moyens secondaires énumérés plus haut étaient aujourd'hui parfaitement jugés. Peut-être le seront-ils mieux après la discussion qui va s'engager et produire de nouveaux faits.

3° La ligature de la carotide n'est pas toujours efficace, et n'a pas dispensé quelques chirurgiens, M. Chassaignac entre autres, de faire des ligatures multiples à la surface de la plaie. Cet accident suppose une telle richesse d'anastomoses que la quantité de sang perdue eût été énorme sans la ligature préliminaire, à laquelle, du reste, l'existence des anastomoses enlève beaucoup de dangers.

4° L'interruption du sang dans l'artère en question peut amener de l'hémiplégie, des convulsions, et même de la gangrène d'un hémisphère cérébral. Ce reproche grave serait de nature à faire renoncer à la ligature préalable si les accidents qui précèdent étaient fréquents. Il y a ici une question numérique délicate, il est vrai, mais tout à fait décisive.

En regard de ces reproches, M. Verneuil a placé les motifs qui militent en faveur de la mesure préventive en discussion; elle épargne le sang; elle rend l'opération fondamentale plus aisée et moins émouvante pour le chirurgien; elle permet de faire une extirpation plus radicale tout en ménageant mieux les parties voisines; enfin l'inflammation de la plaie est singulièrement amendée par l'atténuation locale de l'activité circulatoire.

Dr P. Chatillon.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Données statistiques sur l'amaurose considérée dans ses rapports supposés avec l'habitude de fumer, par le Dr J. Hutchinson, chirurgien du *London Hospital.*

Ce travail, communiqué par l'auteur à la Société huntérienne, a pour base 65 cas d'amaurose *cérébrale* qu'il a observés lui-même. Le tableau suivant en résume la répartition en plusieurs catégories :

	Hom.	Fem.
I. Amauroses symétriques chez des adultes.		
Amauroses cérébrales non compliquées (idiopathiques).	37	3
Amauroses probablement compliquées ou secondaires.	3	4
I. Amauroses symétriques chez des enfants.		
Amauroses cérébrales non compliquées (idiopathiques).	3	7
Amauroses probablement compliquées ou secondaires.	0	1
III. Amauroses unilatérales	3	4

On remarque, en jetant un coup d'œil sur ce tableau, que les amauroses bilatérales et idiopathiques, les seules qui puissent entrer en ligne de compte au point de vue de l'influence du tabac, sont infiniment plus fréquentes chez l'homme que chez la femme : 37 d'une part, et 3 seulement de l'autre. A quelles causes rapportera-t-on une si grande différence? M. Hutchinson élimine successivement les professions, parce que les malades se livraient aux occupations les plus variées; l'abus des boissons et la vérole, qui ne sont pas beaucoup plus fréquents chez l'homme que chez la femme; les accidents traumatiques, l'action d'une cause de ce genre n'ayant pu être admise que

pour 2 des 37 malades; puis, il se demande quelle part il est possible de faire, soit à l'habitude de fumer, soit aux excès vénériens, et, tout en s'abstenant de toute conclusion prématurée, il appelle l'attention sur les points suivants :

Le total des 37 hommes atteints d'une double amaurose idiopathique, comprend 23 fumeurs avérés; 2 malades qui affirmaient catégoriquement n'user ni de la pipe ni du cigare, et 12 sujets à l'égard desquels il n'existe pas de renseignements sous ce rapport. 10 avaient l'habitude des abus alcooliques, 2 seulement étaient manifestement vérolés, et 4 attribuaient leur maladie à des préoccupations morales.

Chez un grand nombre, les fonctions génératrices étaient notablement allanguies, et M. Hutchinson ajoute que la forme d'amaurose dont il s'agit coïncide assez fréquemment avec un état variqueux des veines spermatiques. Il n'en reste pas moins un grand nombre de faits relatifs à des hommes robustes et sains, et il n'en est pas un seul dans lequel on ait pu accuser, avec quelque raison, des habitudes d'onanisme. Et d'ailleurs, tout en acceptant la coïncidence fréquente de l'amaurose avec le varicocèle, l'atrophie des testicules, la perte de la virilité, on ne saurait arguer de là, dit l'auteur, contre l'influence du tabac, car les deux séries de symptômes pouvaient fort bien avoir leur point de départ commun dans une cause unique. Il faut en outre remarquer que presque toutes (?) les femmes atteintes d'amaurose idiopathique étaient sujettes à des troubles très-manifestes des fonctions menstruelles.

M. Hutchinson reconnaît, d'un autre côté, que parmi les sujets inscrits parmi les fumeurs, plusieurs étaient fort modérés; que d'autres avaient fumé énormément pendant plusieurs années avant le début de l'amaurose; que des milliers d'individus abusent du tabac à outrance, tout en y voyant fort clair; qu'il est difficile de comprendre comment le principe toxique du tabac agirait uniquement sur un ganglion nerveux (centre de substance grise) à l'exclusion de tous les autres, etc. Il n'en conclut pas moins que les présomptions qui ressortent des faits cliniques sont suffisantes pour que le médecin, en présence d'une amaurose commençante, impose à son client le sacrifice de la pipe et du cigare.

La discussion du travail de M. Hutchinson a occupé deux séances de la Société huntérienne. MM. Critchett, Wordsworth, Ernest Hart, Solly, Couper, ont pris successivement la parole pour attaquer ou pour exonérer le tabac. Les assertions contradictoires qui se sont heurtées dans ce débat ne nous ont pas paru avoir avancé beaucoup la question, et il serait sans utilité de les reproduire. Nous devons une mention exceptionnelle à un détail du discours de M. Solly. Le tabac, a dit cet honorable confrère, dispose à la chasteté; avis aux jeunes mariés, et spécialement à ceux qui désirent perpétuer leur race. (*The Lancet*, 7 novembre 1863.)

Nouveau traitement du diabète sucré, par M. J. CHAPMAN.

Nous avons fait connaître précédemment (numéro du 4 septembre) les idées de M. Chapman au sujet du traitement de diverses maladies par les applications de glace ou de la chaleur sur la colonne vertébrale. Il était surtout question, dans la première publication de l'auteur, du traitement de l'épilepsie. Dans l'article que nous avons sous les yeux aujourd'hui, il s'agit (à part un fait assez intéressant d'hémiplégie traitée par les applications de glace sur les vertèbres cervicales, et terminé par la guérison) d'un diabétique que M. Chapman a traité pendant quelque temps par les applications de glace sur la nuque et dans le dos, et qui paraît avoir éprouvé, pendant la durée de ce traitement, une amélioration assez marquée : diminution de l'urine et abaissement de sa densité (de 1,030 à 1,022). Le traitement n'ayant été continué que pendant trois semaines, ce résultat palliatif n'a pas été dépassé. Il n'est pas moins digne d'intérêt au même titre que les expériences précédentes de M. Chapman. L'auteur ajoute d'ailleurs que chez un autre diabétique, qu'il traite par la même méthode depuis cinq semaines, la plupart des symptômes se modifient très-favorablement. L'urine sécrétée dans les vingt-quatre heures est descendue de 19 pintes à 8 pintes 1/2, et sa densité s'est abaissée de 1,041 à 1,030. La peau est devenue plus souple et plus moite, la soif et l'appétit diminuent, les forces reviennent, et pourtant le malade n'est astreint à aucun régime particulier et n'est soumis à aucune médication interne. (*Medical Times and Gazette*, 17 octobre 1863.)

Hernie obturatrice; opération, par M. W. COULSON.

OBS. — Madame S..., âgée de soixante ans, fut prise de constipation le 13 novembre 1861. Elle s'adressa, le 15, à M. Bolton qui, après avoir recherché s'il n'y avait pas de hernie, donna du calomel et de la coloquinte. Plusieurs autres purgatifs, des lavements de térébenthine furent administrés sans autre effet que l'éjection de quelques matières fécales. Le 24 novembre, M. Goddard, et le 27, M. Coulson furent appelés en consultation. On crut à une obstruction du gros intestin, et lorsque M. Coulson fut appelé, on croyait à la nécessité de pratiquer un anus artificiel. Le 28, une sonde fut introduite par l'anus, et une injection d'eau tiède fut pratiquée dans le rectum et le côlon. La percussion permit de constater que le liquide avait pénétré jusqu'à la valvule iléo-cæcale. Le 29, la malade s'affaiblissait, la douleur et les vomissements ne s'étaient pas arrêtés, on se décida à pratiquer l'ouverture de l'abdomen.

Après avoir vidé la vessie par le cathétérisme et endormi la malade, M. Coulson fit sur la ligne médiane, à un pouce au-dessous de l'ombilic, une incision longue de trois pouces. La ligne blanche divisée, une petite incision fut faite au péritoine pour permettre l'introduction du doigt. Le cæcum fut trouvé vide, mais la distension des intestins grêles empêchait de pouvoir s'assurer, sans élargir l'ouverture abdominale, du siége de l'obstruction intestinale : la plaie fut agrandie, les intestins distendus furent mis à découvert, mais sans laisser voir encore le siége de l'obstacle. M. Colson enfonça la main vers le cæcum, et rencontra une portion d'intestin affaissé. Il le suivit anse par anse et arriva ainsi au trou obturateur gauche, dans lequel se trouvait solidement engagée une anse intestinale. Il éprouva quelque difficulté à l'en dégager, mais avec de grandes précautions il put arriver à le faire sans accidents. La portion herniée comprenait deux pouces de l'iléon, fort congestionné, mais moins toutefois qu'on aurait pu le prévoir. L'intestin fut replacé dans le ventre, et la plaie fut réunie par six points de suture et des bandelettes adhésives.

Le soir, la malade était fatiguée d'abondantes évacuations alvines, et ressentait des douleurs dans l'abdomen. Les évacuations continuèrent et la mort survint le lendemain.

La hernie obturatrice étranglée est rarement reconnue sur le vivant, et presque toujours on a cru avoir affaire, dans ces cas, à un étranglement dans l'intérieur même de l'abdomen. Le cas de M. Coulson n'est pas isolé, on en trouve un autre consigné dans le XXXI^e volume des MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS, appartenant à M. Hilton. Dans ce cas, la hernie ne fut également constatée qu'après l'ouverture de l'abdomen, et la malade mourut quelques heures après l'opération.

Ces deux observations appellent vivement l'attention sur un point de pratique chirurgicale. Faut-il, quand on a porté le diagnostic d'étranglement interne et qu'on se décide à intervenir, pratiquer à l'abdomen une petite ouverture, chercher l'intestin au-dessus de l'oblitération dont le siége reste inconnu, et pratiquer à une distance de l'estomac qu'on ignore également un anus artificiel? ou bien doit-on, comme MM. Hilton et Coulson, faire à l'abdomen une large ouverture et aller directement à la recherche de l'obstacle, qu'on peut lever alors sans intervention de l'instrument tranchant? Malgré l'insuccès qui a suivi ces deux tentatives, nous croyons que leur exemple doit être suivi. Deux faits mortels ne suffisent pas pour faire rejeter une opération; il y a grand intérêt, suivant nous, à ménager, quand on le peut, le péritoine viscéral, dût-on pour cela inciser largement le péritoine pariétal. Enfin l'ovariotomie montre que l'ouverture du ventre, quoique grave, ne présente pas tout le danger qu'on lui attribuait il y a peu d'années encore.

Antidotes de la strychnine, par M. BELLINI.

Le professeur Ranieri Bellini, après s'être livré à une longue série d'expériences sur l'empoisonnement par la strychnine et

ses sels, pense que l'acide tannique et le tannin, le chlore, les teintures d'iode et de brome, sont les meilleurs contre-poisons. « Le chlore, dit-il, neutralise la strychnine même après qu'elle a été absorbée, car, sur des lapins empoisonnés avec le sulfate de strychnine et auxquels on fait respirer une grande quantité de chlore gazeux, les convulsions sont plus tardives, moins violentes quand elles se montrent, et la mort survient aussi moins rapidement. » M. Bellini a remarqué également que, lorsque la strychnine est mélangée avec l'acide pyrogallique, l'apparition des convulsions est retardée d'une demi-heure ; mais il attribue cet effet à une action de l'acide sur la membrane muqueuse stomacale, action par laquelle l'absorption du poison est rendue difficile. (*Annali di chimica.*)

V

VARIÉTÉS.

Séance annuelle de l'Association générale.

Nous complétons par la reproduction du discours de M. Rayer et par quelques indications utiles notre compte rendu de la séance annuelle de l'Association, dont nous n'avons les procès-verbaux que depuis samedi dernier.

Voici le discours de M. le président :

Messieurs, chers collègues,

Quand, avec les années qui passent et la vie qu'elles entraînent, une œuvre à laquelle on s'est dévoué croît et prospère, il est facile de perdre le regret de ce qui s'écoule, dans la joie et la satisfaction de ce qui grandit. Tel est, en ouvrant cette nouvelle année et cette séance solennelle, le sentiment qui me pénètre.

Je vois ici, venus de toutes les parties de la France, des hommes éminents, considérables, chargés d'occupations, mais qui, désormais, rangent au nombre de ces occupations mêmes le soin de veiller à la protection matérielle et morale les uns des autres.

A côté de la bienfaisance qui verse d'en haut ses dons sur le malheur, est celle qui revêt la forme de l'égalité et de l'association ; c'est aussi la seule digne d'hommes égaux par l'éducation et par la profession ; la seule qui fasse que donner et recevoir se confondent dans un être collectif et impersonnel dont nous sommes les membres.

Viennent les malheurs immérités, l'âge, les maladies, les infirmités ; viennent les détresses où les veuves, les enfants, les ascendants sont laissés par l'homme tourmenté, sur le lit de mort, de ses inquiétudes pour des personnes chères ; et aussitôt la protection, œuvre de tous et destinée à tous, s'avancera pour calmer les souffrances et guérir les maux.

Unis par la communauté de l'éducation que nous avons reçue, et par celle des services que nous rendons à la société, nous ne pouvons pas nous associer pour nous secourir dans nos souffrances sans nous associer pour nous élever dans la dignité de notre profession et dans le dévouement au bien public. Ainsi le voudrait, quand bien même nos statuts n'en parleraient pas expressément, cette forme de la bienfaisance dans l'Association qui nous régit. Aussi, depuis que notre œuvre est fondée, tout est vie, aspiration, concours ; le cœur bat, et les bons et nobles sentiments circulent.

Vous verrez, par le rapport que notre secrétaire général va vous présenter, que le conseil général, grâce à la coopération des Sociétés locales et de plusieurs médecins distingués des départements, a presque complètement rempli le premier objet de son mandat, qui était de préparer l'organisation des Sociétés locales. Il en existe aujourd'hui quatre-vingt-dix, et tout permet d'espérer que l'année prochaine cette première mission du conseil général sera entièrement accomplie. Et non-seulement le nombre des Sociétés locales s'est accru, mais encore le nombre des membres, dans plusieurs Sociétés locales, est devenu plus grand. Ainsi l'Association continue d'être en progrès ; et, de fait, nous n'avons rêvé rien de trop ambitieux quand tout d'abord, et lors de nos débuts, nous songeâmes à réunir en un seul faisceau tous les médecins de la France.

La guerre au charlatanisme est sinon dans nos statuts écrits, du moins dans nos attributions naturelles ; car, qui mieux que les médecins apprécie le mal direct qu'il fait par des applications et des pratiques dangereuses, et le mal indirect dont il est cause en empêchant les secours vrais et opportuns. Plusieurs membres des Sociétés locales ont eu le courage de l'attaquer de front et de le combattre, surtout là où il s'est montré avec trop d'audace. Dans ces luttes honorables contre la supercherie de ceux qui exploitent et la superstition de ceux qui sont exploités, il est malheureusement arrivé quelquefois qu'il a triomphé et s'est réjoui, soit de condamnations trop légères et insuffisantes, soit même d'excuse et d'absolution. Pourtant, cette année, soixante-sept condamnations importantes ont été obtenues, chiffre qui frappera certainement ceux qui nous accusent de ne pas montrer assez d'ardeur dans la poursuite du charlatanisme.

L'exercice illégal de la médecine est un mal d'un autre genre, nuisible aussi au public, nuisible aux médecins. Sur ce mal, les membres de l'Association ont appelé l'attention de représentants éminents de l'ordre judiciaire, qui sont jaloux de défendre les intérêts de la Société, et de pieux prélats qui comprennent que la charité doit être pure de toute considération étrangère. De son côté, le public tout entier, mieux éclairé sur les connaissances positives qu'exige le traitement des maladies, s'est montré, dans plusieurs départements, moins empressé à accueillir les promesses trompeuses d'une charité ignorante ou d'une spéculation coupable. En somme, on commence à comprendre, ce dont nous sommes tous convaincus, que la loi sur l'exercice de la médecine n'est assez protectrice ni du public ni des médecins, et qu'elle n'a point une répression suffisante de tout ce qui, à bonnes ou à mauvaises intentions, s'ingère dans cette œuvre si délicate et si difficile, le traitement des maladies.

Aux membres de nos Sociétés locales appartient le droit de régler leurs relations particulières avec les diverses Sociétés de secours mutuels qui existent dans leurs arrondissements ou leur département. Des difficultés survenues dans ces rapports se sont heureusement aplanies dans plusieurs localités ; et certainement elles s'aplaniront partout, grâce à une sage entente entre les médecins et les administrateurs : un dissentiment ne peut se prolonger entre des hommes honorables, tous animés de l'amour du bien public.

Il est à nos efforts un couronnement qui, laissé d'abord en réserve et en perspective, se rapproche aujourd'hui de nous, grâce au développement que prend notre institution : je veux parler de la création d'une caisse de pensions viagères d'assistance.

Ce n'est pas assez que chacun d'entre nous soit assuré de rencontrer aussitôt, s'il est frappé de quelque malheur, l'appui de la famille professionnelle ; il est grandement désirable encore que les longues infirmités ou la vieillesse, qui ne permettent plus de gagner le pain quotidien, puissent recevoir, non un secours passager, mais une pension viagère.

Souhaitée de nous tous, cette création rencontrait beaucoup de difficultés. Le conseil les a levées, et l'étude de la question, qui a occupé un grand nombre de séances, a produit un projet qui va être soumis à vos délibérations. Pour beaucoup de nous, qui sommes déjà d'un âge avancé, l'institution de la caisse des pensions viagères d'assistance ne pouvant fonctionner que dans un temps assez éloigné, est une sorte de legs que nous sommes heureux de faire à nos successeurs. Déjà même plusieurs membres de l'Association ont voulu devancer les temps : dans l'espérance de hâter le bien qu'elle produira, et désireux d'être en quelque sorte les parrains d'une œuvre qui naît, ils ont, dès à présent, fait ou promis des dons à la caisse des retraites.

Après nous être occupés des infirmes et des vieillards, il faut nous occuper des morts. — L'Association a, cette année, fait des pertes qui ont été profondément ressenties dans les Sociétés locales et au sein du conseil général. M. Latour, interprète des regrets de l'Association, va vous rappeler ces noms, dont plusieurs sont chers à la science, et qui tous sont chers à l'Association, servie par eux et honorée. Vous réaliserez, messieurs, le vœu que j'émettais l'année dernière, et vous voudrez que les noms de ces collègues soient honorablement inscrits à la fin de l'ANNUAIRE de l'Association. C'est un simple et dernier hommage ; mais, de même que dans les familles privées on garde le plus longtemps qu'on peut la trace et la mémoire des personnes que la mort a ravies, de même il est bien que la famille professionnelle prenne ces pieuses coutumes qui plaisent à l'âme, et qui prolongent la vie des défunts dans le souvenir des vivants.

Ces quelques mots que je vous adresse, pour dire adieu à une année qui a été fructueuse et bien employée, et pour en saluer une autre qui ne le sera pas moins, je les termine en donnant jour à ma profonde gratitude envers les membres et les présidents des Sociétés locales, qui, dans toutes les occasions, et notamment lors des séances annuelles, ont témoigné leurs sympathies pour l'œuvre, dans la personne du président et du secrétaire général ; le secrétaire général, qui consacre tout ce qu'il a de force au succès de l'Association, et qui, dans des rapports composés avec tant de talent, et écoutés avec tant d'intérêt, raconte et prépare nos progrès.

Un but déterminé à atteindre, un grand service à rendre, de communs sentiments de charité et de dignité à cultiver, c'est ce que, au premier chef, on nomme UNION, et c'est ce qui règne d'un bout de notre Association à l'autre. Soit qu'en province on s'occupe des affaires locales, soit qu'on vienne à Paris s'occuper des affaires générales, et en même temps se voir et se serrer la main, toujours une même pensée féconde, cordiale, vivifiante, est présente à l'esprit de tous. Sans cela, comment explique-

rions-nous un aussi bon passé que le nôtre? Avec cela, comment ne compterions-nous pas sur le meilleur avenir?

Voici ce qui résulte du rapport de M. le docteur Legouest, secrétaire de la *Société centrale* :

La liste des Sociétaires insérée dans l'ANNUAIRE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE, publiée le 6 février 1863, par le conseil général, comprend 647 membres; 29 ont été admis depuis cette époque; total, 676 membres. Le passage des membres de la Société centrale dans les Sociétés locales a réduit quelque peu cette liste, qui, arrêtée à la date du 20 octobre, comprend 658 Sociétaires civils et militaires résidant en France et à l'étranger.

La situation financière présente une supériorité marquée sur celle de l'année dernière. Les recettes ont été de 11 684 fr. 92 c.; les emplois et dépenses, de 10 696 fr. 10 c.; reste en caisse le 20 octobre 988 fr. 82 c. — L'actif au 20 octobre se monte à 24 788 fr. 82 c., plus un titre de rente 3 pour 100 de 10 fr.

Les secours alloués à des médecins ou à leurs veuves se sont élevés à 2600 fr.

Le compte rendu de M. le secrétaire général constate les faits suivants :

On a compté 73 décès parmi les membres de l'Association pendant l'année qui vient de s'écouler. Le nombre des Sociétés locales agrégées s'est élevé de 79 à 90, 16 départements restent encore en dehors de l'Association.

Le nombre total de nos Sociétaires est de 5746; l'année passée, à pareil jour, il était de 5033. L'augmentation pour le présent exercice est donc de 713; l'année dernière, la différence en plus n'était que de 634.

Les *recettes* fournies par la caisse générale, la Société centrale et les Sociétés locales ont été de 107 499 fr. 96 c.; les dépenses et emplois de fonds, de 62 886 fr. 57 c.; l'avoir en caisse, les fonds placés et ressources disponibles se montent à 274 941 fr. 86 c., ce qui établit une différence en plus de 53 654 fr. 73 c. sur l'exercice précédent.

Pour la première fois cette année, le conseil général a été saisi de deux demandes de Sociétés locales dont l'insuffisance des fonds de secours ne leur permettait pas de venir efficacement en aide à leurs infortunes.

Le fils d'un confrère mort, par l'assistance combinée du conseil général et d'une Société locale, a pu terminer ses études classiques. Un autre a obtenu une bourse à l'École polytechnique. Des fonds ont été votés par le conseil général au profit de la Société locale de l'Isère, pour le soulagement d'une infortune confraternelle. Enfin, parmi les Sociétés locales, vingt ont eu à secourir des Sociétaires, des veuves et des enfants.

M. le secrétaire général entretient ensuite l'assemblée de l'influence morale de l'Association, et de son action plus directe contre l'exercice illégal et le charlatanisme. M. Latour a énergiquement flétri les spéculateurs de l'annonce, « les parasites qui rongent la profession, » et terminé par cette belle parole du serment d'Hippocrate: « *Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté.* »

P. S. Devançant les vœux de M. le secrétaire général, un des membres les plus honorables et les plus autorisés de l'*Association des médecins du département du Nord*, avait demandé, dans la séance annuelle du 19 août dernier, que le président de la Société proposât, dans la réunion du conseil général à Paris, l'exclusion de tous les faiseurs ou *propagateurs* d'annonces, en s'appuyant principalement sur l'exemple de l'UNION MÉDICALE, « qui, sur l'enveloppe de chaque numéro, couverte exclusivement de toutes espèces d'annonces, s'intitule *l'organe de la défense des intérêts professionnels.* » Et la commission administrative de la Société des médecins du Nord, par l'organe du président, s'est déclarée « décidée à ne laisser aucun de ses membres *participer, de quelque manière que ce soit*, à la rédaction ni à la propagation des annonces médicales. »

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE.

Dans cette séance, M. Davenne a fait un rapport sur un projet de création d'une caisse de retraite, projet proposé par M. Brun, et adopté par le conseil. Après une assez longue discussion, le projet a été adopté, et la caisse portera le nom de *Caisse de pensions viagères d'assistance* (l'article 110 seulement doit être rédigé plus explicitement).

M. P. Andral a fait un rapport sur *l'exercice illégal de la médecine.*

Il a été décidé que la demande sur la révision des lois qui régissent la médecine serait renvoyée à l'année prochaine.

Enfin M. Bertillon a lu un rapport sur la création d'un JOURNAL DE L'ASSOCIATION.

Voici les conclusions de ce rapport qui ont été adoptées :

« 1° La création d'un journal unique, dirigé par le conseil, est incompatible avec les intérêts moraux et financiers de l'œuvre;

» 2° L'ANNUAIRE, tel qu'il a été exécuté jusqu'à ce jour, est maintenu;

» 3° Chaque fois que le conseil jugera que la publicité de l'une de ses séances mensuelles, ou d'une partie de cette séance, est de nature à intéresser l'œuvre ou la profession, il enverra une copie de son compte rendu à chacun des journaux de médecine de France indistinctement;

» 4° M. le secrétaire général de l'Association, dans son compte rendu annuel, en séance publique, signalera et remerciera tous les journaux qui auront prêté leur publicité à l'Association générale. »

La séance publique annuelle de l'Académie de médecine aura lieu, comme d'habitude, le deuxième mardi du mois de décembre. On annonce que le discours d'usage sera prononcé, cette année, par M. le docteur Béclard, à qui M. Dubois (d'Amiens) cède pour cette fois la parole. Le sujet du discours sera l'éloge de M. de Blainville. M. le secrétaire perpétuel fera le rapport général sur les prix.

— Un concours pour deux places de médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon sera ouvert le 25 avril prochain. Les candidats devront se faire inscrire quinze jours au moins d'avance au secrétariat général de l'administration de cette ville.

— Le concours pour la place de chirurgien-major de l'Antiquaille aura lieu le 30 novembre, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Les membres du jury sont MM. les docteurs Ollier, Rollet, Berne, Baumès, Rodet, Potton, Pétrequin, Bouchacourt, Desgranges, Valette, Teissier et Diday. (*Gazette médicale de Lyon.*)

— M. le docteur Hignard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nantes, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le professeur Velpeau commencera ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 17 novembre.

— M. le professeur Ch. Robin commencera son cours le mercredi 18 novembre, de cinq à six heures, et le continuera les lundis et vendredis, à la même heure.

— M. le docteur Chauffard, agrégé de la Faculté de médecine, ouvrira le cours de pathologie générale dans le grand amphithéâtre de la Faculté, mardi 24 novembre à trois heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Bouchut commencera son cours sur l'histoire de la médecine et sur la pathologie interne le jeudi 26 novembre 1863, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, à quatre heures, et le continuera trois fois par semaine.

Le jeudi sera consacré à l'histoire de la médecine.

Les mardis et samedis auront lieu les leçons de pathologie interne.

— M. le docteur Joulin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera son cours d'accouchements le lundi 23 novembre, à quatre heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, pour le continuer les lundis, mercredis et vendredis.

— M. le docteur Hiffelsheim commencera ses leçons sur l'électricité médicale le vendredi 20 novembre, à huit heures du soir, et les continuera les mercredis et vendredis suivants, à l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique de la Faculté de médecine.

Le professeur décrira et démontrera les divers appareils électriques, traitera de leur mode d'action et d'application, ainsi que de leurs indications dans les diverses maladies nerveuses, etc.

— M. le docteur Sichel commencera un nouveau cours de clinique ophthalmologique à son dispensaire, rue du Jardinet, n° 3, le jeudi 26 novembre, à deux heures, et le continuera les lundis et jeudis à la même heure.

— M. le docteur Beyran commencera son cours sur les maladies des voies urinaires et des organes génitaux, le samedi 21 novembre, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les mardis et samedis suivants.

VORLESUNGEN UEBER PATHOLOGIE. Vol. II : ONKOLOGIE, aussi sous le titre : DIE KRANKHAFTEN GESCHWUELSTE, 30 Vorlesungen gehalten an der Universitæt zu Berlin, von *R. Virchow*. Grand in-8. Berlin, Hirschwald. 16 fr. 50

THE SURGICAL DISEASES OF CHILDREN (Les maladies chirurgicales des enfants), leçons faites à la Société médicale de Londres en mars 1863, par *Thomas Bryant*. In-18 de 150 pages. Londres, Churchill et fils. 5 fr.

DE LA PHILOSOPHIE DITE POSITIVE DANS SES RAPPORTS AVEC LA MÉDECINE, par le docteur *P.-Em. Chauffard*. Paris, Chamerot et Louis Leclerc.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 27 NOVEMBRE 1863. N° 48.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** De l'acclimatement sur les altitudes du Mexique. — II. **Travaux originaux.** Pathologie interne : Des lésions bronchiques et pulmonaires, et particulièrement de la bronchite pseudo-membraneuse et de la broncho-pneumonie dans le croup. — III. **Revue clinique.** Pathologie interne : Observation d'aphémie. — Autopsie ; désordres étendus de la partie moyenne de l'hémisphère gauche. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** De la paraplégie produite par l'épuisement de la moelle épinière. — Guérison du pied bot sans opération chez les tout jeunes enfants. — De la vaccination contre la miliaire. — Sur la valeur de la sensibilité sous-sternale comme signe diagnostique de la vérole. — VI. **Bibliographie.** De la glycérine ; de ses applications à la chirurgie et à la médecine. — Hygiène publique. — Travaux du conseil de salubrité de la Seine. — L'année médicale. — Annuaire général des sciences médicales. — VII. **Variétés.** Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres. — IX. **Feuilleton.** Les futurs asiles d'aliénés du département de la Seine.

I

Paris, 26 novembre 1863.

DE L'ACCLIMATEMENT SUR LES ALTITUDES DU MEXIQUE.

Peu de temps avant le départ du corps expéditionnaire français pour le Mexique, le docteur Jourdanet, qui a pratiqué pendant près de vingt ans dans cette contrée, fit paraître un ouvrage d'une lecture agréable et rempli d'observations, dont quelques-unes, contraires aux notions jusqu'alors acceptées en hygiène, sollicitent un contrôle. Suivant lui, « les étrangers s'acclimatent facilement au niveau des mers dans les pays non marécageux et arrivent bien portants à une vieillesse avancée ; d'autant plus faibles et plus maladifs qu'ils ont vécu plus longtemps sur les altitudes, ils y atteignent rarement le terme naturel de l'existence humaine » (p. 79). « Les habitants des altitudes ne vivent ni si longtemps ni si bien que ceux des niveaux des mers » (p. 78). L'imperfection de l'endosmose respiratoire détermine un état d'anémie qui, fréquent à la Puebla comme à Mexico, résiste à l'action des préparations ferrugineuses. L'insuffisance de l'oxygénation du sang a pour causes, non-seulement la diminution dans la densité et le poids de l'atmosphère, mais le ralentissement des mouvements respiratoires : « ceux qui habitent à de grandes élévations, respirent moins vite que les hommes dont le séjour est fixé près du niveau des mers. La rareté de l'air produit l'apathie du système musculaire ; la poitrine s'en ressent » : le nombre de ses ampliations diminue ; assez souvent, ajoute l'auteur, on oublie de respirer et l'on est obligé de remplacer le temps perdu en faisant des inspirations profondes (p. 76).

Ces assertions, venant d'un médecin qui s'appuie sur une longue expérience, méritaient de fixer l'attention de nos confrères de l'armée du Mexique ; elles heurtent l'opinion admise jusqu'à présent que, sous l'influence permanente d'une diminution de pression atmosphérique, la respiration s'accélère

---

FEUILLETON.

Les futurs asiles d'aliénés du département de la Seine.

Dans une étude sur le sujet important qui va nous occuper, M. Dechambre disait : « Le service des aliénés de la Seine est insuffisant, il faut l'étendre. Il est vicieux en plus d'un point, il faut l'améliorer. Agrandissement et réforme de ce service, voilà donc le besoin du moment. » Et l'honorable rédacteur en chef de la GAZETTE HEBDOMADAIRE démontrait, par des arguments décisifs, que l'unique moyen d'atteindre sûrement et complétement ce double but était de construire des asiles nouveaux.

Il eût été difficile, pour un esprit droit et impartial, de ne pas arriver résolûment à cette conclusion après avoir lu sans prévention et médité sans parti pris les remarquables rapports de M. Girard de Cailleux sur le régime actuel des aliénés dans le département de la Seine. A moins de fermer les yeux à la lumière et de repousser obstinément l'évidence, on devait être frappé des graves lacunes et des imperfections notoires de ce régime, dont un des moindres défauts était de se trouver en opposition formelle avec les prescriptions de la loi du 30 juin 1838. Fallait-il, pour la vingtième fois peut-être, élargir, en les remaniant, Bicêtre et la Salpêtrière, retoucher ces deux établissements, déjà si souvent « rapiécés », ajouter à ces vieux bâtiments, moitié hospices, moitié prisons, où l'on retrouve encore çà et là les vestiges de l'âge de fer des aliénés ? Ce n'était point là une solution, ce n'était qu'un expédient mesquin, indigne de notre pays et de notre époque, expédient qui ne remédiait à rien, et qui même consacrait et perpétuait, sous le couvert spécieux d'une restauration apparente, l'organisation vicieuse qu'il s'agissait de détruire. Un pareil replâtrage pouvait bien être du goût d'un petit nombre de *conservateurs* timides, imbus de routine, partisans zélés du *statu quo*, satisfaits du passé et adversaires systématiques des paisibles

pour compenser par le nombre des inspirations la proportion moindre d'oxygène dans un même volume d'air. Compter avec soin et comparer exactement le nombre des mouvements respiratoires chez les Européens et chez les indigènes sur les hauts plateaux du Mexique, en tenant compte des conditions individuelles (âge, taille, circonférence thoracique, etc.), puis doser l'acide carbonique de l'air expiré comme indicateur du degré d'énergie de l'hématose chez les Mexicains et chez les nouveaux venus, telles étaient les vérifications à faire, et un illustre chimiste qui connaît bien le Mexique, M. Boussingault, m'ayant assuré qu'on trouverait à Mexico les ressources scientifiques nécessaires à ces recherches, j'ai proposé à plusieurs de nos distingués médecins du corps expéditionnaire de s'y livrer dès que les circonstances le permettraient.

M. Léon Coindet, médecin-major de première classe, chef du service médical de la deuxième division, a répondu le premier aux questions que je lui ai posées; les données qu'il a recueillies ne concernent que la première partie du programme qu'il a bien voulu accepter (rhythme respiratoire); mais son zèle, aussi actif pour la science que pour les malades, saura bientôt en remplir la suite qui comporte le concours de l'analyse chimique. Nous publions sans commentaire le résumé de ses investigations qui, partagées en trois séries, ont porté successivement sur un total de 1500 sujets. A cette lettre sommaire il a joint les documents justificatifs dont nous avons déposé une partie à l'Académie de médecine (Voy. *Gaz. hebd.*, n° 45), et dont l'autre demeure entre nos mains; ils garantissent et l'authenticité de ces recherches et la scrupuleuse précision avec laquelle il les a instituées et poursuivies.

Michel Lévy.

A M. LE DOCTEUR MICHEL LÉVY.

Monsieur le directeur,

J'ai l'honneur de vous adresser cinq cents nouvelles observations dans lesquelles j'ai pris les noms et prénoms des sujets, le corps auquel ils appartiennent, leur âge, leur tempérament, leur constitution, leur profession, leurs maladies antérieures, leur pays, et, pour les Français, l'époque de l'arrivée au Mexique, ainsi que la durée de séjour sur les hauts plateaux.

Puis, j'ai poursuivi mes recherches :

1° Au point de vue de la respiration. J'ai encore compté le nombre d'inspirations à la minute, et voici à cet égard les résultats de ma troisième série d'expériences :

	FRANÇAIS.	MEXICAINS.
A 12 inspirations à la minute. .	1 sujet.	1 sujet.
13 idem. . . .	»	»
14 idem. . . .	3	4
15 idem. . . .	3	1
16 idem. . . .	28	16
17 idem. . . .	15	11
18 idem. . . .	43	34
19 idem. . . .	29	27
20 idem. . . .	49	45
21 idem. . . .	24	25
22 idem. . . .	30	45
23 idem. . . .	9	11
24 idem. . . .	12	19
25 idem. . . .	2	5
26 idem. . . .	1	4
27 idem. . . .	»	»
28 idem. . . .	1	2
	250	250

FRANÇAIS.			MEXICAINS.		
Au-dessous de 16 insp. à la min.		7 suj.	Au-dessous de 16 insp. à la min.		6 suj.
A 16 insp.	id.	28	A 16 insp.	id.	16
Au-dessus de 16	id.	215	Au-dessus de 16	id.	822
Moyenne d'inspirations à la min.		19,48	Moyenne d'inspirations à la min.		20,24

Résultats généraux des trois séries d'expériences.

Au-dessous de 16 insp. à la min.		54 suj.	Au-dessous de 16 insp. à la min.		25 suj.
A 16 insp.	id.	76	A 16 insp	id.	54
Au-dessus de 16	id.	620	Au-dessus de 16	id.	671
		750			756
1re moy. d'inspirations à la min.		19,16	1re moy. d'inspirations à la min.		20,468
2e	id.	19,46	2e	id.	20,184
3e	id.	19,48	3e	id.	20,240
Moyenne générale.		19,36	Moyenne générale.		20,297

Par l'écartement des chiffres extrêmes que présentent nos tableaux, on pourrait croire que des circonstances particulières ont dû échapper à notre attention, mais il n'en est rien, et tous les sujets observés se trouvaient, au moment de mes investigations, dans les mêmes conditions d'âge, de repos et d'immunité morbide, non-seulement de l'appareil respiratoire, mais encore de tous les autres organes.

D'après cette masse de faits, le doute n'est plus permis, et il est bien positif que ceux qui habitent ici ne respirent pas *moins vite* que les hommes dont le séjour est fixé à 2277 mètres plus bas. Ceci est maintenant pour moi une certitude, car obtenant les mêmes moyennes à trois reprises différentes sur cinq cents cas chaque fois, il n'est pas possible d'admettre que je me sois trompé. De plus, des praticiens extrêmement recommandables de Mexico avec lesquels je m'entretenais sur ce sujet, paraissaient étonnés qu'on ait eu l'idée de soutenir une thèse contraire.

Reste à rechercher le degré d'énergie de l'acte respiratoire en dosant l'acide carbonique de l'air expiré qui donnera le degré d'altération que l'air subit dans cette fonction : ce sont

révolutions de la science; mais il ne devait trouver aucun crédit auprès des hommes désintéressés et sincèrement amis du progrès; il ne devait pas prévaloir surtout dans les conseils d'une administration éclairée, prévoyante, animée de sentiments généreux, et qui a déjà fourni tant de gages de dévouement au bien public.

Convaincu qu'il était urgent de mettre fin à « un état déplorable dans une des branches importantes du service départemental », M. le Préfet de la Seine prit fermement l'initiative de cette grande mesure, porta, dès l'année 1859, la question devant le Conseil général, et, par un arrêté du 27 décembre 1860, institua une Commission spéciale, chargée d'étudier l'entreprise et d'élaborer un projet d'amélioration et de réforme. La Commission, composée de MM. Ferdinand Barrot, Herman, Thayer, Chaix-d'Est-Ange, Véron, Marchand, Paul Dubois, Husson et Girard de Cailleux, se mit activement à l'œuvre. Elle appela dans son sein, afin de s'éclairer de leur expérience et de leurs lumières, MM. Lélut, Mitivié, Trélat, Baillarger, Moreau, Delasiauve et Marcé; visita Bicêtre et la Salpêtrière, pour mieux se pénétrer de la nécessité de fermer dorénavant ces hospices à la folie, et de les ouvrir exclusivement aux vieillards et aux infirmes; parcourut ensuite l'asile d'Auxerre et la colonie de Fitz-James, pour y puiser des éléments pratiques pouvant servir de base à la future organisation du service des aliénés de la Seine. Enfin, après une année d'études et de discussions approfondies, elle présenta, par l'organe de M. Ferdinand Barrot, un rapport plein de vues libérales et de considérations élevées, concluant à l'opportunité de *créer des asiles spéciaux pour les aliénés du département de la Seine*, et de *placer ces asiles sous l'administration directe de l'autorité départementale*.

Les asiles de la Seine seront au nombre de neuf, parmi lesquels deux doivent être exclusivement affectés aux épileptiques et aux idiots.

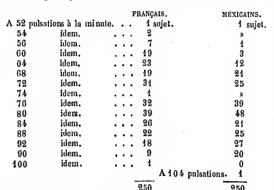
Trois de ces établissements vont être construits d'abord :

des expériences auxquelles je me propose de me livrer si le temps et les circonstances me le permettent; mais, dès à présent, je puis dire qu'à Mexico rien n'indique que cette énergie soit moindre qu'elle ne l'est au niveau des mers. Ceci est tellement vrai, qu'indépendamment de l'activité plus grande de la respiration, les inspirations sont généralement amples, larges, profondes, et d'autant plus qu'elles sont moins nombreuses. En sorte que l'équilibre s'établit toujours, et que la fonction tend continuellement à se mettre en rapport avec la raréfaction et la légèreté de l'atmosphère.

C'est cette activité et cette énergie plus grandes qui font que, chez ceux qui n'en ont pas l'habitude, dont l'appareil respiratoire n'a pas encore subi l'acclimatement que j'ai signalé, les longues courses, les marches forcées, sont difficiles, pénibles, par suite de la fatigue qui résulte de tout exercice violent et inaccoutumé. Mais ceci ne fait pas que ce qui a été écrit relativement à l'insuffisance de l'oxygénation du sang sur les altitudes comme conséquence d'un prétendu ralentissement de la respiration, ne me semble devoir être considéré comme non avenu, et, ainsi que me le disait dernièrement M. le docteur Clément, qui exerce depuis longtemps avec distinction à Mexico, il se pourrait très-bien que l'anémie, soi-disant mexicaine, ne repose que sur le teint jaunâtre propre aux indigènes. Les apparences sont souvent trompeuses, et il faut savoir s'en défier.

Lorsque j'aurai considéré l'homme à l'état physiologique, lorsque j'aurai terminé mes recherches concernant la mortalité, la durée moyenne de la vie sur les altitudes, etc., j'examinerai les causes des maladies, les maladies elles-mêmes, et en me basant toujours sur les faits, l'appareil respiratoire en particulier me fournira des réflexions très-intéressantes, à un autre point de vue que celui-ci sous lequel il a été envisagé.

2° De la respiration je suis passé à la circulation, et voici les résultats auxquels je suis arrivé relativement à cette fonction :



	FRANÇAIS.	MEXICAINS.
A 52 pulsations à la minute. . .	1 sujet.	1 sujet.
54 idem. . . .	2	»
56 idem. . . .	7	1
60 idem. . . .	19	3
04 idem. . . .	23	12
68 idem. . . .	19	21
72 idem. . . .	31	25
74 idem. . . .	1	»
76 idem. . . .	32	39
80 idem. . . .	39	48
84 idem. . . .	26	21
88 idem. . . .	22	25
92 idem. . . .	18	27
90 idem. . . .	9	20
100 idem. . . .	1	0
A 104 pulsations.		1
	250	250
Moy. de pulsat. à la min.	76,210	80,24

Mêmes réflexions relativement aux écarts de chiffres extrêmes que l'on remarque dans ce tableau, que celles que j'ai faites à propos de la respiration. Tous mes hommes, au moment où je les examinais, étaient silencieux, calmes, en repos depuis longtemps, couchés ou assis, à jeun, et leurs membres ainsi que leur poitrine exempts de toute gêne, de toute compression.

J'ai tâté le pouls à plusieurs reprises, sans aucune prétention, et j'ai même compté les battements du cœur qui concordaient avec ceux des artères.

On voit donc que le chiffre des mouvements respiratoires est dans une relation exacte avec celui des battements du pouls, comme 1 est à 4, et qu'il n'y a pas d'*altération de rapports entre la circulation et la respiration*, comme on l'a encore prétendu à tort.

On voit aussi que nos expériences ne concordent pas avec celles de Parrot, qui a trouvé le pouls à 70 au niveau de la mer, à 75 à 1000 mètres, à 82 à 1500, à 90 à 2000, à 95 à 2500, etc.... Nous sommes à 2277 mètres au-dessus du niveau de la mer, et s'il en était ainsi, nous devrions avoir ici comme moyenne, 92,5 pulsations au moins à la minute.

Quant à ses caractères, le pouls, toujours égal et régulier, s'est montré quelquefois plus ou moins développé, parfois un peu dur, un peu mou, un peu vibrant, etc., mais sans jamais cesser d'être naturel.

D'après toutes ces observations faites consciencieusement, rigoureusement, je suis réellement étonné de ce que je lis dans un livre intitulé : DU MEXIQUE AU POINT DE VUE DE SON INFLUENCE SUR LA VIE DE L'HOMME, par M. Jourdanet. On comprend que le principe qui y est admis étant faux, les conséquences doivent aussi être fausses et c'est ce que nous démontrerons.

3° J'ai examiné ensuite la conformation de la poitrine; j'ai noté comme précédemment la hauteur du sternum, et cette fois j'ai mesuré les deux côtés du thorax, de manière que la moyenne générale de son développement peut être considérée comme juste, aussi bien pour les Français que pour les Mexicains.

Hauteur du sternum mesuré du milieu de la fourchette à la pointe de l'appendice xiphoïde.

	FRANÇAIS.	MEXICAINS.
A 17 centimètres de hauteur .	1 sujet.	1 sujet.
18 idem. . . .	1	8
19 idem. . . .	5	23
19,5 idem. . . .	»	1
20 idem. . . .	21	56
20,5 idem. . . .	»	1
21 idem. . . .	54	44
22 idem. . . .	46	55
23 idem. . . .	48	27
24 idem. . . .	34	23
25 idem. . . .	26	7
26 idem. . . .	7	3
27 idem. . . .	7	1
	250	250
Moyenne de hauteur.	22,544	21,38

l'asile Clinique, avec le bureau central d'examen et de répartition ; l'asile de Ville-Évrard et celui de Vaucluse. Déjà, tout le monde le sait, l'adjudication de l'asile Clinique est un fait accompli, et les travaux sont en cours d'exécution sous la direction de M. Questel, architecte du palais de Versailles. Enfin la demande d'expropriation des domaines de Vaucluse et de Ville-Évrard vient d'être approuvée par le conseil d'État; et un décret tout récent prescrit la réalisation immédiate de cette mesure administrative.

Voici quelques renseignements, que nous avons lieu de croire exacts, sur les plans, les principales dispositions et le projet d'organisation de ces établissements.

L'asile Clinique et le bureau central d'admission doivent occuper l'emplacement de la ferme Sainte-Anne, à 2 kilomètres de Bicêtre.

. *'sile Clinique* pourra contenir 500 malades, répartis en nombre égal dans deux grandes divisions semblables : l'une destinée aux hommes, l'autre aux femmes.

Dans chaque division, les aliénés seront classés de la manière suivante : agités, paisibles et semi-paisibles, faibles, malades à l'infirmerie, convalescents.

Chaque catégorie d'aliénés sera traitée dans autant de quartiers séparés.

Le quartier des paisibles et semi-paisibles se composera de quatre pavillons, destinés à loger chacun cinquante aliénés. Chaque pavillon, précédé d'un préau et élevé seulement d'un rez-de-chaussée et d'un premier étage, contiendra une salle de réunion, un promenoir couvert ou galerie, un cabinet pour déposer les instruments de travail, trois dortoirs, un bureau de surveillance et des cabinets de propreté.

Le quartier des agités aura douze cellules en rez-de-chaussée, hautes de 3 mètres 60, longues et larges de 3 mètres, autant de préaux que de cellules, deux salles de bains, une chambre de surveillance et des lieux d'aisances.

Résultats généraux des deux séries d'expériences.

1re moyenne	21,864	1re moyenne	21,318
2e moyenne	22,514	2e moyenne	21,380
Moyenne générale	22,204	Moyenne générale	21,349

Pourtour de la poitrine mesurée à la hauteur du mamelon, le sujet étant assis, les bras écartés du tronc et les mains fixées sur la tête.

La ligne médiane antérieure a été représentée par un fil tendu depuis l'échancrure supérieure du sternum jusqu'au milieu de la base de l'appendice xiphoïde, l'apophyse épineuse des vertèbres dorsales indiquant par où passe la ligne médiane postérieure.

Il a été tenu compte du développement des mamelles.

FRANÇAIS.				MEXICAINS.			
Côté droit.		Côté gauche.		Côté droit.		Côté gauche.	
A 42 centim.	1 suj.	A 40 centim.	1 suj.	A 40 centim.	1 suj.	A 39 centim.	4 suj.
43	7	40,5	1	40,5	1	39,5	2
43,5	2	42	7	41	6	40	7
44	14	42,5	2	41,5	1	40,5	2
44,5	2	43	21	42	14	41	22
45	28	43,5	2	42,5	3	42	41
45,5	11	44	42	43	18	42,5	2
46	40	44,5	6	43,5	3	43	40
40,5	5	45	43	44	28	43,5	5
47	53	45,5	6	44,5	9	44	31
47,5	0	46	41	45	43	44,5	3
48	28	46,5	4	45,5	11	45	39
48,5	5	47	32	46	35	45,5	4
40	22	48	25	46,5	7	46	23
40,5	3	48,5	3	47	25	47	10
50	13	49	8	47,5	2	47,5	1
50,5	1	49,5	1	48	24	48	11
51	5	50	3	48,5	2	49	3
51,5	1	51	2	49	10		250
52	2		250	49,5	2		
53	1			50	3		
	250			51	1		
				52	1		
					250		
Moyenne. .	46,884	Moyenne. .	45,566	Moyenne. . .	45,33	Moyenne. .	43,718
Moy. précéd.	46,082			Moy. précéd.	45,248		
Côté droit.				Côté droit.			
Moy. génér.	46,783			Moy. génér.	45,289		

En ne parlant que de ce qui est relatif aux observations de ce genre, nous avons comme moyenne générale pour la totalité du thorax :

Chez les Français	92,450
Chez les Mexicains	89,048

A conformation égale, le thorax est donc moins développé chez le Mexicain que chez le Français, aussi bien en hauteur qu'en largeur, et il en est de même, ainsi que nous allons le voir, de la taille qui, comme on le sait, est le principal modificateur de la capacité pulmonaire.

TAILLE.

FRANÇAIS.		MEXICAINS.	
A 1m,52	1 sujet.	A 1m,48	1 sujet.
56	2	49	1
57	7	50	2
58	5	51	1
59	5	52	7
60	14	53	5
61	8	54	13
62	5	55	17
63	10	56	15
64	13	57	10
65	11	58	12
66	15	59	5
67	12	60	17
68	7	61	8
69	5	62	13
70	41	63	8
71	19	64	26
72	23	65	14
73	14	66	10
74	11	67	9
75	6	68	14
76	5	69	4
77	6	70	19
78	2	71	3
79	1	72	7
80	1	73	4
83	1	74	2
	250	77	1
		78	2
			250

Moyenne de la taille pour les Français. 1m,67800
Idem. pour les Mexicains 1m,62072

Résultats généraux des mille observations.

FRANÇAIS.		MEXICAINS.	
1re moyenne de taille.	1,0430	1re moyenne de taille. . . .	1,02300
2e idem.	1,6780	2e idem.	1,62072
Moyenne générale.	1,6605	Moyenne générale.	1,02180

La différence que nous signalons n'est pas extrêmement sensible, mais si elle n'est pas aussi marquée que celle qui est relative au développement du thorax, elle n'en est pas moins réelle. Or, si comme on l'a dit à tort, la respiration était ici moins active qu'elle ne l'est au niveau des mers, la capacité respiratoire étant moindre aussi, comment l'existence serait-elle possible avec une pression barométrique de 0,585? Ceci n'est pas admissible et ceci n'est pas.

Le Mexicain ne possède pas, comme nous venons de le voir, *une poitrine dont l'ampleur dépasse les proportions qu'on devrait*

Le quartier des faibles contiendra une salle de réunion, un réfectoire, des dortoirs pour trente-cinq lits, un cabinet de surveillant, un promenoir et un préau.

Le quartier de l'infirmerie sera disposé de la même manière que le précédent.

Les convalescents des deux sexes habiteront le bâtiment des services généraux.

Ce bâtiment, placé au centre de l'établissement, devra contenir, au rez-de-chaussée, la cuisine et ses dépendances, quatre réfectoires et une pharmacie. Au premier étage, il y aura une salle de musique et d'école, servant également d'amphithéâtre pour les cours, des dortoirs pour les convalescents et convalescentes, avec cabinets de surveillance. Au deuxième étage, une lingerie, deux salles pour les raccommodages et repassages, un magasin d'habits et de linge, des chambres d'employés divers et des lieux d'aisances.

Il y aura, dans chaque division, une salle de bains pouvant contenir six baignoires, plus quatre cabinets particuliers.

Des ateliers devront être ménagés dans une partie reculée de l'établissement. Ils consisteront : chez les hommes, en ateliers de menuiserie, de serrurerie, de cordonnerie, de tisserands et de tailleurs; chez les femmes, en ateliers de couture, de filage et de repassage, un lavoir, une vaste buanderie avec ses dépendances.

La chapelle, à laquelle on arrivera facilement de tous les quartiers, sera disposée de manière que les deux sexes y soient séparés.

La salle des morts et celle d'autopsie seront placées dans son voisinage.

Des galeries, donnant largement accès à l'air et à la lumière, relieront les diverses parties de l'établissement.

Des bâtiments spéciaux seront destinés aux différents services administratifs, au logement du directeur, des médecins, des internes, de l'économe, du receveur, du secrétaire de la direction et de l'aumônier.

Les quartiers seront abondamment pourvus d'eau, écl...

attendre de sa taille peu élevée, et s'il entreprend à pied des courses plus ou moins longues, à un pas plus ou moins accéléré, etc., ce n'est pas que sa *vaste poitrine* le mette à l'aise au milieu de l'air délié des altitudes, mais c'est qu'il respire plus vite et plus énergiquement, de manière à compenser la raréfaction et la légèreté de l'atmosphère au milieu de laquelle il est habitué à vivre, et où il arrive à une *vieillesse avancée*.

En ce qui touche l'ampleur de la poitrine comparée à la taille, le fait serait plutôt vrai pour ce qui nous concerne ; et, comme au point de vue de la respiration et de la circulation nous nous rapprochons d'autant plus de l'Indien que nous sommes ici depuis plus longtemps, nul doute que sous ce rapport l'Européen ne puisse arriver à s'acclimater sur le sol élevé de l'Anahuac, ainsi que tout le prouve du reste. Maintenant, que, par suite de circonstances diverses que j'apprécierai, la race blanche éprouve à la longue des modifications sur les altitudes, je ne le conteste pas, mais nous verrons quelles sont ces modifications et à quoi elles sont dues. Aujourd'hui le temps me presse et je suis obligé de remettre aussi à un autre moment ce qui a trait aux tempéraments, aux constitutions, aux professions; en recherchant celles pour lesquelles l'indigène montre le plus de préférence et où il parvient à exceller, nous pourrons en déduire quelques données psychologiques.

Je termine en disant que l'état sanitaire se maintient excellent parmi nos soldats, ainsi que le témoigne le peu de malades qu'ils fournissent. Ils sont continuellement par voie et par chemin sans en paraître le moins du monde abattus, fatigués, et l'anémie chez eux est encore à l'état de problème, comme elle le sera toujours en dehors de celle qui est consécutive aux diarrhées, dysentéries, etc., etc.

Agréez, etc. LÉON COINDET.

Mexico, le 6 octobre 1863.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

DES LÉSIONS BRONCHIQUES ET PULMONAIRES, ET, PARTICULIÈREMENT, DE LA BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE ET DE LA BRONCHO-PNEUMONIE DANS LE CROUP, par le docteur MICHEL PETER, chef de clinique de la Faculté, à l'Hôtel-Dieu.

(Suite et fin.)

Qu'il me soit permis de rapporter ici une observation de croup avec broncho-pneumonie, intéressante d'abord parce que le malade n'a pas été trachéotomisé et qu'on ne peut évidemment pas attribuer à une opération qui n'a pas été faite le développement de l'inflammation pulmonaire, intéressante ensuite parce que ce petit malade a été infructueusement traité par la médication topique à l'aide du cathétérisme du larynx.

OBS. XIV. — *Croup grave, avec angine et coryza couenneux; cathétérisme du larynx; mort; diphthérite généralisée; broncho-pneumonie.* — Sombert (Henri), âgé de trois ans, entre le 24 avril 1858 dans la salle Saint-Jean, n° 44.

Cet enfant est malade depuis huit jours. Le début de l'affection a été signalé par un coryza avec diminution de l'appétit et de la gaieté; puis, il y a quatre jours, il est survenu de l'angine. Depuis deux jours la voix s'est altérée, et le *coryza est devenu séreux* et plus abondant.

Cet enfant a été traité par le calomel à dose purgative, et hier par l'application de quatre sangsues aux malléoles.

A son entrée, le malade présente l'état suivant : coryza séreux et abondant; le pourtour des narines est rouge blafard ; il y a quelques excoriations pustuleuses sur la lèvre supérieure; une *couenne grisâtre* recouvre les amygdales et la luette ; la voix est rauque, mais très-distincte; la toux est également rauque, aboyante; il n'y a pas de suffocation; cependant la respiration est laborieuse, et la dépression xiphoïdienne assez marquée à l'inspiration. Pouls à 120, assez résistant; peau chaude, moite; pâleur marquée; quelques ganglions sous-maxillaires strumeux.

On porte l'éponge imbibée de la solution de tannin sur l'arrière-gorge à huit heures du soir, et l'on répète cette opération à dix heures. Il en résulte un peu d'anxiété, de courte durée toutefois. La nuit se passe dans l'agitation, mais il n'y a pas de suffocation.

Le 25, la respiration est plus laborieuse ; décubitus dorsal, la tête portée dans une forte extension ; *respiration laryngée*, perceptible à distance; cependant la voix est encore sonore, quoique moins qu'hier soir ; la toux commence également à s'éteindre. Même état de l'arrière-gorge et du nez; celui-ci, pincé, saigne assez abondamment, et donne un sang très-clair. Même état général qu'hier.

Cathétérisme du larynx pratiqué par moi en présence de M. Roger.— Instillation dans le larynx, et à l'aide du tube introduit dans ce conduit, d'une douzaine de gouttes de la solution de tannin. L'opération dure environ une minute et demie. J'arrive très-facilement dans le larynx ; pas de signes de suffocation ni de malaise pendant l'opération ; toux légère à la suite ; trois ou quatre minutes après l'opération, et dans une quinte de toux, le malade rejette des lambeaux lamelliformes de mucus coagulé, qu'on prendrait volontiers pour des fausses membranes. Bon état relatif après l'opération. L'enfant, vu une heure plus tard, est tranquille ; la respiration n'est ni meilleure ni pire qu'auparavant, seulement l'enfant est grognon et semble me redouter. Revu à deux heures, le malade a peu de fièvre, la respiration est plus facile. Le coryza séreux existe toujours, mais moins abondant, et il n'y a pas continuation de l'épistaxis.

Deuxième cathétérisme. — Petite quinte de toux immédiatement après, sans rejet de fausses membranes. Les yeux de la sonde sont pleins de mucus coagulé, et ramènent en plus une fausse membrane de l'étendue d'une pièce de 20 centimes. Dans la soirée, le malade est assez bien, la dyspnée n'est pas augmentée ; cependant la voix s'éteint, la toux prend de plus en plus le caractère croupal. Nuit passable ; sommeil léger; pas d'agitation, sinon quand on veut faire boire l'enfant.

Le 26, pâleur et abattement, refus des aliments, sérosité à l'ouverture des narines; la narine gauche est excoriée. Respiration laborieuse à 20

---

au gaz, chauffés et ventilés avec soin, fermés par des sauts de loup.

Un mur de 4 mètres de hauteur, masqué par des arbres verts, servira de clôture extérieure à l'asile Clinique.

Le *Bureau d'admission, d'examen et de répartition* doit former un petit établissement entièrement séparé de l'asile. Il contiendra quarante aliénés des deux sexes, répartis dans deux divisions distinctes, en cinq classes ou quartiers : agités, paisibles et semi-paisibles, faibles et gâteux, cas douteux, malades atteints d'affections convulsives.

Les deux divisions seront reliées entre elles par un bâtiment commun, qui contiendra les cabinets de la surveillance, deux parloirs, un cabinet et un arrière-cabinet pour le médecin répartiteur, une salle d'attente, et deux petits appartements pour deux médecins chefs internes.

Ville-Évrard, où doit s'élever prochainement un des futurs asiles, est située à 15 kilomètres de Paris, près de Neuilly-sur-Marne, et à proximité des trois chemins de fer de Vincennes, de Strasbourg et de Mulhouse. C'est un magnifique domaine de 288 hectares environ, comprenant un château, avec un parc orné de pelouses, de quinconces et de boulingrins, une ferme, de vastes communs, de beaux jardins fruitiers et potagers, des sources abondantes, des pièces d'eau, des prés et des terres labourables.

Vaucluse, à 24 kilomètres de Paris et à quinze minutes de la station d'Épinay, sur le chemin d'Orléans, est une belle propriété de 110 hectares, traversée par la petite rivière d'Orge. Elle se compose d'un château et d'un parc dessiné en jardin anglais, d'un moulin, de champs, de vignes, de prairies et de bois. La vue s'étend sur un paysage pittoresque, une riche vallée et de riants coteaux.

Les établissements de la Ville-Évrard et de Vaucluse rece-

par minute, avec *tirage* énergique; voix tout à fait [illegible]e; cependant il n'y a pas de suffocation. Les ganglions sont peu eng[illegible] le pouls est à 100, résistant, la peau chaude. Une injection de tannin [illegible] les narines est suivie du rejet de mucus coagulé; les fosses nasales se recouvrent aussitôt de coagulations qui semblent pseudo-membraneuses.

En somme, les symptômes du croup se dessinent de plus en plus. Déjà hier M. Bouvier croyait à l'urgence probable de la trachéotomie dans la ournée.

Actuellement elle semble plus probable encore; mais on croit voir une contre-indication dans l'état du nez et dans celui de la santé générale. Le pouls et la respiration restent les mêmes à peu près; cependant la dépression xiphoïdienne est plus considérable. *Dysphagie* : le malade ne peut guère avaler qu'une cuillerée de liquide à la fois; pressé d'en avaler davantage, il avale de travers, tousse et suffoque. Il y a évidemment un peu de *paralysie du voile du palais*. Pâleur livide; les ganglions sous-maxillaires sont plus volumineux; le nez coule abondamment; luette et amygdales tapissées de couenne grise; haleine fétide.

Troisième cathétérisme. — Le malade y est très-rebelle; cependant l'opération dure à peine une minute; un peu de toux à la suite; pas de rejet de fausses membranes, mais seulement des mucosités coagulées par le tannin. Aussitôt après, l'enfant peut boire un quart de gobelet de bouillon. Trois lotions du nez sont faites dans le courant de la journée avec une seringue chargée de solution de tannin. Revu à deux heures, le malade n'a pas d'anxiété.

Quatrième cathétérisme. — L'enfant ne prend à la suite qu'une cuillerée de bouillon. Anxiété dans la soirée; la voix est éteinte depuis le matin, mais il n'y avait pas de dyspnée; celle-ci s'accroît rapidement. *Accès de suffocation* vers les deux heures du matin : alors dyspnée considérable, avec lenteur de la respiration; agitation. Cependant la face n'est pas violette, mais très-pâle au contraire; le pouls est à 120. L'état général, la marche de l'affection, le refus constant des aliments, l'affaiblissement me semblent contre-indiquer la trachéotomie. Et comme d'ailleurs le cathétérisme n'a jamais produit de soulagement, mais a toujours, au contraire, excité la colère de l'enfant, accru l'agitation et l'anxiété, au moins pour un moment, je ne crois pas devoir le pratiquer.

Le 27, à huit heures du matin, asphyxie, et cette fois avec cyanose. La trachéotomie, mise en question, est définitivement rejetée par M. Guersant, M. Gauthier et moi. Dilatation des pupilles; sueurs; refroidissement des extrémités. Mort à onze heures et demie.

Autopsie. — Fausses membranes dans l'arrière-gorge, le larynx et la trachée tout entière. Ces fausses membranes sont d'autant moins épaisses qu'on les examine sur un point situé plus bas dans les voies aériennes.

Narines entièrement tapissées de fausses membranes de 2 millimètres d'épaisseur.

Congestion pulmonaire considérable, avec *broncho-pneumonie* disséminée dans le tiers postérieur et inférieur des poumons. Le tissu pulmonaire s'écrase à la pression en des points; en d'autres il est flasque comme de la chair musculaire macérée. Dans tous ces points il est absolument privé d'air et ne crépite plus.

Symptomatologie. — Il est bien évident que les symptômes de la broncho-pneumonie, dans le croup, ne diffèrent pas de ce qu'ils sont en dehors de cette affection du larynx; ils consistent en des troubles fonctionnels et en des signes physiques. Et cependant rien n'est plus obscur que les symptômes de la broncho-pneumonie d'origine diphthéritique avant qu'on ait fait la trachéotomie. C'est que les troubles fonctionnels comme les signes physiques de la pneumonie sont alors complétement rejetés dans l'ombre ou profondément modifiés.

Ainsi les troubles fonctionnels sont la toux, la dyspnée et l'expectoration. Mais il y a, dans le cas de croup, une association de phénomènes morbides bien propre à égarer le diagnostic, car la *toux*, qui tient à la lésion du parenchyme pulmonaire, s'associe à la toux de la laryngite pseudo-membraneuse; la *dyspnée* pneumonique se confond avec la dyspnée croupale, bien autrement intense, et l'*expectoration*, quand elle a lieu, n'a rien qui la distingue.

Quant aux moyens physiques d'investigation, ils sont le plus souvent impuissants quand ils ne sont pas infidèles.

Ces moyens sont impuissants, car, d'une part, les bruits thoraciques de la respiration sont amoindris par ce fait qu'il pénètre peu d'air dans la poitrine, et comme les râles sous-crépitants et crépitants ne se produisent que par suite du conflit de l'air avec les liquides contenus dans les voies aériennes; que le souffle résulte seulement de la transmission par un tissu pulmonaire induré du bruit que produit l'air en traversant les bronches, il s'ensuit que les râles et le souffle sont nécessairement peu intenses, et ne sont peut-être pas produits dans la pneumonie croupale. Mais, en admettant même qu'ils le soient, ils ne se peuvent entendre, puisque le sifflement laryngé masque tout autre bruit par son intensité même.

Ces moyens sont infidèles, car on a vu, sans qu'on puisse expliquer le fait, une matité non douteuse révélée par la percussion, avant la trachéotomie, cesser d'être perçue à la suite de cette opération. (Millard, thèse citée, p. 44.)

Il est cependant un phénomène propre à éclairer l'observateur : je veux parler de la fréquence des mouvements respiratoires. Nous savons que, loin d'être accélérée dans le croup, la respiration y est laborieuse, et par conséquent ralentie. Obligé de lutter énergiquement contre l'obstacle au passage de l'air dans le larynx, le malade met en jeu toutes ses puissances inspiratrices; et plus l'obstacle est grand, plus les inspirations sont pénibles et prolongées. De sorte qu'on voit le nombre des respirations diminuer à mesure que la suffocation s'accroît. Le maximum du nombre des mouvements respiratoires ne dépasse guère 48 par minute dans le croup, et les respirations se maintiennent entre 32 et 48, ce dernier chiffre étant même exceptionnel. C'est là un fait que M. Millard a mis en lumière, et mon observation ultérieure n'a pu que confirmer l'assertion de ce judicieux médecin.

Eh bien! lorsque, dans le croup, on voit la respiration augmenter de fréquence, et les mouvements respiratoires s'accomplir 50 ou 60 fois par minute, on est autorisé à *soupçonner* l'existence d'une complication thoracique, soit une pneumonie, soit une bronchite capillaire ou pseudo-membraneuse.

Une fois la trachéotomie faite, les signes de la pneumonie

---

vront deux classes de malades, des indigents et des pensionnaires. Les indigents, au nombre de cinq cents, seront logés dans un asile construit d'après les principes et les plans de l'asile Clinique. Les pensionnaires, au nombre de cent, occuperont, soit les châteaux déjà existants, mais appropriés à leur nouvelle destination, soit des chalets élégants ou des pavillons confortables, en harmonie avec la position de fortune, la condition sociale, les goûts, les anciennes habitudes, les antécédents et le genre de vie accoutumé de leurs hôtes.

L'asile et le pensionnat seront tellement distincts et si bien séparés, que toute idée de communication ou de confusion soit impossible aux yeux du public.

Les autres asiles extérieurs seront construits à leur tour sur des terrains non désignés encore, au fur et à mesure des besoins, « et dans un ordre qui permettra de vérifier, pour ainsi dire, au courant de l'exécution, tous les progrès acquis et toutes les améliorations signalées par la pratique des détails. »

Mais la réorganisation du service des aliénés de la Seine ne doit pas se borner uniquement à la fondation de nombreux et vastes établissements spéciaux, destinés à recueillir « la plus poignante des misères, la plus cruelle, la plus profonde, la plus désespérante des infirmités. » Il est aussi question d'appliquer à certains aliénés le système du traitement à domicile, adopté avec tant d'avantages et accepté avec tant de faveur pour les autres infirmes ou malades.

Nous croyons, avec M. Ferdinand Barrot, que ce projet, dont l'idée a été émise au sein de la Commission, mérite d'être pris en considération très-sérieuse. Sans doute il n'y faut pas songer pour les fous dangereux, malfaisants, atteints de délire aigu, incommode ou bruyant; leur séquestration est commandée comme mesure d'ordre et de sécurité publique; leur isolement est nécessaire comme un des moyens de traitement les plus efficaces, comme une condition essentielle de guérison. Mais pourquoi ne traiterait-on pas à domicile ces aliénés chroniques ou jugés incurables, tranquilles, inoffensifs, « qui, s'ils

rentrent dans la loi commune, et leur constatation devient alors assez facile.

Pronostic. — La fréquence de la broncho-pneumonie dans les cas de croup terminés par la mort fait assez présumer la gravité de la phlegmasie pulmonaire; car, dans la plupart des cas, c'est à cette phlegmasie qu'on peut, la trachéotomie faite, attribuer la terminaison fatale.

Cependant il est un certain nombre de cas de broncho-pneumonie croupale où la guérison a été observée; tels sont surtout ceux où la lésion thoracique s'est développée lentement. Il importe, en effet, de distinguer ici la broncho-pneumonie qui se développe dans les trois ou quatre premiers jours de l'affection diphthéritique, et celle qui n'apparaît que beaucoup plus tard, comme du huitième au quinzième jour. Dans le premier cas, la rapidité du développement semble indiquer une intensité plus grande, et par suite une gravité plus considérable de l'affection pseudo-membraneuse. Alors aussi les chances de guérison par la trachéotomie sont beaucoup moindres, sans être cependant nulles. Si, au contraire, la pneumonie survient tardivement, les accidents s'échelonnent, pour ainsi dire, et l'organisme moins violemment assailli résiste mieux, car il perd moins dans le même espace de temps.

Ce que je dis là n'est que l'interprétation de faits très-nombreux. Les tableaux qui précèdent montrent assez combien la mort est fréquente alors que la pneumonie se développe dans les quatre premiers jours de la maladie diphthéritique.

Au contraire, le fait que je vais encore citer vient à l'appui de ce que je dis, à savoir : la curabilité plus certaine quand la broncho-pneumonie est plus lente à se développer.

Obs. XVII. — Moreau (Marie), âgée de onze ans, d'un tempérament nerveux, grande et robuste, alitée depuis quatre jours, entre à l'hôpital des Enfants, le 8 janvier, dans le service de M. Blache.

La voix est complétement éteinte; le pouls bat 140 fois par minute ; la peau est brûlante et sèche ; il y a de la toux dure, rauque, quoique encore un peu grasse.

A l'auscultation du larynx, respiration laryngée d'une rudesse extrême, serratique, d'un timbre plus sombre à l'expiration, plus aigu, plus éclatant, déchiré et métallique à l'inspiration, dans laquelle un petit bruit bullaire se fait entendre.

Aucun murmure vésiculaire en avant et en haut, où il semble que l'air n'entre point dans des poumons immobiles. En arrière, au contraire, on entend une respiration vésiculaire très-obscure, distincte pourtant, à laquelle se joint le sifflement laryngé, qui domine.

Respiration à 28, *intervertie*. Dépression épigastrique assez forte.

Pâleur de la face (habituellement peu colorée); lèvres roses encore; pas de cyanose des ongles ; agitation.

Pas d'engorgement ganglionnaire ; pas de coryza.

La marche de ce croup a été progressive, mais lente; il y a eu un léger accès de suffocation la nuit dernière, et une grande agitation.

Plaque couenneuse mince et blanche sur le pilier postérieur gauche ; pas d'engorgement ganglionnaire; pas de coryza.

A trois heu[illegible]ération de la face, qui est pâle ; la dyspnée augmente ; il y a eu un [illegible] de suffocation ; cependant on ne juge pas encore l'opération urgente; mais, moins d'une demi-heure plus tard, l'enfant tombe dans l'abattement, sa figure s'altère notablement.

[illegible] à 160 ; respiration à 30 ; grand silence après l'inspiration; dépression [illegible]x épigastrique à loger un œuf de pigeon ; toux creuse et sèche; face d'une pâleur livide. L'opération, reconnue urgente, est pratiquée aussit[illegible]t dure deux minutes environ. Amélioration remarquable. La face se colore un peu ; pas de tendance au sommeil.

Le 9, pouls à 140 ; respiration à 36 ; tranquille ; peau chaude et moite ; sueur peu abondante. La nuit passée, assez bon sommeil, sentiment de bien-être ; toux peu fréquente, hier soir sèche, ce matin grasse; expectoration mucoso-purulente ; à peine quelques gros râles muqueux dans la poitrine.

N'a pas rendu de nouvelles fausses membranes depuis hier.

Les urines contiennent moitié de leur volume d'albumine.

Le soir, pouls à 160.

A rendu des débris de fausses membranes au changement de la canule. La soirée se passe bien, sommeil léger, chaleur très-vive.

Le 10, langue un peu blanche; pas de mal de ventre.

Pouls à 140 ; respiration à 32 ; râles vibrants et muqueux.

Urines bourbeuses, fortement albumineuses, et contenant, en outre, beaucoup de matières colorantes du sang.

On retire la canule pendant une demi-heure. Toux assez fréquente ; expectoration muqueuse abondante. Pouls à 140 le soir.

Sommeil bon, mais troublé par la toux.

Le 11, pouls à 140; respiration à 30; paisible; pas de fièvre par la température de la peau ; aspect de bien-être.

Ce matin à six heures on a retiré la canule, dont la malade se plaignait d'être serrée. A neuf heures, l'enfant respire bien sans elle ; à dix heures, elle rend une fausse membrane épaisse de près d'un centimètre de long pendant le pansement. On remet la canule, dans la crainte d'une occlusion trop rapide de la plaie, qui est belle. Vibration indiquant qu'il en existe encore de flottantes dans la trachée.

Rien de particulier à l'auscultation. Pouls à 100.

Les urines ne sont plus albumineuses ; elles contiennent seulement des matières albuminoïdes teintes en rouge par l'acide et l'ébullition.

13. — On a retiré la canule la veille; il y a vingt-quatre heures que l'enfant est sans canule ; la plaie bourgeonne parfaitement.

Hier il y a eu encore de la fièvre dans la journée. Diète absolue.

Ce matin, très-bon état général ; pouls à 104.

Le 14, pouls à 100; excellent état; pas de fièvre.

Plaie en bon état.

Le 15, pouls à 112; respiration à 30. Quelques *râles muqueux* dans la poitrine, très-marqués à droite, surtout au tiers moyen, où il y a un peu de matité.

Pouls à 100 après la visite.

Toux fréquente et grasse ; expectoration muqueuse et abondante.

Le 16, la fièvre n'a pas eu de suite.

Le 17, pouls à 124 ; peau brûlante ; respiration à 32.

Râles sous-crépitants aux deux bases; ni souffle, ni matité. La matité à la partie droite de la poitrine a disparu; face congestionnée.

Le 18, on constate une *broncho-pneumonie* à droite, aux points que j'avais trouvés malades le 15 ; bulles dans les deux tiers supérieurs de la poitrine ; râles sonores dans les autres points. Pouls à 144. (Ventouses scarifiées pour 80 grammes de sang.)

---

sont incapables de subvenir spontanément à leurs besoins, peuvent, dans une certaine mesure, être employés à divers travaux utiles à la famille, ou dont le produit tendrait à ajouter à ses ressources. »

Enfin, comme il faut de vrais et habiles aliénistes pour diriger, traiter et soigner les aliénés, on a reconnu l'impérieuse nécessité « d'aider aux progrès de la science mentaliste en lui donnant un terrain plus régulier et plus solide ; de développer son enseignement par des leçons réellement pratiques en créant une clinique *dans des conditions normales;* de constituer par là une véritable école dont les maîtres illustres formeraient des élèves dignes de leur succéder. »

Comme on le voit tout d'abord, il y a, dans cet ensemble de mesures, dans ce programme, plus qu'une simple réorganisation ; il y a une réforme radicale, une révolution profonde, dont la portée sera considérable, si l'esprit de réaction ne vient point en fausser la marche ou en empêcher l'accomplissement, et si les réalités de l'application répondent rigoureusement aux promesses de la théorie.

Un mot donc sur la destination spéciale, l'économie, le régime, la discipline, la direction, et le gouvernement intérieur des futurs asiles.

A. Linas.

(*La suite prochainement.*)

— Par décret du 18 novembre, M. Taulera, médecin aide-major de 1re classe, et M. Arnaud, vétérinaire en 2e, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Le corps médical vient de faire une perte très-regrettable dans la personne de M. le docteur Patissier, membre de l'Académie de médecine, connu surtout par son ouvrage sur les eaux minérales.

Pâleur de la face.

Le 19, pouls à 136, résistant; peau brûlante et sèche; respiration à 32; bulles sous-crépitantes au tiers moyen de la poitrine et dans la région axillaire, avec sécheresse de la respiration, sans matité.

Grande pâleur.

Nourriture légère.

La plaie est cicatrisée à son fond, encore un peu béante et blafarde à sa partie supérieure. Cautérisée aujourd'hui.

Le 20, pouls à 120; toujours beaucoup de râles muqueux.

Fatiguée par la potion stibiée.

La peau est toujours brûlante. Pouls à 124, plein. Pâleur remarquable; décoloration de l'habitude du corps.

La malade a peu toussé depuis hier, a mangé des potages.

Elle parle à voix basse; la voix articulée est un peu enrouée.

Bulles humides très-fines, crépitantes et sous-crépitantes dans tout le poumon droit; bulles fines; comme des craquements secs et humides au sommet gauche; grosses bulles dans le reste du poumon avec sibilance.

Même état le 22.

Cependant peu à peu l'état de la poitrine s'améliore, la fièvre tombe, et l'enfant sort enfin guérie le 27 janvier.

Parlait bien depuis plusieurs jours.

Réflexions. — En vingt-trois jours la jeune malade fut donc guérie d'une diphthérite complète des voies aériennes. On peut donner cette observation comme un type parfait de diphthérite normale dans son évolution. Ainsi, au deuxième jour, diphthérite dans le pharynx, c'est-à-dire *angine couenneuse*, et au quatrième, diphthérite dans le larynx, c'est-à-dire *croup*. La trachéotomie est faite à ce moment, et l'expulsion de fausses membranes immédiatement après l'opération, aussi bien que le lendemain et le surlendemain, démontre l'existence évidente de la diphthérite au-dessous du larynx.

L'état général reste bon, et la maladie semble subir un temps d'arrêt; il y a bien un peu de bronchite, ainsi que l'indiquent quelques râles muqueux, mais cette bronchite reste limitée. Ce n'est que le dixième jour après l'opération, quatorzième de la maladie, que la bronchite devient capillaire; le lendemain il y a une broncho-pneumonie. Pendant cinq jours l'état de la poitrine fut alarmant. Cependant peu à peu l'état local et l'état général s'améliorèrent, et la malade finit par guérir de sa diphthérite des voies de l'air comme de la pneumonie qui en résulta.

On remarquera qu'il y eut de l'albuminurie dans ce cas, et que la quantité d'albumine rendue par les urines fut très-abondante pendant deux jours, ce qui n'empêcha cependant pas la guérison.

En résumé, on voit que, dans un grand nombre de cas, la phlegmasie pseudo-membraneuse se propage rapidement au parenchyme pulmonaire; que, dans quelques autres, elle y arrive plus tardivement. Eh bien! chez certains malades, cette phlegmasie s'arrête aux bronches, voire même aux plus gros rameaux de celles-ci, et semble y épuiser son action par une espèce d'arrêt de développement. Il y a ainsi une série morbide parfaitement naturelle depuis la bronchite jusqu'à la broncho-pneumonie. A cette série correspond une échelle de gravité directement proportionnelle à l'étendue des lésions et à la rapidité de leur développement: la bronchite des gros rameaux étant beaucoup moins grave que la broncho-pneumonie, et la broncho-pneumonie tardive moins grave que la forme rapide de cette même affection.

Traitement. — Je dirai peu de chose sur le traitement de la pneumonie croupale, sinon qu'elle doit satisfaire à deux indications de premier ordre; il importe: 1° de combattre la phlegmasie pulmonaire sans débiliter l'organisme; 2° de produire une révulsion périphérique sans ulcérer la peau.

On satisfera à la première indication en ne pratiquant pas d'émission sanguine, au moins générale, et en administrant préférablement le kermès à dose proportionnée à l'âge de l'enfant et à l'intensité du mouvement fébrile. Une longue expérience et une judicieuse interprétation des phénomènes ont conduit M. Blache à préférer le kermès minéral au tartre stibié, qui déprime trop les forces, et provoque une diarrhée parfois cholériforme. Il donne cette préparation antimoniale à la dose de 5 à 10 centigrammes dans une infusion de 60 grammes de polygala, avec addition de 4 à 6 gouttes de teinture de digitale ou d'alcoolature d'aconit.

On satisfait à la seconde indication en sinapisant la poitrine et les membres de deux à quatre fois dans les vingt-quatre heures, en appliquant même sur le thorax de huit à dix ventouses sèches, et en s'abstenant absolument de vésicatoires.

Conséquences pratiques. — Nous avons vu combien il était difficile de diagnostiquer la pneumonie dans le croup avant la trachéotomie; mais, en supposant la phlegmasie pulmonaire reconnue ou au moins soupçonnée, cette question se pose au médecin: *Faut-il oui ou non opérer?* Je crois devoir répondre par l'affirmative, au double point de vue du raisonnement et de l'observation.

Au point de vue du raisonnement, attendu que le malade affecté simultanément de croup et de pneumonie succombera presque infailliblement étranglé si la chirurgie n'intervient pas. L'opération, qui n'aggrave pas la lésion pulmonaire, en permettant au malade de continuer à vivre, permet au médecin de traiter la pneumonie.

L'affirmative peut également se soutenir au point de vue de l'observation. En effet, je tiens de M. Grisolle que le premier succès qu'il a obtenu, dans le cas de croup, l'a été chez un sujet atteint simultanément de pneumonie. C'était un enfant de quatre ans; la pneumonie avait été diagnostiquée; le chirurgien ne voulait pas opérer, en raison de la complication pulmonaire; M. Grisolle insista, et l'enfant fut sauvé. M. Paul Guersant, dont on ne saurait récuser la compétence, ne croit pas que la pneumonie contre-indique l'opération, tout en reconnaissant que les chances de succès sont beaucoup amoindries.

De tout ce qui précède il résulte que la broncho-pneumonie est la conséquence de la diphthérite et non de la trachéotomie. Il y a broncho-pneumonie dans ce cas, comme il y a bronchite capillaire ou pseudo-membraneuse. Et l'on n'a pas eu l'idée de rattacher ces dernières affections à la trachéotomie.

D'ailleurs tout prouve que la pneumonie tient à l'affection diphthéritique même: non-seulement l'analogie et l'induction, mais encore l'observation anatomique, qui montre le passage de la bronchite pseudo-membraneuse ou capillaire à la pneumonie; l'observation clinique, qui fait voir la rapidité d'apparition de cette pneumonie avant aussi bien qu'après l'opération.

La conséquence est qu'on doit exonérer celle-ci d'une complication dont elle n'est nullement responsable.

Ce n'est pas tout:

On ne doit pas craindre de pratiquer la trachéotomie quand il existe une bronchite étendue, même pseudo-membraneuse, car on peut guérir de ces deux affections thoraciques; ce mémoire le prouve assez. Et, seule, la trachéotomie en prolongeant l'existence permet la guérison.

On ne doit pas craindre que la trachéotomie développe, dans ce cas, la broncho-pneumonie, car celle-ci se développera bien seule et sans opération préalable; ce mémoire le prouve encore assez.

Enfin on ne doit pas craindre de pratiquer la trachéotomie, même alors qu'il existe une broncho-pneumonie, attendu que c'est encore la seule chance de sauver le malade, chance bien aléatoire, il est vrai.

3° *Apoplexie pulmonaire.*

La congestion bronchique, ordinairement phlegmasique, qui détermine la broncho-pneumonie, peut, sous l'influence probable d'une altération du sang, devenir hémorrhagique, et produire l'apoplexie pulmonaire. Cependant cette apoplexie est assez peu fréquente pour n'avoir jamais été signalée par les auteurs, sinon par M. le docteur Millard. Je ne l'ai rencontrée d'ailleurs que dans un petit nombre de cas.

Cinq fois sur six elle compliquait la pneumonie (1).

Elle s'est montrée deux fois sous la forme d'*ecchymoses sous-pleurales*, et quatre fois sous celle de *foyers hémorrhagiques*. Dans deux cas ces foyers étaient peu nombreux et de petit volume. L'hémorrhagie siégeait habituellement à la partie postérieure et inférieure des poumons, et paraissait être, le plus souvent, hypostatique.

4° *Gangrène pulmonaire.*

Elle est une complication très-rare de la diphthérite; nous ne l'avons pas observée, mais M. le docteur Garnier en a constaté un cas dans le service de M. le docteur Barthez; il a trouvé chez une petite fille de vingt-six mois, morte au quinzième jour de la maladie, « des noyaux gangréneux disséminés » dans le poumon droit, vers sa partie moyenne, et une teinte » gris verdâtre du poumon gauche, semblant indiquer un com- » mencement de mortification. » (Thèse inaugurale.)

5° *Pleurésie.*

La pleurésie est beaucoup plus rare que la broncho-pneumonie, et les mêmes raisons anatomiques qui expliquent la grande fréquence de celle-ci expliquent également le peu de fréquence de celle-là. La broncho-pneumonie, ou pneumonie lobulaire, est une phlegmasie par propagation de la membrane muqueuse bronchique au parenchyme pulmonaire; mais cette dernière espèce de phlegmasie s'étend rarement jusqu'à la plèvre, et, par suite, se complique très-peu souvent de pleurésie.

Nous n'avons trouvé que neuf fois la plèvre enflammée, c'est-à-dire dans le quinzième environ de nos cas de diphthérite.

Dans quatre cas, il s'agissait de pleurésie fibrineuse sans épanchement.

Deux fois il n'y avait à la surface de la plèvre enflammée qu'une fausse membrane fibrineuse, gélatiniforme et de peu d'étendue; une fois, et chez un enfant de deux ans et demi mort au quatrième jour seulement de la maladie, les poumons étaient déjà de chaque côté très-adhérents aux parois costales et diaphragmatiques.

Dans trois autres cas, il y avait un épanchement pleurétique très-peu abondant et de nature séro-fibrineuse.

Une fois seulement l'épanchement occupait le tiers inférieur de la cavité pleurale droite.

Enfin, dans deux cas, la sérosité épanchée était sanguinolente.

Dans les deux cas, l'épanchement très-peu considérable existait des deux côtés. Chez un enfant mort au quatrième jour, il y avait une tendance hémorrhagique remarquable, et coïncidence d'un épanchement de même nature dans le péricarde.

La pleurésie coexistait toujours avec une pneumonie intense et étendue.

L'observation XIV prouve bien qu'on peut guérir de cette lésion thoracique.

Conclusions générales. — Je crois avoir fait ressortir dans ce travail :

1° La fréquence de la bronchite dans la diphthérite des voies aériennes;

2° La fréquence au moins aussi grande de la bronchite pseudo-membraneuse;

3° La grande fréquence de la broncho-pneumonie;

4° La fréquence excessive d'une lésion toute mécanique, l'emphysème.

(1) C'est ce qui explique comment il se fait qu'il n'y en a qu'un cas indiqué dans le tableau général de la page 685.

D'un autre côté, je crois avoir également démontré que la diphthérite des voies aériennes est une maladie de toute l'étendue de ces voies;

Que l'affection envahit de proche en proche la membrane muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches;

Que la diphthérite commençant par une phlogose, il y a *successivement* laryngite, trachéite et bronchite;

Que la période d'exsudation arrivant, il y a *successivement* aussi dépôt de couenne sur le larynx, la trachée et les bronches;

Que la congestion étant le phénomène préalable et nécessaire de la phlogose spécifique, la congestion pulmonaire accompagne la bronchite capillaire, et, comme celle-ci, précède la pneumonie;

Que si, pour faciliter l'étude et la description, aussi bien que pour satisfaire aux besoins analytiques de notre époque, on a décrit à part chacun de ces états pathologiques, et fait du croup en particulier une entité spéciale, cependant il ne faut pas perdre de vue l'unité du plan morbide;

Qu'il n'y a pas dans toutes ces lésions pulmonaires complication, mais coexistence;

Que, lorsque la coexistence ne se manifeste pas, c'est qu'il y a un arrêt de développement;

(Lequel peut arriver spontanément par les seules forces de la nature, ou fatalement par la mort du malade, résultant de l'asphyxie croupale, de l'exagération de la débilité ou de l'intoxication.)

Que, lorsque la mort est évitée par la trachéotomie, elle peut survenir soit, par bronchite capillaire, soit par bronchite pseudo-membraneuse, soit par broncho-pneumonie ; — ou enfin par épuisement des forces;

Qu'ainsi s'explique la mort malgré la trachéotomie, et comment succombent encore près de trois trachéotomisés sur quatre ;

Que, dans ces états morbides successifs, il faut défendre pied à pied le terrain :

Trachéotomiser quand survient l'oblitération du larynx et l'asphyxie croupale;

Combattre la bronchite et la pneumonie par des moyens appropriés, et surtout soutenir les forces dans une maladie aussi asthénique.

En résumé, donc, on voit que dans la diphthérite des voies aériennes les causes de mort sont nombreuses, et tiennent : 1° à la *localisation* de la diphthérite; 2° à la *diphthérite* elle-même.

1° Dans le premier ordre de faits, la mort a lieu par asphyxie laryngée, — c'est là la cause la plus habituelle, — ou par bronchite capillaire, ou par bronchite pseudo-membraneuse, ou par broncho-pneumonie.

2° Dans le second ordre de faits, la mort survient par épuisement de l'organisme ou par paralysie diphthéritique.

De toutes ces causes de mort, celle par asphyxie domine de beaucoup toutes les autres, d'où cette indication suprême qu'il faut opérer pour mettre le malade à même de guérir en continuant de vivre. Il serait insensé, dans la crainte d'accidents ultérieurs, de ne pas satisfaire à une indication de cette importance.

Quand on voit, malgré ces causes multiples de mort, la proportion des guérisons par la trachéotomie s'élever à plus de 1 sur 4, alors qu'elle n'était pas de 1 sur 20 avant qu'on pratiquât cette opération, on ne saurait trop encourager celle-ci, ni louer ceux qui l'ont préconisée parmi nous.

III

REVUE CLINIQUE.

Pathologie interne.

OBSERVATION D'APHÉMIE. — AUTOPSIE; DÉSORDRES ÉTENDUS DE LA PARTIE MOYENNE DE L'HÉMISPHÈRE GAUCHE; par le docteur ACHILLE FOVILLE, médecin-directeur de l'asile des aliénés de Dôle (Jura).

OBS. — Pl..., femme Des..., aliénée au compte du département de la Seine, a été admise à la Salpêtrière le 4 août 1840, âgée de quarante-deux ans, et transférée à Maréville, le 20 septembre 1844.

A cette date, M. Baillarger la déclarait « hallucinée monomaniaque, parfois violente et dangereuse. »

Au mois de novembre 1850, M. Morel la disait affectée de « délire général avec désordre des idées et des actes, orgueil et idées de persécutions. »

En novembre 1859, M. Teilleux définit ainsi son état : « Manie » chronique; idées d'orgueil, de domination, de persécutions, hallucinée » incohérente, parle seule. »

Je prends le service au mois de mars 1860 et je constate alors que la femme Des... est une maniaque chronique, âgée de soixante-deux ans, tourmentée par des hallucinations continuelles, avec prédominance d'idées de persécutions.

Elle est bien portante physiquement, d'un embonpoint considérable; elle parle avec netteté et volubilité, tantôt seule, tantôt avec ses camarades qu'elle querelle volontiers.

Cet état ne présente pas de modification appréciable jusqu'au mois de septembre de la même année. Le 4 septembre 1860, à quatre heures du matin, sans maladie antérieure appréciable, la femme Des... veut se lever, mais elle perd connaissance, tombe dans la ruelle de son lit et reste plusieurs heures dans le coma.

Lorsqu'elle revient de cet état, on constate que le côté droit du corps est privé de mouvement et que la malade ne parle plus.

Depuis cette époque, la femme Des... ne quitte plus l'infirmerie où elle reste constamment couchée, et où je l'examine souvent avec attention, sans jamais trouver de modification notable dans son état.

Voici la transcription de notes prises à son lit, dans le courant de novembre 1860, deux mois après l'accident : Couchée depuis son attaque, impotente, gâteuse, amaigrissement considérable, stase sanguine, surtout à la face et dans les poumons. Râles muqueux, toux fréquente, expectoration difficile.

Hémiplégie droite, œdème considérable du bras droit disparaissant et revenant sans cause connue. Aucun mouvement volontaire dans le bras ni la jambe droite. Lorsqu'on pique la jambe droite, il se produit dans la jambe et le pied de petits mouvements locaux, sans aucune trace de sensibilité sur la face, sans aucun effort pour éviter la cause de la douleur. Ce sont donc des mouvements réflexes sans sensibilité perçue. A la face et au bras du côté droit, la piqûre ne détermine ni douleur perçue, ni mouvements réflexes.

Lorsqu'au contraire on pique la moitié gauche du corps, la face se grippe et exprime la douleur; le membre se retire, la main valide cherche à repousser la cause de la douleur. Ce que cette femme présente de plus remarquable, c'est l'abolition complète de la parole avec conservation de l'ouïe et d'une certaine intelligence.

Elle reste constamment couchée; l'expression ordinaire de la physionomie est celle de la souffrance; les mouvements du visage sont partout lents et peu accusés, sans grande différence entre les deux côtés.

Lorsqu'il se produit un bruit quelconque, les yeux se portent de ce côté; chaque matin, lorsque la visite arrive à l'infirmerie, ses regards se dirigent vers les miens et paraissent solliciter quelque marque d'intérêt.

Si on l'interroge, sa physionomie s'anime, elle se prépare à répondre, ses bras se remuent, sa langue s'agite, mais la voix ne sort pas; c'est à peine si l'on entend un léger grognement inarticulé; au bout d'un instant la malade, consciente de son incapacité, *entendant son silence*, si l'on peut s'exprimer ainsi, cherche à répondre par des signes de la main valide, en même temps qu'elle redouble d'efforts impuissants pour articuler un son; mais n'obtenant aucun résultat, la face se grippe avec l'expression d'une douleur navrante, son bras gauche retombe, son regard s'abaisse et de grosses larmes roulent sur ses joues.

La déglutition des aliments solides est presque impossible, les liquides passent bien.

Les mêmes phénomènes furent constatés un grand nombre de fois sans aucun changement. En décembre, la malade s'affaiblit notablement et l'état général empire, la respiration est de plus en plus engouée, la déglutition de plus en plus difficile.

Le 25 décembre elle est prise de convulsions épileptiformes, limitées à la face, qui se renouvellent les jours suivants. Le 4 janvier, mort; elle n'avait pas prononcé une parole depuis le 4 septembre, jour de l'accident.

Autopsie. — Thorax. — Le poumon droit est adhérent à la plèvre pariétale dans toute son étendue; le poumon gauche est le siége d'une hépatisation rouge dans tout le lobe inférieur et la moitié postérieure du lobe supérieur.

Toute la muqueuse du larynx est pâle; les nerfs pneumogastriques des deux côtés sont sains.

Rien de particulier dans les organes abdominaux.

Encéphale. — Le crâne ne présente rien de particulier.

Il y a un peu de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde; l'hémisphère droit ne présente aucune altération notable, non plus que le cervelet, les pédoncules, la protubérance et le bulbe.

L'hémisphère gauche, au contraire, est le siége de graves altérations. Il pèse 100 grammes de moins que l'hémisphère droit. Il présente, vers la région moyenne de sa convexité, une dépression profonde et ovale de 8 centimètres de longueur sur 3 1/2 de largeur. Cette dépression a pour limite inférieure le bord supérieur ou horizontal de la scissure de Sylvius, pour limite supérieure une ligne courbe parallèle au bord supérieur de l'hémisphère et distante de 3 centimètres environ de ce bord; la limite antérieure très-nette correspond à la prolongation du bord antérieur ou ascendant de la scissure de Sylvius; la limite postérieure mal définie se perd dans la partie postérieure de l'hémisphère.

La surface de cette dépression est, dans toute son étendue, d'un jaune mat et opaque, elle est flasque, conservant sous le moindre effort l'impression du doigt; les circonvolutions ne font plus de relief au-dessous des méninges, et leur ancienne place n'est indiquée que par la persistance des vaisseaux qui rampaient dans leurs interstices. Tout semble indiquer une grande cavité sous-jacente.

Si avant de chercher à dépouiller l'hémisphère de ses méninges on écarte avec précaution les bords de la scissure de Sylvius, de manière à la déployer entièrement et à examiner ses faces dans toute leur profondeur, ainsi que les circonvolutions de l'insula, on constate que la lèvre antérieure et la face correspondante sont saines; il en est de même de la lèvre inférieure de la face descendante; la lèvre horizontale est, au contraire, impliquée dans la lésion, mais pas dans toutes ses parties.

La circonvolution qui limite cette lèvre (partie horizontale de la circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius) paraît saine sur son bord inférieur, mais son bord supérieur a disparu dans la lésion précédemment décrite; sa surface libre, faisant partie de la convexité de l'hémisphère, est nettement séparée, suivant sa longueur, en deux régions : l'une, inférieure, ayant l'apparence saine; l'autre, supérieure, participant à la dépression dont elle forme la portion la plus déclive. En un mot, cette circonvolution paraît extérieurement coupée à l'emporte-pièce, suivant sa longueur, cette section établissant la ligne de démarcation entre les tissus sains et ceux qui sont altérés. Examinée sur sa face interne, celle qui est située dans la profondeur de la scissure et recouvre en partie l'insula, cette même circonvolution n'est ni saine, comme à son bord libre, ni détruite, comme à son bord supérieur, mais jaunâtre, flétrie et en partie atrophiée.

Les circonvolutions de l'insula sont saines antérieurement, mais postérieurement elles sont jaunes et atrophiées.

Si l'on procède ensuite à l'enlèvement des méninges, on constate que dans toutes les portions extérieures à la dépression de la partie moyenne de l'hémisphère, les membranes se détachent facilement et se séparent de la substance cérébrale, sans aucune altération de tissu, ni d'un côté ni de l'autre.

Au contraire, au niveau de la dépression, il ne se fait pas de séparation entre les membranes et l'hémisphère cérébral; on ne trouve pas non plus de cavité proprement dite, mais on pénètre dans un vaste foyer de matière cérébrale ramollie qui reste en partie adhérente aux méninges, s'écoule en partie sous forme de grumeaux jaunâtres nageant dans un liquide louche et épais de même couleur.

Un filet d'eau très-mince détache une grande quantité de substance analogue, et montre qu'à l'intérieur de ce vaste foyer persistent quelques tractus fibreux entrecroisés qui le divisent en vastes aréoles.

Cette altération, type de ramollissement pulpeux, s'étend profondément et s'arrête à environ un centimètre de la paroi supérieure du ventricule moyen. La surface interne de la cavité ventriculaire elle-même est saine et ferme dans toute son étendue.

Toutes les artères cérébrales et en particulier celles qui pénètrent dans la scissure de Sylvius, du côté gauche, sont très-fortement athéromateuses.

RÉFLEXIONS. — Parmi les remarques très-nombreuses auxquelles cette observation pourrait donner lieu, je me contenterai d'en présenter brièvement quelques-unes :

1° Il ne saurait être douteux que la femme Des.... nous a présenté un cas très-net de l'altération fonctionnelle à laquelle M. Broca a donné, dans ces derniers temps, le nom d'*aphémie*. En effet, suppression brusque de la parole avec persistance de l'ouïe, efforts évidents pour répondre aux questions qui lui étaient adressées, mouvements des lèvres et de la langue, signes souvent intelligibles de la main valide pour suppléer à son silence, désespoir de ne pouvoir s'exprimer; tout montre assez que ce qui empêchait cette femme de parler, n'était ni le défaut de perception, ni l'absence d'idées, ni la paralysie des instruments mécaniques de la phonation, mais bien la lésion de la faculté qu'a l'homme d'articuler son langage.

2° La lésion cérébrale constatée à l'autopsie est celle que l'on désigne sous le nom de *ramollissement blanc pulpeux*. Nous n'avons trouvé aucune trace d'hémorrhagie cérébrale. En cherchant à nous rendre compte de l'enchaînement des phénomènes morbides, il nous a paru hors de doute que la brusque perte de connaissance avait dû tenir à une brusque occlusion d'un rameau artériel, quel que fût le mécanisme de cette occlusion; que la persistance de l'hémiplégie avait été le résultat de la cessation de l'abord du sang artériel dans une portion étendue de l'hémisphère cérébral gauche; que le ramollissement blanc pulpeux constaté à l'autopsie était le résultat de la désorganisation progressive de la matière cérébrale après l'occlusion artérielle, par conséquent une véritable gangrène de la matière cérébrale se produisant avec certains caractères spéciaux, dus sans doute à l'absence du contact de l'air, ainsi que l'ont pensé entre autres auteurs Abercrombie et M. Rostan.

3° Enfin, dans cette observation, ainsi que dans plusieurs autres publiées depuis quelques années, l'existence de l'aphémie a coïncidé avec une altération étendue de la partie moyenne de la convexité de l'hémisphère gauche. De plus, la partie de la branche horizontale de la circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius, située au-devant de la scissure de Rolando, autrement dit la troisième circonvolution frontale, était en partie comprise dans le siége de la lésion, et c'est précisément dans cette circonvolution qu'il a paru vraisemblable que la faculté du langage articulé pouvait être localisée. On pourra donc trouver dans cette observation un nouvel argument en faveur de cette localisation.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Nous donnerons le compte rendu de cette séance dans le prochain numéro.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté, après une rectification réclamée par M. *Depaul*.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet une notice sur la rage, par M. le docteur *Ménécier* (de Marseille). (*Commission de la rage.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Un mémoire de M. *Legoyt* sur la prétendue dégénérescence de la population française comparée aux autres populations européennes. — *b.* Une note de M. le docteur *Neucourt* (de Verdun) sur la prétendue rupture incomplète du tendon d'Achille décrite par Jean-Louis Petit, et sur une lésion non décrite de ce tendon. (*Comm.:* MM. Jobert, Larrey, Bouvier.) — *c.* Une lettre de M. le docteur *Buisson* sur la folie. (*Comm.:* M. Baillarger.) — *d.* Des lettres de MM. les docteurs *Dutroulau*, *Bouchut* et *Delpech*, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

M. *Beau* offre en hommage une brochure sur les eaux de Bourbonne, par M. le docteur *Bougard*.

M. *Larrey* dépose sur le bureau : 1° une lettre de M. le docteur *Chabassu*, chirurgien principal de la marine à Brest, sur l'immunité des nègres pour la fièvre jaune; 2° un opuscule de M. le docteur *Joseph Michon* sur la grande peste de 1348; 3° une brochure anglaise sur une tumeur kéloïde observée à la suite de la flagellation.

M. *le Président* fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. *Patissier*, membre titulaire.

Sur l'invitation de M. le président, M. *Vernois* donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Villermé. Ces paroles sont reçues par des marques unanimes de sympathique approbation.

Ensuite, M. *Gibert* est invité à lire la courte allocution qu'il a prononcée aux obsèques de M. Patissier. (*Marques d'approbation.*)

Lecture.

OBSTÉTRIQUE. — M. *Devilliers* lit un rapport sur une observation d'utérotomie après la mort, par M. le docteur *Perrotte* (d'Avranches). Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, qui avait eu déjà six grossesses à terme, toutes suivies d'accouchements laborieux résultant du volume énorme du fœtus. Cette personne présentait une hypertrophie du cœur et des gros vaisseaux du cou, dont les premiers signes paraissaient remonter à neuf mois environ avant l'époque de sa septième et dernière grossesse. Le 20 décembre 1862, elle meurt subitement, au milieu de ses occupations habituelles.

M. le docteur Perrotte, aidé de son confrère M. Gilbert, pratique l'opération césarienne quarante ou quarante-cinq minutes après la mort, et extrait de l'utérus un enfant à terme et vivant, qu'on eut le temps de baptiser, mais qui succomba au bout de trente minutes.

M. le rapporteur, tout en approuvant le mode d'intervention adopté par M. Perrotte, pense que, dans l'espèce, on aurait pu avec avantage tenter l'extraction du fœtus par les voies naturelles. « Le bassin de la femme était bien conformé, les voies étaient préparées par des accouchements antérieurs, la grossesse approchait de son terme, et le col de l'utérus se trouvait dans des conditions convenables pour subir une dilatation forcée et rapide; enfin l'enfant était d'un volume ordinaire et aurait pu sans doute être amené facilement au dehors... En cas d'ignorance des antécédents et des causes de la mort de la femme, en cas de doute sur la réalité de cette mort et sur l'existence de l'enfant, c'est assurément la conduite la plus prudente à tenir. L'extraction par les voies naturelles, qu'on ne saurait trop recommander dans ces circonstances, peut, comme l'ont démontré de nombreuses observations, être mise en usage, soit au début du travail, soit avant toute modification du col de l'utérus, même chez une primipare et pendant l'agonie de la femme, comme après la mort, à dater du moins du septième mois de la grossesse. »

M. Devilliers propose, en terminant, d'adresser des remercîments à M. Perrotte, et de déposer son travail dans les archives de l'Académie. (*Adopté.*)

Discussion sur l'origine de la vaccine.

M. *Depaul* ne doute pas que les preuves qu'il a fournies dans la dernière séance ne démontrent péremptoirement l'identité entre la variole de l'homme et certaines affections du cheval, dites *vaccinogènes*, et encore mal déterminées en médecine vétérinaire; telles sont notamment les maladies éruptives observées d'abord à Toulouse et à Rieumes, puis à Alfort. L'orateur nie formellement qu'il y ait aucune analogie entre ces dernières affections et l'herpès phlycténoïde décrit par M. Bouley en 1843.

Souvent l'éruption est cachée par les poils des animaux; c'est, sans doute, pour ce motif qu'elle passe généralement ina-

perçue aux yeux des vétérinaires non prévenus. Mais on peut aisément éclairer le diagnostic par *l'épreuve du rasoir*, c'est-à-dire en rasant certaines régions du corps où se montrent le plus ordinairement les pustules. Une autre cause d'erreur peut venir de la coïncidence de l'éruption spéciale avec une autre lésion, telle que le javart, les eaux aux jambes. Dans ce cas, on est frappé par la maladie la plus apparente, mais on n'aperçoit pas l'éruption pustuleuse concomitante; et, si l'on pratique une inoculation dans ces circonstances, on se figure qu'on a inoculé la matière seule du javart et des eaux aux jambes; et si l'inoculation est efficace, on conclut que la vaccine dérive du javart ou des eaux aux jambes. Mais c'est une erreur; la vaccine provient de l'éruption pustuleuse méconnue.

D'ailleurs, les idées que soutient M. Depaul ne sont pas neuves. Déjà, en 1846, un médecin italien, Louis Parola, a émis une opinion analogue. Cet auteur fait même remonter l'origine de cette doctrine à Jenner lui-même, qui aurait inoculé avec succès son propre fils avec le produit d'une maladie pustuleuse du porc. Parola pense encore que la clavelée du mouton est une affection de nature variolique, pouvant produire la vaccine par inoculation.

Des faits nombreux, rapportés par des expérimentateurs distingués, médecins ou vétérinaires, dont M. Depaul cite les noms, prouvent aussi, d'une manière très-péremptoire, que des inoculations pratiquées avec le pus de certaines éruptions du cheval, du mouton et du porc, ont donné lieu au cowpox chez la vache, et à la vaccine chez l'homme. Les expériences d'autrui, aussi bien que ses propres observations, autorisent donc très-formellement M. Depaul à considérer ces diverses maladies comme étant de même nature, et causées par un virus unique; et la vaccine comme le produit de ce virus.

A quatre heures un quart, l'Académie se réunit en *comité secret*, et M. *Depaul* remet la suite de son discours à la prochaine séance.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

LIGATURE PRÉALABLE DES GROSSES ARTÈRES.

M. *Broca* a fait remarquer, en faveur de la ligature préalable, qu'elle ne constitue pas, à vrai dire, une opération de plus, puisqu'une seule plaie suffit pour lier l'artère et pour enlever la tumeur. Pour les tumeurs de la région parotidienne, c'est la carotide externe qu'il faudra lier toutes les fois qu'on le pourra. La ligature de la carotide primitive entraîne souvent des accidents immédiats ou consécutifs fort graves, tandis que celle de la carotide externe est relativement peu dangereuse et n'expose pas plus qu'une autre à l'hémorrhagie consécutive.

M. *Chassaignac* ne croit pas qu'on puisse tracer aucune règle précise à l'égard des ligatures préventives. La situation, les rapports, la nature de la tumeur dicteront la conduite du chirurgien. Dans tous les cas, il vaudrait mieux se contenter de passer sous l'artère un fil qu'on ne serrerait qu'au besoin.

M. *Richard* a lié une fois la carotide externe, et le malade a guéri sans accident. Il a lié une fois aussi la carotide primitive, sur laquelle il avait placé une ligature d'attente avant d'enlever une tumeur fongueuse parotidienne. Le malade mourut d'infection purulente, mais aucun accident ne put être mis sur le compte de la ligature.

M. *Richet* ne croit pas que la ligature préalable doive être adoptée en principe. Il rappelle que déjà, en 1828, Larrey se montra opposé aux conclusions d'un travail de Fouilloy qui préconisait cette opération préliminaire; Lisfranc voulait qu'on la réservât pour l'ablation des tumeurs osseuses.

La ligature de la carotide externe n'apporte souvent qu'un obstacle illusoire à l'hémorrhagie parce que le fil, au lieu d'être placé à l'origine du vaisseau, étreint celui-ci au delà de la naissance de la linguale et de la thyroïdienne supérieure.

La ligature de la carotide primitive est dangereuse; elle n'est ni rapide ni facile. Roux et Robert ont lié avec elle le pneumogastrique, d'autres le grand sympathique ou la branche descendante de l'hypoglosse. On a blessé la veine jugulaire. Langenbeck a vu périr un de ses opérés au bout de trois heures par le fait des accidents cérébraux. M. Richet a observé une hémiplégie qui a duré vingt-cinq jours chez un malade qui, aussitôt après l'opération, avait eu un commencement d'asphyxie. Abernethy, Dupuytren, Lisfranc ont observé des hémorrhagies consécutives.

La ligature de la carotide primitive est, selon M. Richet, le plus souvent utile. Ce chirurgien a pu enlever un énorme enchondrome de la région parotidienne et mettre à nu les deux carotides et la paroi du pharynx sans être obligé de faire aucune ligature préventive. M. Denonvilliers a fait beaucoup d'opérations de cette espèce sans ligature préalable. Ces ligatures seraient peut-être plus applicables dans les cas de tumeurs cancéreuses qui enveloppent et absorbent les vaisseaux, mais M. Richet aime mieux ne pas toucher à ces tumeurs.

M. *Guersant* appuie complétement les opinions émises par M. Richet.

M. *Verneuil* regarde les renseignements donnés par M. Broca sur la ligature de la carotide externe comme précieux et de nature à faire adopter plus souvent la ligature préliminaire. Il convient toutefois que dans plus d'un cas l'état des parties forcera de recourir à la ligature de la carotide primitive.

Il répugne à M. Verneuil de faire abdiquer la science et d'abandonner, comme le veut M. Chassaignac, l'indication de la ligature préventive au tact, à l'inspiration pure des praticiens. Il ne lui paraît pas impossible que la Société de chirurgie pose des règles. Il est difficile, il est vrai, de recommander formellement la ligature préalable, puisque des chirurgiens habiles ont pu triompher sans elle des obstacles les plus redoutables; mais il est au moins nécessaire de faire connaître la série des avantages et des inconvénients qu'elle présente.

La ligature d'attente, recommandée par M. Chassaignac, paraît innocente, et pourtant compte autant de revers que la ligature définitive. La dénudation de la carotide est en elle-même une opération grave, et ne présente, par rapport à la plaie d'extirpation, aucun des avantages de la ligature complète.

Si M. Richet opérait les cancers parotidiens, il admettrait pour quelques-uns l'opportunité de la ligature préliminaire. La question de l'opération des cancers étant écartée, cette opinion le rapproche de M. Verneuil. D'un autre côté, M. Verneuil ne pense pas plus que M. Richet que la ligature préalable doive être érigée en principe pour les cas ordinaires. Mais, même pour les tumeurs très-volumineuses, M. Richet ne veut pas de la ligature; il ne l'a pas faite dans des cas où il a eu à dénuder les deux carotides et le pharynx, et a suivi en cela l'exemple de M. Denonvilliers. Cependant M. Denonvilliers, ainsi que l'a dit M. Verneuil, a conseillé cette ligature à M. Richard dans le cas que ce chirurgien a rapporté et qui peut être compté parmi ceux où la ligature a rendu service sans causer de dommages. Du reste, M. Denonvilliers, enlevant un jour un adénome volumineux de la région parotidienne qui avait pu être détaché avec le doigt dans presque toute son étendue, blessa à la fin de l'opération l'artère carotide externe, et c'est M. Verneuil, alors son interne, qui comprima la carotide primitive à travers les téguments du cou jusqu'à ce que le vaisseau divisé eût été lié.

Lisfranc, cité par M. Richet, rejetait la ligature préventive

pour les opérations faites sur les parties molles et ne l'admettait que pour les opérations pratiquées sur les os. S'il faisait allusion, a dit M. Verneuil, aux résections des maxillaires, on serait presque en droit de renverser sa proposition, car l'ablation des mâchoires est, de nos jours, le cas qui nécessite le moins peut-être la ligature en question.

M. Richet, effrayé des accidents immédiats et consécutifs de la ligature de la carotide primitive, en trace un tableau peut-être un peu trop sombre, car il met sur le compte de l'opération les fautes qui ont été commises par les opérateurs.

On accuse la ligature de causer des morts rapides, des accidents cérébraux, des hémorrhagies consécutives; mais, à la suite des extirpations de tumeurs sans ligature préalable, ne voit-on pas, dit M. Verneuil, des phénomènes d'épuisement ou d'intoxication par le sang perdu ou avalé? des hémorrhagies consécutives? Ne serait-on pas en droit d'invoquer ces ablations incomplètes, précipitées, qu'il faut terminer à tout prix pour sauver le malade d'une mort immédiate? Enfin ne faut-il tenir aucun compte de l'influence si favorable exercée sur les plaies par l'obstacle à l'abord du sang apporté par la ligature?

De ce que les artères thyroïdienne supérieure et linguale resteront, dans la plupart des cas, au-dessous du lien, M. Richet croit que la ligature de la carotide externe sera inutile. Il oublie que la ligature n'est guère indiquée que dans les cas où l'on redoute l'ouverture des branches collatérales supérieures.

Pour décider de l'opportunité des ligatures préliminaires, M. Verneuil voudrait qu'on rassemblât exclusivement les cas où elles ont été pratiquées, qu'on les soumît à un examen sérieux, afin de les juger dans l'espèce plutôt que de leur opposer en masse et à priori tous les accidents constatés à la suite des ligatures en général et sans distinction des circonstances qui les ont nécessitées.

D[r] P. Chatillon.

V

REVUE DES JOURNAUX.

De la paraplégie produite par l'épuisement de la moelle épinière, par le docteur Russell, médecin de l'hôpital général de Birmingham.

Le trait le plus frappant dans le tableau symptomatique de la syncope, c'est la cessation complète des fonctions cérébrales. De même que l'asphyxie, la syncope, lorsqu'elle n'est pas mortelle, ne compromet pas gravement les fonctions du bulbe rachidien ni celles de la moelle épinière. Telle est la règle; mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans des conditions données, on peut observer des paraplégies qui rappellent à tout égard l'état du cerveau dans la syncope, et cela sans que l'encéphale ait subi la moindre atteinte. Cela se voit surtout chez des sujets dont la moelle épinière est épuisée par un fonctionnement excessif, tel que l'abus des jouissances vénériennes. M. Russell rapporte plusieurs observations destinées à montrer les divers troubles fonctionnels spinaux qui se produisent dans ces conditions. La suivante est assez remarquable pour que nous la reproduisions à peu près textuellement.

Obs. — *Paraplégie subite et passagère provoquée par un effort intellectuel ou physique, et se dissipant instantanément dans l'attitude horizontale, chez un homme sujet à des pertes séminales et récemment marié.* — Robert B..., âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament tranquille, un peu phlegmatique, d'une bonne santé générale, régulier dans ses habitudes, n'ayant subi aucune fatigue excessive, ni intellectuelle ni physique, marié depuis six mois.

Pendant un voyage qu'il fit huit ou dix jours avant l'époque où il consulta M. Russell, il eut une ou deux attaques de faiblesse syncopale, avec trouble momentané de la vue. Ces accidents n'eurent qu'une durée tout à fait éphémère. Après son retour, il présenta pendant trois jours les symptômes d'un catarrhe ordinaire; il se fatiguait facilement, et ses amis le trouvaient vieilli.

Le quatrième jour, il sortit pour vaquer à ses affaires; il sentit bientôt les jambes lui manquer; il fut obligé de prendre une voiture pour rentrer.

Le lendemain, ayant voulu faire une course, il ne tarda pas à éprouver la même impossibilité de marcher; il sentit le cœur lui manquer et dut rentrer chez lui « comme il put. » M. Russell le vit peu de temps après, n'ayant nullement été prévenu de ce qui s'était passé. Il fut fort surpris quand il le vit entrer, appuyé sur le bras de son frère, se soutenant avec beaucoup de difficulté et pouvant à peine détacher les pieds du sol en marchant. Les extrémités supérieures n'étaient nullement affectées. Le malade ne présentait, d'ailleurs, aucun des symptômes de la syncope classique. La face, un peu pâle, n'était nullement altérée d'ailleurs. Les mains étaient froides, le pouls régulier, assez plein, et les bruits du cœur s'entendaient clairement et distinctement. La respiration s'exécutait normalement; pas de vertiges, intelligence parfaitement nette; pupilles naturelles, vision irréprochable. La sensibilité des extrémités inférieures n'était nullement troublée, et, lorsque le patient eut été mis dans la position horizontale, il récupéra rapidement l'énergie de leurs mouvements.

Dans les trois jours qui suivirent, il eut deux attaques semblables, et à plusieurs reprises il en ressentit l'imminence. Chacune de ses attaques avait été occasionnée par un effort nerveux, musculaire ou mental: les trois premières, comme on l'a vu, s'étaient produites pendant ou après une course; il faut toutefois ajouter qu'avant chacune de ces courses le malade s'était livré à un travail intellectuel plus ou moins fatigant. La cause déterminante des deux autres fut beaucoup plus légère: la première fois, le malade venait de dicter une lettre; la seconde survint au moment où il avait reçu une dépêche. Le plus grand calme était nécessaire au malade, et il était incapable du moindre effort intellectuel. Tant qu'il conservait l'attitude horizontale, son énergie musculaire ne paraissait en rien diminuée; mais dès qu'il essayait de se tenir debout, la force venait bientôt à lui manquer dans les extrémités inférieures. Les symptômes de l'attaque ne furent d'ailleurs jamais plus graves que ceux qui viennent d'être décrits, et les muscles de la partie supérieure du corps ne parurent jamais affectés. La miction et la défécation se firent toujours normalement. Il y avait un peu de constipation, qui céda d'ailleurs aisément à quelques lavements. Dans l'intervalle des attaques, et pourvu que le malade restât couché, on ne retrouvait pas le plus léger indice de paralysie; mais il pouvait tout au plus faire quelques pas dans son appartement, et il lui était absolument impossible de se tenir debout.

La température de la peau, la circulation, la respiration étaient normales, les facultés intellectuelles parfaitement lucides; le sommeil n'était nullement troublé. L'appétit n'avait pas souffert. L'urine, riche en urates, était très-pâle tout d'abord et revêtit une nuance plus foncée à mesure que l'amélioration fit des progrès. Elle ne contenait ni albumine ni dépôts phosphatiques, et l'analyse microscopique n'y révélait la présence d'aucune substance anormale. L'examen plusieurs fois répété de la colonne vertébrale donna toujours un résultat négatif, et il en fut de même pour tous les autres organes.

Le traitement employé consista dans la position horizontale non interrompue, le repos de l'esprit, la continence, une diète généreuse et des toniques, enfin un exercice méthodique, mesuré aux progrès de l'amélioration. Le malade put faire sa toilette en se tenant debout, environ quinze jours après la première attaque; quelques jours plus tard, il put descendre son escalier, mais la guérison ne fut complète qu'au bout de plusieurs semaines. Depuis, dix-huit mois se sont passés, et il n'y a pas eu de récidive.

Pour ce qui est de la cause de cette maladie, ajoute M. Russell, il faut remarquer que le patient était marié depuis peu; il avouait qu'il avait eu des pertes séminales avant son mariage, et que depuis ce temps elles n'avaient pas complétement cessé. Ce sont là les seuls renseignements que j'aie pu obtenir; mais il est évident pour moi, d'après l'attitude que le malade opposa à mes questions, qu'il aurait pu en donner d'autres s'il l'avait voulu, et que de fait il s'était livré à la masturbation. Il convenait, d'ailleurs, que le coït le laissait plus d'une fois dans un état de langueur singulière, et qu'il s'y était livré plus fréquemment qu'on n'eût pu le lui conseiller. (*Medical Times and Gazette*, 31 octobre 1863.)

Guérison du pied bot sans opération chez les tout jeunes enfants, par le docteur Beuclar.

Nous avons déjà parlé de quelques travaux publiés en Angleterre, tendant à montrer qu'on peut guérir le pied bot chez les tout jeunes enfants par de simples moyens ou de simples manœuvres mécaniques. Nous ne dirons pas pour cela, avec l'auteur du présent travail: « Point de ténotomie chez les tout jeunes enfants. » Il y a des pieds bots par rétractions musculaires qui ne sont justiciables que du bistouri; mais des observations comme celle que rapporte

M. Beuclar n'en méritent pas moins de fixer sérieusement l'attention.

OBS. — Le nommé Chaumeron, manouvrier à la Chapelle-sur-Aveyron (Loiret), amena à ma consultation un enfant âgé d'environ un an, qui avait les pieds tellement déviés en dedans que la face plantaire, qui était tournée en haut, semblait vouloir s'appliquer sur les tibias. Cet enfant avait de petits sabots avec des brides un peu fermes, clouées pour former bottines jusqu'aux malléoles et lacées sur le devant. Je pris un sabot de chaque main, et ramenai avec facilité les pieds dans la position normale. L'idée me vint tout de suite d'utiliser cette chaussure, et voici comment je m'y pris :

J'appliquai en travers, sous le milieu des sabots, une bande de zinc (j'avais eu le soin de la plier en double pour la rendre plus rigide), je la fixai à l'un des sabots à l'aide de pointes, je plantai ensuite sous l'autre et tout près des bords de la semelle, des crampons de fil de fer sous lesquels je fis passer la partie restée libre de la bande de zinc, de sorte que les deux pieds se trouvaient accolés l'un à l'autre, et maintenus de manière à ne pouvoir s'écarter en aucun sens. Cela fait, je m'aperçus que les deux malléoles tendaient à s'éloigner l'une de l'autre, et laissaient tun certain espace entre elles; je les ramenai au contact avec quelques ours de bande, que je conseillai de remplacer par un bracelet.

Quand on ramena cet enfant, quinze jours plus tard, j'eus la satisfaction de trouver les pieds redressés et ne conservant qu'une légère tendance à reprendre leur position vicieuse. — Je fis continuer l'usage de l'appareil pendant encore six semaines, et la guérison fut complète.

L'auteur, qui paraît avoir employé assez souvent ce mode de redressement du pied bot, fait suivre l'observation des considérations suivantes :

« Quand les pieds sont renversés en dehors, le traitement est encore le même, avec cette seule différence que la bande de zinc qui restait libre sous les crampons du deuxième sabot, doit ici être fixée à l'aide d'une vis, sans quoi les pieds tendraient à se séparer; et au lieu d'un bracelet pour rapprocher les malléoles, j'interpose entre elles un coussin pour les éloigner.

» La méthode ne diffère pas quand il n'y a qu'un pied d'atteint; le pied sain sert d'attelle à l'autre; mais le résultat, quoique aussi certain, est plus difficile à obtenir.

» Il va sans dire qu'avec des souliers lacés un peu haut, et en fixant la bande métallique comme il est dit plus haut, on obtiendrait à peu près les mêmes résultats; mais j'aime mieux les sabots, parce qu'ils ne coûtent presque rien, qu'ils sont plus accessibles aux gens peu aisés, qui sont de beaucoup les plus nombreux, et qu'ensuite il est plus facile d'y adapter tout ce qu'on veut : clous, crampons, vis, etc. » (*Abeille médicale.*)

De la vaccination contre la miliaire, par le docteur GINANNESCHI.

Le docteur Ginanneschi raconte que, après avoir, pendant neuf années, vu la miliaire guérir presque toujours et avec facilité, il a, depuis six ans, observé un changement des plus fâcheux dans la gravité de cette maladie, qui, dans la même localité, est devenue à peu près constamment mortelle. Ni la force de la fièvre, ni les phénomènes connexes, ni la rareté, ni la profusion des sueurs ne rendent compte de cette aggravation. En fait, elle est portée si loin, que, en peu d'heures, parfois en moins d'une heure, l'état du malade se transforme et la mort a lieu, sans qu'on ait observé d'autre signe précurseur de ce changement que la décoloration presque instantanée de l'urine, déjà signalée par Allioni.

Témoin de ces dangers, et n'ayant pu les conjurer par aucune des médications ordinaires, M. Ginanneschi a, depuis quatre ans, imaginé de vacciner les sujets qui sont atteints de la miliaire. Il en a sauvé ainsi dix sur douze. Les deux qui ont succombé n'avaient subi l'insertion du virus vaccin, l'un qu'au huitième jour de la maladie, l'autre que trois heures avant la mort.

Ce n'est pas assez, sans doute, de dix guérisons pour juger l'efficacité d'un moyen prophylactique dans une maladie qui souvent se termine spontanément par le retour à la santé. Mais il ne faut pas oublier que, pendant le même espace de temps et dans le même pays où l'auteur a éprouvé l'heureux effet de la vaccination, les autres malades, au nombre de 45, et qui furent traités par les méthodes ordinaires, périrent presque tous. (*Imparziale*, juillet, et *Gazette médicale de Lyon*, 1er novembre 1863.)

Sur la valeur de la sensibilité sous-sternale comme signe diagnostique de la vérole, par le docteur H. CRITCHLEY BRODRICK, à Indore (Indes orientales).

Le symptôme dont il s'agit a été signalé par M. Ricord comme n'étant pas très-rare chez les sujets atteints de syphilis constitutionnelle. M. Brodrick, qui l'a recherché avec beaucoup d'attention chez un grand nombre de sujets, conclut de cette enquête qu'il est bien plus fréquent qu'on ne l'a pensé, et qu'il peut rendre d'utiles services dans le diagnostic des cas douteux de vérole. Pour le mettre en évidence, il suffit d'explorer méthodiquement la sensibilité du sternum à la pression exercée avec la pulpe d'un ou de deux doigts. On trouve alors, généralement vers le tiers inférieur de l'os, un endroit dans lequel cette exploration provoque une douleur très-vive, sans que d'ailleurs l'attention du malade eût été dirigée précédemment sur ce point par aucune sensation douloureuse spontanée. Chez quelques sujets, le point sensible existe au niveau du tiers supérieur du sternum, tandis qu'on ne le rencontre presque jamais dans le tiers moyen. M. Brodrick suppose que cette sensibilité tient à une périostite très-limitée et de médiocre intensité. Il dit qu'elle l'a souvent mis sur la voie du diagnostic dans des cas où la vérole paraissait être hors de cause, et sa confiance dans ce signe est telle, qu'il n'hésite pas à administrer l'iodure de potassium à tous les sujets chez lesquels il l'a constaté. Il fait remarquer toutefois qu'il n'existe pas chez tous les vérolés.

Les observations de M. Brodrick ont été faites principalement chez les indigènes du district de Malwa, parmi lesquels la syphilis est très-fréquente; mais il ajoute qu'il est arrivé à un résultat analogue en examinant une vingtaine d'Européens atteints d'accidents constitutionnels. (*Madras Medical Journal*, et *Dublin Medical Press*, 4 novembre 1863.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

De la glycérine. De ses applications à la chirurgie et à la médecine, par M. DEMARQUAY. Paris, Asselin, 1863.

La glycérine, découverte en 1779 par Scheele, appliquée en 1844 au pansement des plaies et des brûlures par Thomas de la Rue, chirurgien anglais, n'était guère connue en France, lorsqu'en 1854 un pharmacien, M. Cap, lut devant l'Académie de médecine un premier mémoire sur la glycérine et ses applications au traitement de diverses maladies. Déjà MM. Trousseau, Cazenave, Bazin et Aran avaient expérimenté cette substance, que leur avait procurée M. Cap. En 1855, M. Demarquay, à l'exemple des chirurgiens anglais, employa la glycérine au traitement des plaies, et chercha, en faisant connaître les bons résultats qu'il en avait obtenus, à en vulgariser l'usage; le livre qu'il publie aujourd'hui est le résultat d'une longue expérimentation, et il renferme l'histoire complète des applications de la glycérine.

Quoique repoussant l'idée de considérer cet agent comme une panacée universelle, M. Demarquay lui ouvre cependant une sphère d'applications assez vaste, puisqu'il la conseille dans les pansements simples, dans le traitement des plaies gangréneuses, de la pourriture d'hôpital, de l'anthrax, des brûlures, des ulcères, des cancers, des ulcérations simples ou spécifiques, des abcès fistuleux, des clapiers, de l'érysipèle, de la variole, des maladies de peau, de la gale, des engelures,

des fissures du mamelon, des maladies des yeux, des fosses nasales et des oreilles, des maladies de la bouche, du pharynx, du larynx et de la trachée, de l'uréthrite, de la vaginite, des affections du col et de la cavité de l'utérus, des maladies de l'anus et du rectum, de la scrofule, de la phthisie, de la dysentérie, de la fièvre typhoïde, etc., etc. On voit que si M. Demarquay ne peut réclamer sur la glycérine les droits de la paternité, il a droit au moins à ceux que confère l'adoption.

L'ouvrage de notre confrère est divisé en deux parties : la première comprend l'histoire physique, chimique et pharmaceutique de la glycérine ; la seconde, son histoire thérapeutique. Nous aurons résumé la première partie en disant qu'on y trouvera des détails très-complets sur les caractères physiques et chimiques de cette substance, et un recueil de nombreuses formules dans lesquelles la glycérine vient figurer comme excipient.

Le premier paragraphe de la seconde partie traite de l'action de la glycérine sur les éléments des tissus organiques. La glycérine est, comme l'a montré M. Ch. Robin, un des meilleurs véhicules pour l'étude microscopique des tissus, mais nous croyons que les modifications qu'imprime la glycérine aux éléments des tissus ne peuvent légitimement autoriser M. Demarquay à penser « que les phénomènes qui se passent dans » ces tissus vivants reçoivent des modifications identiques, et » qu'ils peuvent être ramenés à leur état normal alors que la » vie y a été troublée par quelque influence morbide. » Des fragments de tissus placés sur la platine du microscope et imbibés de glycérine ne sont pas dans les mêmes conditions que les tissus du corps vivant, alors qu'on a placé sur la surface de la peau ou fait ingérer quelques grammes de glycérine. Cette substance, toutefois, conserve parfaitement et préserve de la putréfaction les substances organiques qui y sont submergées. Cette propriété fut reconnue en 1846 par M. Warington, qui prit en Angleterre un brevet pour la conservation des viandes au moyen de cet agent. M. Demarquay rapporte lui-même ce détail historique, qu'il ignorait sans doute en 1855, puisqu'il dit (p. 5) : « Je découvris dans la glycérine la propriété, complétement ignorée en France, de conserver les substances organiques, » et, plus loin (p. 68) : « nous arrivons à parler d'une propriété bien remarquable que nous découvrîmes dans la glycérine, celle de conserver les matières organiques. »

La glycérine est surtout employée sous trois formes : à l'état naturel et isolée dans le pansement des plaies ; comme dissolvant des principes actifs de quelques collyres, d'injections, de lotions, etc. ; mélangée à l'amidon et tenant lieu de pommades, grâce aux substances que peut dissoudre le glycérat d'amidon.

L'application au pansement des plaies est la plus importante de toutes celles qu'a reçues la glycérine. « Les plaies pansées avec la glycérine, dit M. Demarquay, offrent le plus bel aspect, et sont d'un rouge rosé et humide, indice d'une vitalité robuste ; leurs bourgeons charnus n'ont jamais besoin d'être réprimés, et fournissent une cicatrice régulière ; leur suppuration est modérée, résultat précieux dans beaucoup de circonstances où la nature doit faire les frais d'une large réparation. »

Ce n'est pas seulement comme modificateur local que la lycérine mérite les éloges de l'auteur, elle empêcherait l'érysipèle, l'infection purulente, la pourriture d'hôpital. « Nous découvrons, dit M. Demarquay, les remarquables propriétés de la glycérine, nous pansons avec cette substance toutes les plaies de nos malades, et à partir de ce moment, érysipèle, infection purulente, pourriture d'hôpital deviennent aussi rares qu'ils étaient auparavant fréquents. »

Nous voudrions pouvoir partager, sinon l'enthousiasme, du moins les espérances de l'auteur ; mais nous n'avons pas trouvé à la glycérine de si brillantes vertus. Peut-être M. Demarquay nous fera-t-il, comme à M. Larrey, l'objection que la glycérine employée par nous n'était pas de bonne qualité ; cependant elle venait aussi de la pharmacie centrale des hôpitaux. Toutefois, la glycérine a sur le cérat un avantage incontestable, elle est plus propre, salit moins les bords de la plaie, se dissout facilement dans l'eau du lavage, mais elle a (celle du moins que nous avons vu ou pu employer) l'inconvénient grave de causer un peu de douleur à l'application. Les avantages de la glycérine la rendent précieuse peut-être pour ceux qui veulent recouvrir les plaies de corps gras ou de substances analogues ; mais il faudrait avant tout démontrer l'utilité de l'une ou l'autre substance, et nous avons, quant à nous, perdu tout intérêt à cette démonstration en n'employant dans le pansement des plaies que de l'eau simple ou médicamenteuse. La glycérine peut être utile, mais il ne faut pas exagérer son utilité.

La glycérine employée pour collyrer, comme l'a indiqué surtout M. Foucher, présente l'avantage de dissoudre facilement les substances actives dont elle est le récipient, et comme elle ne s'évapore pas, elle permet de conserver facilement au médicament son degré d'activité.

Les glycérolés ont sur les pommades une grande supériorité, ils ne rancissent pas, se conservent très-longtemps, ont un aspect qu'on peut, comme on l'a fait, qualifier d'*élégant*. Aussi nous espérons, avec l'auteur, voir les préparations de glycérine figurer largement dans le nouveau *Codex*.

Le livre de M. Demarquay forme une monographie complète des connaissances actuelles sur la préparation, les propriétés et les usages de la glycérine. Sans partager complétement les idées de l'auteur sur les vertus de ce nouvel agent, nous le croyons très-utile dans une foule de circonstances.

M. Demarquay donne, à la fin de son ouvrage, le tableau des quantités de glycérine consommées dans les hôpitaux de Paris. « En 1854, dit-il, M. Cap publie son mémoire, la con- » sommation s'élève à 25kil,500. Vers la fin de 1855, je fais » connaître les remarquables propriétés de la glycérine appli- » quée aux plaies, et l'année même, le chiffre de consomma- » tion monte à 199 kilogrammes, et à 893 en 1856. En 1859, » je publie mon mémoire sur la glycérine, et la consommation » (diminuée en 1857 et 1858) remonte à 856 kilogrammes » l'année même, et à 1060 et 1435 kilogrammes les années » suivantes. » Le livre nouveau de M. Demarquay, les éloges qu'il fait de la glycérine, devront faire augmenter encore la consommation de cette substance dans les hôpitaux de Paris.

Léon Le Fort.

Hygiène publique. — Travaux du conseil de salubrité de la Seine, résumés par M. Évariste Thévenin ; vol. in-12. Paris, 1863 ; chez Germer Baillière.

« Jusqu'ici on n'a traité de l'hygiène qu'au point de vue de la théorie ou de son histoire ; mais on n'a pas fait connaître les leçons des grands maîtres ; on n'a pas publié les rapports, les résultats de leurs travaux, les décisions prises par l'administration ; on n'a pas coordonné tous ces documents en un corps de doctrine ; c'est ce que j'ai voulu faire en résumant les travaux du conseil de salubrité pendant les dix dernières années (1849-1860). »

Ainsi parle M. Évariste Thévenin.

Si M. Év. Thévenin était uniquement homme de lettres et, par profession, peu familiarisé avec la littérature médicale, on comprendrait ce langage, à la rigueur ; mais M. Évariste Thévenin est, par surcroît, membre adjoint à la commission d'hygiène du sixième arrondissement. Comment alors se peut-il faire qu'il semble ne connaître ni le Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité, ni le Traité pratique d'hygiène industrielle et administrative, vastes publications, dans lesquelles M. Tardieu, d'une part, M. Vernois, de l'autre, ont présenté d'une manière si fidèle et si complète les résultats des enquêtes, rapports, discussions, délibérations, actes et décisions du comité consultatif et des principaux conseils d'hygiène de France..... voire même d'Angleterre et de Belgique ? Passe encore de dire que « l'on n'a jamais édité sur ce sujet d'un intérêt palpitant et universel que des livres de science trop

savants pour les uns, trop chers pour les autres. » Mais il n'est pas permis de déclarer, quelques lignes plus bas, que la tâche n'a pas été remplie, et de passer sous silence des œuvres considérables, destinées à mettre entre les mains de quiconque veut s'instruire les matériaux et les documents les plus propres à élucider ou à vider toutes les questions de salubrité publique. Il n'est pas permis surtout, dans cette conjoncture, de taire les noms de M. Tardieu et de M. Vernois. Vainement, en effet, on cherche les noms de ces deux médecins éminents sur la liste des hygiénistes passés et présents, inscrits en tête du livre de M. Év. Thévenin; vainement on les cherche dans la préface, dans l'introduction, dans le corps même de l'ouvrage. Et pourtant l'auteur se pique de « vulgariser les conseils des savants dont les décisions font loi, les observations des princes de la science, les leçons des grands maîtres, les études d'hommes éminents dans les sciences et dévoués au bien public, les instructions élaborées par le conseil de salubrité. » MM. Tardieu et Vernois ne comptent-ils donc plus parmi les membres les plus éclairés et les plus actifs du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine? Seraient-ils déchus, depuis cette année, du rang de « savants », de « maîtres », de « princes de la science », où les avaient élevés tant de travaux accomplis, tant de services rendus? Une pareille omission excite d'autant plus notre surprise que le livre de M. Év. Thévenin procède très-directement des ouvrages mêmes de MM. Tardieu et Vernois, dont il n'est pour ainsi dire qu'un abrégé, qu'une réduction micrométrique, qu'une miniature. Le DICTIONNAIRE D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ, le TRAITÉ D'HYGIÈNE INDUSTRIELLE, sont-ce donc là de si pauvres ancêtres pour qu'on doive les renier ou rougir d'en tirer origine?

Cette querelle vidée, je me plais à reconnaître que Év. Thévenin a été bien inspiré de chercher à réaliser en petit (qu'on me pardonne cette locution) ce que MM. Tardieu et Vernois ont si bien fait en grand. C'est toujours accomplir une œuvre excellente, une œuvre utile au premier chef, que de répandre partout les notions si salutaires de l'hygiène, d'en vulgariser les préceptes, de les mettre à la portée de tous, d'en rendre la pratique familière et facile aux populations et aux individus. L'opuscule de M. Év. Thévenin aura certainement ce genre de mérite; et je pense, avec l'auteur, que « tout homme, quelle que soit sa position sociale, trouvera, dans ce *Résumé des travaux du conseil*, des enseignements précieux pour sa spécialité. »

Cet ouvrage renferme encore des notions biographiques sur les membres du conseil de salubrité morts depuis 1858, la nomenclature des établissements classés et la liste des membres du conseil de salubrité et des commissions d'hygiène du département de la Seine. A. LINAS.

L'année médicale. — Annuaire général des sciences médicales, par M. le docteur CAVASSE, 4e année, 1860. Paris, 1863; chez Adrien Delahaye.

On ne saurait accorder trop de sympathies, ni prodiguer trop d'encouragements à l'œuvre si difficile, si ingrate et si éminemment utile, entreprise et poursuivie avec tant de persévérance depuis quatre ans par M. le docteur Cavasse. Il faut être sincèrement dévoué aux intérêts de la science et animé d'un désir bien ardent de rendre service à ses confrères, pour consacrer ainsi le meilleur de son temps à résumer, analyser, classer, coordonner tous les travaux accomplis, chaque année, dans toutes les branches de la médecine. Que de recherches fastidieuses et souvent stériles, que de pénibles labeurs, que de soucis, que de veilles, que d'ennuis l'ANNUAIRE GÉNÉRAL de M. Cavasse peut et doit épargner aux petits et aux grands travailleurs! Nous en savons quelque chose, nous qui trouvons si souvent l'occasion d'y avoir recours; et nous pouvons rendre un plein témoignage à la précision des détails, à l'exactitude des renseignements, à la rigueur des indications et à la clarté des analyses.

La *quatrième année* est faite à l'image et à la ressemblance de ses aînées. Nous nous contenterons d'en signaler l'apparition, nous réservant de parler plus au long du prochain ANNUAIRE qui va paraître incessamment et qui, si nous sommes bien informé, doit inaugurer un autre mode et un autre plan de publication.

A. LINAS.

VII

VARIÉTÉS.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Quelques collaborateurs du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE veulent bien nous exprimer le désir qu'ils auraient de connaître les articles dont ils devront être chargés. Nous nous bornons aujourd'hui à répondre qu'un certain nombre de manuscrits sont déjà composés, et que, dans deux ou trois jours au plus, les deux premiers volumes entiers seront en voie de rédaction. Ceux qui, à cette date, n'auraient reçu aucune demande d'articles, pourront en conclure que leur bonne volonté est réservée pour la suite de l'ouvrage. En outre, dans le prochain numéro, nous dirons quels seront les sujets traités dans les deux premiers volumes, et nous y joindrons les noms des auteurs, afin que, non-seulement les autres collaborateurs, mais tous les médecins de France ou de l'étranger, puissent leur envoyer les documents qu'ils jugeraient utiles.

Par décrets du 22 novembre ont été nommés :

M. Baillon, docteur ès sciences, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Moquin-Tandon, décédé.

M. Gratiolet (Pierre), docteur ès sciences, professeur d'anatomie, de physiologie comparée et de zoologie à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Geoffroy Saint-Hilaire, décédé.

M. Jamin (Jules-Célestin), docteur ès sciences, professeur de physique à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Despretz, décédé.

Ce sont trois nominations auxquelles devront applaudir tous les appréciateurs du vrai mérite.

— Sur la proposition de M. Vleminckx, inspecteur du service de santé de l'armée belge, le médecin de bataillon Van Esschen a été envoyé en mission à Schwalheim, auprès de M. le docteur Fleury, pour s'éclairer de son expérience dans l'installation d'un *établissement hydrothérapique* à Bruxelles. L'offre que M. Fleury a généreusement faite de se rendre à Bruxelles a été acceptée; une salle de malades a été mise à sa disposition, et il s'est chargé d'un cours de clinique hydrothérapique qui a dû commencer le 18 novembre.

— La leçon d'ouverture du cours de M. Robin avait été troublée par des manifestations bruyantes adressées, non au savant, non au professeur, mais à l'*examinateur*. Le désordre a entièrement cessé aux leçons suivantes. Par décision du conseil académique, le cours a lieu maintenant, non plus le soir, mais à une heure, les lundis, mercredis et vendredis.

VIII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

TRAITÉ D'ANATOMIE DESCRIPTIVE, par *Ph. C. Sappey*, t. III, fascicule troisième et dernier; 1 vol. grand in 18, pages 397 à 703.—L'ouvrage est terminé avec ce fascicule. Paris, Victor Masson et fils.

Avis. — MM. les docteurs des départements, qui ont souscrit directement chez Victor Masson et fils, recevront le fascicule, *franco*, sur la demande qu'ils en feront par une lettre affranchie accompagnée de 40 centimes en timbres-poste.

Une deuxième édition du TRAITÉ D'ANATOMIE DESCRIPTIVE de M. Sappey est mise immédiatement sous presse. Elle sera publiée en 4 vol. in-8. Le premier volume, entièrement refait, paraîtra au mois de novembre 1864.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS.—IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 4 DÉCEMBRE 1863. N° 49.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. Académie de médecine de Belgique : Ophthalmie dite militaire. — II. **Travaux originaux**. Épidémiologie : La fièvre jaune à bord du paquebot *la Floride*. — Physiologie : Étude sur la respiration, recherches physiologiques sur le mécanisme des bruits respiratoires. — III. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — IV. **Bibliographie**. Physiologie médicale de la circulation du sang. — V. **Variétés**. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. — Mariages consanguins. — VI. **Feuilleton**. Le drainage considéré au point de vue de l'hygiène publique.

I

Paris, 3 décembre 1863.

Académie de médecine de Belgique : OPHTHALMIE DITE *militaire*.

Nous n'avons pas oublié ce dont nos lecteurs seraient fort excusables d'avoir perdu le souvenir, à savoir que nous nous étions promis de revenir sur une nouvelle controverse engagée à l'Académie de médecine de Belgique au sujet de l'ophthalmie dite *militaire*. C'était presque un devoir pour nous, qui sommes intervenu dans ce journal toutes les fois que la question a été portée devant la savante Compagnie. Mais aujourd'hui notre tâche sera courte. Le dernier numéro du BULLETIN qui nous soit parvenu (t. VI, n° 7) nous apprend que le débat a été ajourné, et il y a lieu d'inférer de quelques paroles échangées entre M. Hairion et M. Vleminckx que de nouvelles études devront être faites par la même commission dont l'Académie a déjà entendu un rapport au cours de la discussion. De plus, la plupart des argumentations contradictoires n'ont guère été, ne pouvaient guère être, que d'habiles variations des anciens discours, et nous avions tenu de ces discours, il y a quatre ans, dans une série d'articles (t. V, p. 514 et suiv.), un compte exact et aussi impartial que possible. Néanmoins, pour ne pas laisser de lacune dans notre œuvre d'analyse et de critique, nous la poursuivrons immédiatement jusqu'au point d'arrêt que la question vient de rencontrer à l'Académie.

Il s'agit toujours de savoir si l'ophthalmie dite *des armées* a des caractères spécifiques qui n'appartiennent qu'à elle; si, en d'autres termes, il existe une *ophthalmie militaire*. Et, pour qu'il ne subsiste à cet égard aucune équivoque, M. Vleminckx, reprenant sous une forme plus pratique un amendement qu'il avait présenté en 1859, a proposé « d'écrire ou de faire écrire à M. le ministre de la justice que la dénomination d'ophthalmie militaire, dont il se sert dans des documents administratifs (budget, arrêtés royaux, etc.), est im-

FEUILLETON.

Le drainage considéré au point de vue de l'hygiène publique.

A M. LE DOCTEUR VLEMINCKX, PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

(Troisième lettre.)

Le sol humide considéré comme élément générateur des causes pathogénésiques spéciales.

Bien cher et honoré maître,

Un hygiéniste moderne, un savant placé en France comme vous l'êtes en Belgique, à la tête du corps médical des armées, M. Lévy, a dit cette parole que vous estimerez sans doute avec moi, être un axiome des plus justes : « L'homme est l'expression du sol sur lequel il vit, » voulant exprimer par là cette grande vérité physiologique : c'est que l'homme et les animaux ne peuvent se soustraire aux conditions météorologiques et climatériques au milieu desquelles ils doivent lutter pour soutenir leur existence et l'entretenir; c'est que toujours, l'un et l'autre, homme et animal, chacun porte sur sa physionomie l'empreinte du cachet du sol sur lequel il vit, des aliments desquels il se nourrit et de l'air qu'il respire.

Comment en pourrait-il être autrement, lorsque dans l'examen attentif que nous venons de faire des phénomènes météoriques qui se développent sur le sol et dans l'atmosphère, nous voyons l'homme condamné à subir toutes ces conditions fâcheuses. — Que de fois vous l'avez observé vous-même, cher maître, lorsque vous avez été appelé à voir ces populations chétives au teint jaune, au visage bouffi, aux traits émaciés, qui inspirent à ceux qui les voient pour la première fois un sentiment de profonde commisération.

Eh bien ! ce tableau qui, si souvent s'est présenté à vous, nous allons, si vous le voulez bien, le considérer aujourd'hui

propre; qu'elle donne et doit donner lieu à des interprétations erronées et à des inductions illégitimes; qu'elle n'est pas d'ailleurs scientifique, *attendu qu'il n'y a pas d'ophthalmie militaire.* » On se rappelle que le budget est intéressé dans la question scientifique en ce qu'il est grevé de pensions au profit des ophthalmiques de l'armée. (*Gaz. hebd.*, 1863, n° 30, p. 481.)

Cette affection conjonctivale, qui est le sujet de tant de contestations, quels sont ses caractères principaux? Elle frappe de préférence et avec plus d'intensité les agglomérations d'individus; elle sévit plus fréquemment en été ou au printemps qu'en hiver; elle est épidémique et contagieuse; elle a pour trait particulier de son expression anatomique la présence de granulations sur la conjonctive. Or, ces caractères se rencontrent-ils dans d'autres ophthalmies? Voilà, sinon toute la question, du moins la question dans ses termes essentiels.

Nul doute qu'une conjonctivite muco-purulente, contagieuse, granuleuse, ne se montre parfois épidémiquement, en été ou au printemps, dans des pensionnats, des orphelinats, des séminaires, etc., ou n'atteigne isolément des individus dans la population civile, sans qu'aucun lien visible rattache la maladie à une origine militaire. Cela n'est plus guère contesté aujourd'hui, même à l'Académie de médecine belge, et cela est vrai pour la France, pour l'Amérique, comme pour la Belgique. Il semble donc que la question soit jugée par le fait. Mais les partisans de la spécificité de l'ophthalmie de l'armée, M. Hairion en tête, veulent que les granulations de cette ophthalmie ne soient pas semblables à celles des autres conjonctivites, ou plutôt que, des deux formes de granulations (charnue et vésiculeuse) qu'on rencontre dans l'ophthalmie des soldats, la vésiculeuse lui appartienne en propre et en soit le caractère anatomique spécifique. De là une longue discussion sur le siége précis et la nature histologique des granulations. Une commission nommée *ad hoc*, celle dont nous avons parlé plus haut, après avoir examiné plusieurs malades présentés par M. Hairion, a conclu, par la bouche de ce même membre, de la manière suivante :

1. Les granulations papillaires sont formées par le corps papillaire arrivé à l'état d'engorgement ou d'hypertrophie par un travail congestif ou inflammatoire : c'est une *hyperplasie*.

2. Les granulations vésiculeuses sont formées de petits sacs, espèces de petits kystes situés à la surface ou dans l'épaisseur de la conjonctive, et renfermant de la matière plastique et des cellules simples, arrondies, globuleuses, hyalines, ayant deux à trois fois le volume des globules du pus : c'est une *néoplasie*.

3. La muqueuse conjonctivale, saine en apparence, peut néanmoins contenir dans son épaisseur des granulations vésiculeuses, inappréciables à l'œil nu, mais très-distinctes à l'aide d'instruments grossissants, et parfaitement identiques, quant à leur structure intime, avec les granulations vésiculeuses arrivées à leur état de développement complet.

Voilà donc un point à éclaircir : que sont, anatomiquement, les granulations de la conjonctive? A notre sens, il y aurait lieu de s'étonner de voir l'Académie subordonner aussi étroitement une question de spécificité morbide à une question de siége et de composition anatomique, si M. Hairion ne l'avait poussée sur ce terrain, en déclarant la granulation vésiculeuse étrangère à la constitution organique de la conjonctive, en l'assimilant à une cellule simple, en y voyant enfin un produit néoplasique. La spécificité d'une cause morbigène ne peut après tout s'exercer que sur des tissus et des organes, et, les granulations fussent-elles tout autre chose que ce que professe M. Hairion, la spécificité de l'ophthalmie à granulations vésiculeuses n'en serait nullement atteinte si elle s'accusait autrement, par exemple dans sa cause visible, sa symptomatologie et son traitement.

Mais, encore une fois, devant M. Hairion donnant pour fondement à la spécificité la production d'un néoplasme, il y avait lieu de rechercher si le produit n'était pas une simple altération d'éléments normaux. Eh bien! nous croyons qu'il ne saurait y avoir de doute à cet égard. Si, comme tout le monde le reconnaît, la granulation pleine ou charnue n'est autre chose qu'un développement morbide du stroma de la conjonctive et de la couche papillaire, la granulation vésiculeuse résulte du développement des follicules clos, dont la découverte, il importe de le remarquer, est postérieure aux observations cliniques ou micrographiques desquelles M. Hairion a déduit sa doctrine. La commission n'a aucunement prouvé qu'il en fût autrement, et les investigations d'anatomistes exercés prévalent toujours contre son silence; car, en matière expérimentale, une simple assertion équivaut au silence. M. Vleminckx a produit une lettre de M. Giraldès qui a souvent observé les deux formes de vésicules à l'hôpital des Enfants, et qui leur assigne le même siége, dans les pupilles et dans les follicules. Qu'objecte à cela M. Hairion? Que, les follicules siégeant dans la partie tarsienne de la conjonctive, on ne devrait pas rencontrer de granulations vésiculeuses, comme on en voit quelquefois, sur la conjonctive oculaire, jusque tout près de la cornée. Cet envahissement de la con-

---

ensemble, afin de juger de l'action des phénomènes dont nous venons d'être témoins, car ce tableau est l'impression physiologique et pathologique du sol et de l'atmosphère humide sur l'organisme.

Il est convenu, n'est-ce pas, que dans cette étude de l'homme agité et courbé sous l'empire de ces conditions météorologiques, nous avons d'abord exclusivement en vue l'homme de la classe ouvrière, celui qui vit intimement avec le sol, c'est-à-dire sur le sol et par le sol, celui enfin qui, par son travail et son genre particulier d'existence, en subit toutes les perturbations.

Mais nous devons, je pense, dans cette étude, nous placer à deux points de vue différents, et examiner, premièrement, l'homme vivant dans son habitation avec sa famille et ensuite l'homme vivant au milieu des champs. Dans le premier cas, nous le verrons sous l'action immédiate du sol humide et de l'air confiné; dans le second cas, nous l'observerons sous la double action des influences émanées du sol de l'atmosphère libre avec toutes les transitions et les variations que les saisons et l'action du soleil font naître.

Troubles morbides causés par le sol humide des habitations. — Qui ne connaît les effets qui se produisent dans les habitations placées sur un sol humide, ou ce qui est pire encore, dans celles qui sont comme enfouies dans un sous-sol constamment imprégné d'eau, où l'eau filtre à travers les murailles, suinte tantôt goutte à goutte, tantôt en nappe, pour se répandre sur le sol de l'habitation qui, lui-même, est quelquefois une source abondante d'humidité ? Aussi les boiseries, les papiers appliqués le long de ces murs moisissent-ils bientôt et tombent ensuite en pourriture.

Sur les parois de ces mêmes murailles se développe et pousse toute la série des mucédinées, des champignons qui font partie de cette production mystérieuse et lugubre à laquelle on a donné le nom de *moisissures* et qui sont la manifestation certaine de la présence de l'humidité confinée, mais surtout de

jonctive sclérotlcale par des vésiculeuses, contestée par quelques membres, ne nous paraît pas douteuse ; la commission déclare d'ailleurs en avoir vu des exemples. Mais il est fort possible que la conjonctive oculaire soit pourvue exceptionnellement de quelques follicules rudimentaires, que la phlegmasie développerait et ferait apparaître. Ce qu'on ne sait pas des vésicules sus-scléroticales ne peut annihiler ce qu'on sait des vésicules rétro-tarsiennes. Ajoutons, pour en finir sur ce point et comme élément de la question oublié ou négligé, si nous ne nous trompons, dans le débat, que des granulations (probablement des deux formes) peuvent naître des follicules *racémeux* de la conjonctive.

Ainsi, pas de différences essentielles entre l'ophthalmie dite militaire et certaines conjonctivites de la population civile. Conclusion : il n'y a pas, à parler rigoureusement, d'ophthalmie militaire. Mais faut-il s'arrêter là ? Ce baptême de la conjonctivite des armées est-il de pure fantaisie, ou bien a-t-il été tout d'abord la consécration d'un fait réel? Ici, il importe de bien s'entendre. Non, il n'y a jamais eu d'ophthalmie *exclusivement* militaire, ne sévissant que sur le militaire, n'atteignant le civil qu'après avoir passé par le militaire. Cette espèce de conjonctivite peut naître *de toutes pièces* partout; elle existe en Amérique, comme l'a dit M. Vleminckx, là où il n'y pas d'armée permanente. Mais il est avéré aussi que, à certaines époques, dans de certains lieux, sous de certaines conditions hygiéniques, elle a éclaté dans des rassemblements de troupes, y est devenue épidémique, y a exercé de grands ravages. Il n'est pas plus contestable que les soldats, ou renvoyés incomplétement guéris, ou atteints ultérieurement de récidives, ont répandu la maladie dans la population civile. Ce n'était, si l'on veut, qu'une ophthalmie de *militaires* et non une ophthalmie militaire ; mais il était assez conforme aux traditions du langage médical d'emprunter la dénomination du mal à sa source.

Reste toujours une question subsidiaire, quoique très-importante. L'ophthalmie dont il s'agit est-elle une simple inflammation? N'est-elle qu'une ophthalmie catarrhale? N'est-elle contagieuse que par contact immédiat, et le véhicule de la transmission, le pus sécrété, n'agit-il qu'à titre de corps irritant, et non comme *virulent?* Nous avons assez longuement traité ce sujet dans nos précédents articles, pour que nous ne jugions pas opportun d'y revenir.

A. Dechambre.

M. Depaul a terminé, à l'Académie de médecine, son discours sur l'origine du vaccin. MM. Bouley, Bouvier et J. Guérin ont demandé la parole.

En attendant que toutes les opinions se fassent jour sur une question trop délicate pour autoriser de notre part un parti arrêté, nous appelons l'attention sur les curieuses expériences dont M. Rufz, directeur du Jardin d'acclimatation, vient d'entretenir l'Académie. Ces expériences ne décident rien quant à la nature de la lésion buccale chez le cheval qui a fourni la matière de ces nouvelles inoculations; mais nous devons dire, après les avoir examinées avec soin, qu'elles nous ont paru semblables à celles de la variole.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Épidémiologie.

La fièvre jaune a bord du paquebot la Floride, par le docteur Senard.

Le beau mémoire de M. Mêlier, sur les faits de fièvre jaune à Saint-Nazaire, et la discussion qu'il a provoquée, ont modifié bien des idées qui jusqu'alors avaient régné avec une prépondérance incontestable sur la non-transmissibilité de cette maladie.

Cependant nous sommes encore loin d'en avoir fini avec les investigations que commande une matière si délicate dans ses rapports avec les intérêts du gouvernement, de la société et du commerce. A côté des questions médicales qui ne sont pas résolues elles-mêmes, il existe des questions administratives dont l'élucidation n'est pas d'une médiocre importance.

En ce qui concerne l'étiologie particulièrement, l'obscurité enveloppe certains détails sur lesquels il conviendrait peut-être le plus d'être fixé.

Quelle est, par exemple, la durée de l'imprégnation, la durée de l'incubation?

Jusqu'à présent, on a répondu par des appréciations personnelles, par des hypothèses pour ainsi dire, sans que des faits établis avec la précision qu'il convient d'apporter dans les sciences soient venus justifier des assertions calculées peut-être dans une donnée favorable à quelques-uns des intérêts auxquels nous avons fait allusion.

C'est donc encore une fois à l'observation directe qu'il faut s'adresser, et l'examen des conditions précises dans lesquelles se produit tout fait ou toute épidémie de fièvre jaune peut seul apporter la clarté désirable. L'un des meilleurs moyens de constatation irréprochable est offert par la marine dans ses pérégrinations incessantes, la certitude de ses dates d'arrivée et de départ, l'organisation qui permet de connaître et de

---

cette génération spontanée se développant aux dépens de la mort et de la vie.

Ici je ne veux parler que des conséquences fâcheuses de cette humidité sur l'atmosphère qu'elle altère ; altération, hélas ! trop véritable, mais où l'analyse chimique n'a encore rien pu découvrir de préois. Dans cet air, on trouve la même quantité d'oxygène, la même quantité d'azote et d'acide carbonique que partout ailleurs, seulement il s'y joint un excès d'humidité aussi appréciable à l'hygromètre que saisissable par l'analyse chimique.

Cependant, dans cette atmosphère profondément viciée, on reconnaît qu'il y a plus que des mollécules d'eau en excès. Je n'hésite pas à avouer que je n'en sais pas davantage sur ce point, et je me déclare impuissant à démontrer ce que d'habiles chimistes eux-mêmes ne peuvent définir, mais je sens qu'il y a là autre chose que les éléments connus; je sens que dans cette atmosphère humide et épaisse il s'opère des phénomènes qui, s'ils ne sont encore expliqués, sont au moins saisissables par l'impressionnabilité de nos sens et à l'aide de nos instruments de physique.

Le microscope, cet auxiliaire puissant qui supplée si admirablement à l'insuffisance de nos organes, ne nous montre-t-il pas, sur les murailles, les boiseries et tous les corps qui sont en contact direct avec l'humidité, une végétation que nos yeux ne peuvent voir, et ne nous découvre-t-il pas en suspension dans l'atmosphère, des productions organiques, des cryptogames, des animalcules, des infusoires qui altèrent l'air et pénètrent jusque dans l'organisme de ceux qui le respirent. Les recherches de M. Baudrimont nous l'ont démontré, il a rencontré dans l'air humide une série d'animalcules infusoires d'une espèce particulière ; connus aujourd'hui sous le nom de monades, vibrions, kolpodes, vorticelles, etc.; mystérieux laboratoire de la vie et de la mort, tout à la fois berceau et tombeau d'une innombrable quantité de plantes et d'animalcules prenant naissance dans une sorte d'orgie immonde. Mais si déjà en pénétrant dans une habitation humide, nos sens et nos

suivre les événements auxquels chaque individu se trouve mêlé. La tâche des médecins de la marine continue donc, et la relation suivante, qui émane de l'un d'eux, présentera, je l'espère, un intérêt positif.

Pour la première fois depuis l'inauguration du service de la compagnie générale transatlantique de Saint-Nazaire à Vera-Cruz, la fièvre jaune s'est manifestée à bord d'un paquebot, *la Floride*, pendant la traversée du Mexique en France. M. Couffon, chirurgien de première classe de la marine impériale, en a consigné les détails avec un soin minutieux.

On sait que les instructions de la compagnie sont rigoureuses en ce qui concerne les relâches dans les pays où règne la fièvre jaune : interdiction des communications avec la terre, embarquement des ravitaillements et marchandises avec toutes les précautions voulues, séjour sur la rade limité au temps strictement nécessaire, défense d'admettre comme passager tout individu malade. Déjà ces mesures avaient donné d'excellents résultats ; elles ont certainement atténué les dangers qui, dans cette dernière occasion, auraient pu se développer à bord de ce navire.

Le 15 juillet, la *Floride* mouillait en rade de Vera-Cruz au moment où la fièvre jaune sévissait avec le plus d'intensité sur les Européens appartenant à la guerre et à la marine. Les pertes étaient sensibles, et les cas avaient une gravité extrême; ils se prononçaient tous dans l'intérieur de la ville, dont les environs étaient indemnes. Les navires de guerre mouillés sur la rade ne ressentaient pas encore les atteintes de l'épidémie, quoique quelques navires du commerce eussent envoyé déjà plusieurs hommes à l'hôpital civil.

Le 16 juillet, à quatre heures du soir, 29 soldats renvoyés en France à l'expiration de leur temps de service embarquaient sur la *Floride*, après avoir attendu pendant environ quinze jours à la Pulga, station la plus éloignée du chemin de fer, le moment de se rendre à bord du paquebot. Cette mesure avait été prise dans le but de réduire autant que possible la durée du temps à passer dans la ville et de diminuer ainsi les chances d'infection. Ces hommes avaient fait toute l'expédition jusqu'alors; ils étaient profondément anémiés; la plupart avaient souffert des fièvres intermittentes ou de la dysentérie ; quelques-uns même n'en étaient pas complétement débarrassés.

A la Pulga, localité située en terre chaude, aucun cas de fièvre jaune n'avait été constaté ; tout semblait dans les meilleures conditions.

Le jour de leur embarquement, les soldats sont arrivés à Vera-Cruz par le train d'une heure de l'après-midi ; ils étaient à bord de la *Floride* à quatre heures. Il est difficile de savoir comment ces trois heures ont été employées en ville ; mais il est certain que des libations alcooliques assez copieuses avaient excité ces militaires, sans qu'on puisse dire si les trois hommes qui ont été atteints comptaient parmi les plus sages ou les moins réservés.

Le 17 juillet, à sept heures du matin, la *Floride* appareille.

Le 23, au moment de la visite du matin, à sept heures, un passager militaire, chasseur à pied, présente le premier cas de fièvre jaune.

Pendant son séjour à la Pulga, cet homme avait été choisi en qualité d'ordonnance par un capitaine de chasseurs à pied qui, comme lui, attendait le départ de la *Floride*. Ce soldat, d'une bonne conduite, n'était pas adonné à boire. De la Pulga, son capitaine l'avait envoyé, à deux reprises, faire des commissions à Vera-Cruz, où il avait séjourné chaque fois deux heures environ. Il ne faut pas omettre que le même capitaine, avant ce dernier militaire, avait eu un autre soldat d'ordonnance qui, à la suite de semblables voyages à Vera-Cruz, avait dû entrer à l'hôpital de cette ville pour cause de vomito et y avait succombé.

Rien ne fait supposer que, parmi les autres hommes du détachement, aucun eût communiqué avec Vera-Cruz avant le jour de l'embarquement.

Voici maintenant l'observation rédigée par M. le docteur Couffon :

Obs. — Lorsque ce chasseur se présenta, je fus frappé de l'altération de ses traits. Le visage était complétement décomposé, les yeux injectés, les joues colorées en brun terne. Peau froide, pouls assez régulier, un peu petit, sans fréquence ; soif vive ; quelques nausées, langue nette, molle, violacée ; *absence complète de céphalalgie et de coup de barre;* douleurs nulles.

La veille (22 juillet), le malade avait éprouvé du malaise avec pesanteur de tête, mais surtout un grand sentiment de faiblesse ; le malaise persistant toute la nuit, la faiblesse avait augmenté au point qu'au moment de la visite, cet homme ne pouvait plus se soutenir. Constipation depuis trois jours.

Je fais coucher immédiatement ce soldat et lui fais prendre 30 grammes d'huile de ricin avec du jus de citron. L'ingestion du purgatif est immédiatement suivie de *vomissements noirs caractéristiques*, analogues à du café renfermant du marc, et accompagnés de douleurs vives à l'épigastre et aux attaches costales du diaphragme. Un quart d'heure après, le malade rend des selles de matières noires identiques avec celles des vomissements. Il n'y avait pas à songer un seul instant aux émissions sanguines chez un homme anémié et chez qui l'altération du sang paraissait si grande. J'ai eu recours à la glace, aux boissons acides glacées, aux frictions citronnées, aux sinapismes, aux vésicatoires à l'épigastre avec application de morphine. De dix heures à trois heures et demie, les vomissements furent suspendus, quoiqu'il y eût encore des nausées. Le malade se sentait mieux ; l'intelligence restait toujours très-nette. J'ai profité de ce répit pour faire prendre du sulfate de quinine et des potions toniques, toujours combinées avec des boissons froides, afin d'empêcher le rejet des médicaments.

A trois heures et demie, les vomissements et les selles reprennent avec plus de violence. A sept heures, surviennent des hémorrhagies formées d'un sang *très-noir*, par les narines, les gencives et la langue. En pres-

---

instruments nous révèlent de semblables altérations, que sera-ce lorsque dans ces mêmes habitations nous nous rencontrons au milieu d'une famille nombreuse, vivant et respirant dans ce centre infectieux ? Avec l'élévation de la température de l'atmosphère, cette altération va se trouver poussée à son maximum, car c'est là le grand foyer de corruption, ce sont là les éléments indispensables de générations spontanées, et les conditions les plus fécondes de la viciation de l'air. Partout où avec de la chaleur et de l'humidité se rencontrent des atomes ou seulement des matières organiques, partout aussi s'engendrent, vivent et meurent tour à tour des myriades de corps organisés, végétaux et animaux, dont la présence dans l'atmosphère a certainement sur l'homme une action pernicieuse marquée. Et que sera-ce de ces productions organiques, de leur nombre, de leur nature et de leur nocuité lorsque, dans ces milieux existent, ainsi que cela arrive trop souvent, des foyers de matières altérables ou altérées, résultant de l'agglomération des individus, de leur malpropreté et de leur misère?

Oh ! à n'en plus douter, c'est ici que nous trouverons les véritables foyers putrides et la source d'une foule de maladies endémiques, voilà où doit se rencontrer le véritable miasme, et celui-là nous ne songerons pas à le nier, parce que, à la fois putride, infectieux, contagieux et souvent combiné avec la misère, les privations et la débauche, il forme cette horde de maladies qui sont les causes de la dégénération des populations.

Elle serait bien longue à énumérer, cher maître, la série des affections qui affligent l'humanité et dont la source gît dans ces conditions du sol ; dans cette nomenclature sont comprises des maladies bien cruelles et qui frappent la famille entière, car cette source n'épargne ni l'âge mûr ni la vieillesse, elle frappe sans pitié, non-seulement l'individu, mais la race et sa génération future. Ce *pabulum vitæ*, cet air, devenu méphitique, empoisonne, pour ainsi dire, l'homme à son berceau, il jette dans la constitution de l'enfant des germes d'altération, dont les racines profondes pénètrent jusqu'au fond de l'économie sans excepter aucun organe.

sant sur la langue, on en fait sortir le sang comme d'une éponge. Les draps et les oreillers en sont couverts.

Vers huit heures, le pouls devient plus fréquent, un peu plus développé, la peau, chaude et tiède. L'intelligence se trouble ; un peu de délire est promptement remplacé par un coma profond ; respiration stertoreuse.

Les signes de réaction disparaissent rapidement; la peau devient froide et visqueuse, le pouls très-petit, et à sept heures du matin (24 juillet) le malade succombe. Aussitôt la coloration jaune de la peau se prononce avec une intensité remarquable.

Le soir du même jour (24), un second cas se produisit; le troisième cas eut lieu le 27 juillet vers six heures du soir, à la suite d'un orage violent. Ces cas furent loin d'offrir la gravité du premier, et présentèrent, entre eux, la similitude la plus remarquable ; ils furent observés sur des soldats embarqués à Vera-Cruz. Chez eux, l'affection débuta brusquement et pour ainsi dire en pleine santé. Céphalalgie forte, yeux injectés, facies altéré profondément ; coup de barre peu intense, fièvre modérée ; faiblesse extrême ; grande anxiété ; vomissements verdâtres, d'une opiniâtreté qui n'a cédé qu'après vingt-quatre heures, à l'emploi de la glace, des révulsifs, etc. Dès que la détente se prononce, sulfate de quinine, potions toniques, frictions excitantes. Après quarante-huit heures, dans les deux cas, la convalescence était établie; mais il est resté une faiblesse considérable qui s'est dissipée lentement, sous l'influence des toniques et des analeptiques.

Depuis cette époque, je n'ai pas eu à observer le plus léger indice de fièvre jaune.

Les malades ont été isolés dans l'infirmerie du bord, éclairée par deux hublots que l'état de la mer a permis de laisser toujours ouverts. Ils n'ont eu, pendant toute la durée de leur maladie, de communication qu'avec l'infirmier du bord et moi-même, et ni l'un ni l'autre de nous n'a éprouvé le moindre malaise pouvant se rapporter au vomito.

Cette observation, dont les détails ont été complétés avec beaucoup de complaisance par M. le docteur Couffon, est curieuse à plus d'un titre.

Pénétrant à Vera-Cruz dans un foyer d'infection largement disséminé, puisqu'ils n'ont point couché dans une habitation, puisqu'ils se sont arrêtés sur la place publique, à la porte des bureaux peut-être, où ils avaient à obtenir quelque règlement de solde ou de frais de route, dans des cabarets sans aucun doute, ces militaires, au bout de trois heures, ont subi une imprégnation complète.

Pendant six jours, du 16 au 22, aucun phénomène ne fait pressentir une atteinte dont la violence excessive tue le sujet en vingt-quatre heures. Mais la période d'incubation ne comprendrait pas moins de onze jours pour le troisième cas, et, bien que ces deux derniers cas n'aient point revêtu la formidable gravité du premier, on n'en peut pas moins les considérer comme des cas de fièvre jaune. Ils ont pris probablement leur origine à Vera-Cruz, car la séquestration immédiate du premier malade et la non-propagation aux autres passagers ou à l'équipage semblent établir que ces deux derniers cas ne procèdent pas du premier.

Voici, en effet, les détails qui appuient cette opinion professée par M. Couffon lui-même :

Les soldats étaient tous logés dans un même compartiment, l'entre-pont de l'arrière, communiquant avec l'extérieur au moyen d'un large panneau par lequel descendait une manche à vent, et, d'un autre côté, avec le salon des premières places au moyen d'un couloir fermé par une grille et aboutissant à un escalier perpendiculaire pour l'accès du salon, dont le panneau ne se fermait jamais, en sorte que l'air se renouvelait d'une manière continue.

Ces militaires couchaient sur des lits de camp très-vastes qui avaient servi, pendant la traversée précédente, à recevoir 340 et quelques passagers de la guerre. Au nombre de 29, ils disposaient donc d'un grand espace.

Sous les tropiques, il se manifeste toujours beaucoup de chaleur dans ce compartiment ; beaucoup de passagers quittaient le lit de camp pour placer leur matelas à plat pont au-dessous et à peu de distance du panneau, de façon à recevoir plus directement l'air frais qui pénétrait par cette écoutille. Plusieurs même passaient la nuit couchés sur le pont supérieur, et, sans la défense d'y monter les matelas, tous eussent fait de même.

Il n'est guère possible de savoir si les deux derniers malades avaient eu avec le premier des relations plus nombreuses que ceux qui n'ont éprouvé aucune atteinte. En tout cas, ces rapports eussent existé, bien entendu, avant la visite du 23, à sept heures du matin, puisqu'à partir de ce moment le malade a été complétement isolé. D'ailleurs, ces hommes n'appartenaient pas au même corps que le chasseur à pied qui fait le sujet principal de cette observation, et il n'y a nulle raison de croire qu'il existait entre eux d'autre intimité que celle d'hommes réunis par le hasard des circonstances.

Tout permet donc de penser que le premier malade, pendant les quelques heures où il a été en proie à des accidents généraux, avant d'être séquestré, n'a pas donné lieu à une transmission de la fièvre jaune.

Et cependant il ne serait pas prudent de conclure à la généralisation de ce fait particulier. Trop d'exemples prouvent la facilité avec laquelle un seul cas de fièvre jaune introduit sur un navire suffit pour y engendrer une épidémie des plus sérieuses. Mais dans ces circonstances, l'évolution des faits prend un autre caractère, et permet d'en bien comprendre la génération.

Enfin, à bord de la *Floride*, comme toujours, on n'a pas observé de prodromes dont la période permettrait à la médecine une action perturbatrice et préventive. L'homme est en bonne santé, et, dès la première plainte, il se trouve en proie à une invasion si nettement accusée, que l'intervention médicale la plus prompte n'interrompt pas la succession des symptômes par lesquels l'affection se caractérise. Dans un bâtiment, les matelots sont soumis à une surveillance de tous les instants par les médecins, les officiers, les maîtres et même leurs camarades ;

Et quelle pitié ne ressentons-nous pas, lorsque nous voyons passer chaque jour sous nos yeux ces malheureux enfants étiolés, aux tissus mous tapissés de vaisseaux lymphatiques engorgeant leurs cours strumeux et bosselés ; ceux-ci sont atteints d'une ophthalmie séro-purulente qui, leur ulcérant et maculant la cornée, les menace de cécité pour la vie ; ceux-là offrent le rachitisme avec ses gibbosités et ses déformations les plus hideuses; plus loin c'est la scrofule, avec toutes ses variétés de dégénérescence, enfin viennent les tubercules, ces productions pathologiques qui, pour se développer, trouvent bons tous terrains où ils peuvent pénétrer et jeter leurs racines : poumons, cerveau, os, etc., etc.

Ne sont-elles pas encore issues du même principe ces maladies, telles que l'anémie, l'hydroémie, les rhumatismes, le typhus et toutes ces affections qui moissonnent toujours, et à coup sûr, lentement ou rapidement, une partie notable de ceux qui vivent dans une atmosphère humide.

Ce tableau si sombre, si forcé en couleur qu'il paraisse, n'a cependant rien d'exagéré, et nul ne le sait mieux que vous, cher maître, qui, par vos fonctions êtes appelé à visiter dans les villes les quartiers les plus insalubres, à surveiller les prisons, les citadelles, les casernes, les hôpitaux, etc.; personne plus que vous n'est convaincu qu'il y a dans l'air humide des habitations une viciation organique, pour ainsi dire spéciale. Et si le drainage pratiqué dans le sol de ces habitations ne peut que, pour une faible part, en modifier l'insalubrité; si cette opération est inefficace, par exemple, contre la misère, la débauche, la malpropreté ; elle peut du moins, à elle seule, diminuer de beaucoup le maximum d'infection ; mais alliée à des puissances moralisatrices, elle peut certainement restreindre ce foyer de corruption et pour ainsi dire l'anéantir.

Troubles morbides causés par le sol humide à l'air libre. — Après l'exposition des maux engendrés par l'humidité séjournant à perpétuité dans le sol des habitations, il me reste, cher

le moindre signe aurait été saisi et dénoncé comme indice d'une atteinte prochaine. Jusqu'à présent, aucun praticien engagé dans la navigation ou servant aux colonies n'a signalé la plus faible période prodromique. Il sera donc nécessaire d'appeler l'attention sur la question soulevée à cet égard et de rechercher quel serait le moyen thérapeutique de détourner le mal, tout en précisant bien qu'il ne s'agit pas des moyens d'hygiène auxquels on a recours habituellement dans la marine pour éviter, si c'est possible, l'introduction à bord de la fièvre jaune, ou pour se débarrasser des étreintes d'un pareil fléau.

Physiologie.

Étude sur la respiration; recherches physiologiques sur le mécanisme des bruits respiratoires, par M. le docteur Bondet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le mémoire qu'on va lire, et que des raisons particulières m'ont obligé de séparer dès à présent, d'un travail plus complet sur différents points d'auscultation, entrepris de concert avec M. Chauveau, n'est que l'exposé sommaire des principaux résultats auxquels nous ont conduit nos recherches sur les phénomènes mécaniques de la respiration. C'est un aperçu, plutôt qu'un résumé complet de tous les faits observés. Tous ces faits, du reste, n'étaient pas indispensables au sujet que je me propose de traiter; j'ai donc pu négliger certaines particularités spéciales à quelques-uns d'entre eux, et, en me renfermant dans un cadre plus étroit, n'en choisir qu'un certain nombre pour éclairer la question si controversée du mécanisme des bruits respiratoires physiologiques.

L'obscurité qui règne encore sur cette importante question, point de départ obligé de toute théorie des bruits respiratoires, motivera suffisamment l'importance que nous y attachons, et qu'y ont attachée avant nous tous les auteurs qui se sont occupés d'auscultation.

Ce qui manque, en effet, à ce moyen si puissant, à ce mode d'exploration si précieux, c'est une base, un principe rigoureux, aussi indispensable à l'élève pour guider ses recherches qu'au maître lui-même pour asseoir ses jugements et assurer ses affirmations. Il est vrai qu'avec une grande habitude, des exercices répétés, on peut arriver à une certaine perfection dans la pratique de l'auscultation; mais de là à cette précision à laquelle doivent tendre toutes les méthodes d'investigation qui reposent sur les sciences dites exactes, il y a trop de distance encore pour ne pas essayer d'introduire dans l'étude de cette branche des connaissances médicales toute la rigueur d'une démonstration scientifique.

Notre but, quand nous avons entrepris nos travaux sur l'auscultation, a été de mettre la science à la place de l'art, et notre premier soin a dû porter sur la détermination même des principes, autrement dit des lois sur lesquelles repose le mécanisme des bruits produits par la circulation des gaz dans les conduits de diverse nature, inertes ou vivants.

Les bruits respiratoires, bien que liés, comme tous les actes organiques, à la source première et commune à tous ces actes, la vie, sont dans leur essence des phénomènes purement physiques, soumis, par conséquent, aux mêmes lois que les phénomènes de même ordre qui se passent en dehors de l'organisme animal. La marche naturelle à suivre pour les étudier consistait donc à fixer d'abord par l'expérimentation physique les conditions de production de ces phénomènes acoustiques, sauf à rechercher ensuite dans l'expérimentation physiologique la confirmation ou l'infirmation des résultats fournis par les données de la physique.

Cette marche tout à fait scientifique, que nous avons dû suivre pour fixer d'abord certains points de nos recherches, se trouve malheureusement environnée de grandes difficultés; elle est longue, aride, et exige des moyens d'expérimentation qui ne sont pas toujours à la portée de tout le monde. Peut-être aussi que la nature des détails dans lesquels nous aurions été entraînés en la suivant également dans ce mémoire eût éloigné de nous beaucoup de lecteurs.

Nous avons donc mis de côté, pour cette fois, cette partie ingrate et du reste incomplète encore de nos travaux; nous y reviendrons plus tard quand nous voudrons généraliser et poser en lois les faits que nous a révélés l'expérimentation physiologique. Ces faits seuls sont, du reste, assez remarquables et assez rigoureusement observés pour que nous puissions, dès aujourd'hui, nous baser sur les résultats qu'ils nous ont donnés, pour exposer une théorie nouvelle des bruits respiratoires.

Avant d'aborder l'examen de ces faits, jetons un rapide coup d'œil sur l'état actuel de la question.

D'après Laennec, les bruits ou murmures respiratoires étaient produits par le frottement de l'air contre les parois de la trachée, des bronches et des vésicules. Cette opinion, généralement adoptée, fut combattue pour la première fois par M. Beau en 1834. La théorie qu'il proposa à cette époque, et qu'il a reproduite plus tard, avec quelques modifications, dans son Traité d'auscultation, peut se formuler ainsi : Les bruits respiratoires sont le résultat d'un bruit unique qui se passe dans les voies respiratoires supérieures. Ce bruit unique, appelé d'abord par M. Beau *bruit guttural*, fut précisé davantage par la suite sous le nom de *souffle glottique*.

Pour M. Beau, les bruits trachéaux bronchiques et vésiculaires, tous les bruits respiratoires, en un mot, ne seraient que le résultat du retentissement de ce souffle glottique dans la trachée, les bronches et les vésicules. Quelques expériences du docteur Spittal, tendant à prouver que les bruits formés

---

maître, à vous entretenir de ceux qui frappent l'homme vivant et travaillant à l'air libre sur un sol humide.

Ici ma tâche devient plus difficile, parce que cette question, vous le comprenez, touche directement à celle du miasme paludéen, et qu'arrivée à ce point, il faut combattre l'erreur séculaire et entrer en lutte avec le présent et avec le passé.

Quoi qu'il en soit, je descends volontiers dans l'arène, non-seulement parce que je me sens fort du principe que je soutiens, mais parce que, observations, faits et expériences, tout me démontre que la vérité est là, et qu'on ne saurait assez la proclamer et la défendre.

Soit donc que nous envisagions l'ouvrier incliné vers la terre et gagnant péniblement son pain, soit que nous envisagions le voyageur traversant rapidement les contrées humides, ou y séjournant plus ou moins de temps, nous observons que tous les deux auront à subir, suivant leurs fatigues, suivant la saison et la constitution météorologique de l'année, les influences dont je vous ai entretenu, et qui sont spéciales à ces pays; aussi, bien que l'endémicité palustre y soit à l'état permanent, il n'en est pas moins vrai, ainsi que vous le savez, que cette endémicité est loin d'être la même chaque année, par la raison que les accidents météorologiques sont loin aussi d'être semblables : ce qui fait que les conditions du sol restant les mêmes, on voit la cause fébrifère être terrible pendant une année, et très-bénigne pendant l'année suivante. Nous n'en donnerons pour preuve que les faits qui se sont accomplis pendant ces trois dernières années qui viennent de s'écouler, et qui, sous ce rapport, doivent être un grand enseignement pour ceux qui ont pris la peine d'observer et d'enregistrer l'ensemble de ces phénomènes météorologiques.

En effet, pendant l'année 1860, l'été et l'automne ont été pluvieux et froids; la moyenne thermométrique ne s'est pas élevée, pour le centre de la France, au-dessus de 12 et 15° + 0. Le condensateur thermo-électrique s'est montré à peine sensible plus de six fois dans le mois d'août et sans jamais dépasser 5° + 0. L'hygromètre a toujours été au maximum;

dans les voies aériennes supérieures ont, en effet, une certaine influence sur ceux qui s'entendent inférieurement, vinrent ajouter une nouvelle force à l'opinion professée par M. Beau. Vainement lui objecta-t-on certains cas d'individus opérés de la trachéotomie, chez lesquels un murmure vésiculaire continuait à être entendu très-distinctement. On lui cita également des individus présentant des bruits laryngiens très-forts, et chez lesquels les bruits d'inspiration et d'expiration pulmonaires étaient moins accusés que chez la plupart des autres hommes. Le fait inverse, qui chez l'enfant est l'expression de l'état physiologique, des expériences directes dans lesquelles on coupait la trachée sur les animaux sans abolir le murmure pulmonaire, furent opposés également à sa manière de voir, tout fut inutile; aujourd'hui encore M. Beau maintient sa théorie.

Nos expériences montreront ce qu'elle a d'incomplet, notons toutefois, dès à présent, ce fait vrai en lui-même, qui ressort de l'examen des opinions professées par M. Beau, l'importance dans l'étude de la respiration, de certains bruits qui se passent dans les voies respiratoires supérieures, et spécialement à l'orifice de la glotte. Nous verrons, par la suite, comment ce fait isolé dont M. Beau a fait la pierre angulaire de son édifice rentre dans la loi commune, que nous exposerons à notre tour, à propos de la théorie des bruits respiratoires physiologiques.

Pour être juste envers M. Beau, disons, du reste, ce que ce fait seul, vrai en lui-même, a donné de remarquable et d'original aux idées soutenues par ce médecin à propos des souffles de la pneumonie, et poursuivons notre étude par l'examen des idées exposées par M. Fournet dans ses recherches cliniques sur l'auscultation.

Après avoir fait ressortir l'erreur de Laennec, qui, sous le nom commun de *bruit respiratoire*, confondait deux bruits parfaitement distincts, le bruit de l'inspiration et celui de l'expiration, ce médecin admet que dans l'état naturel il se produit dans chaque section de l'appareil respiratoire, depuis les cavités buccale et nasale jusqu'aux cellules pulmonaires, un bruit particulier indépendant des bruits des sections voisines. Ces bruits, ajoute-t-il, sont le résultat du passage de l'air dans ces cavités. Après cette explication, ou malgré cette explication, M. Fournet, qui est bon clinicien, qui a bien observé et bien entendu, proclame, ainsi que nous le verrons faire tout à l'heure à M. Skoda, l'indépendance des bruits supérieurs et des bruits qui se passent dans l'intérieur du poumon, les premiers pouvant se propager jusque dans les voies respiratoires inférieures, de manière à être entendus conjointement avec les bruits vésiculaires, dont ils se distinguent très-bien, ajoute-t-il, par leur variabilité, leur timbre métallique et leur caractère lointain. On peut s'étonner qu'après cette distinction si nette M. Fournet n'ait pas modifié ses idées sur le mode de production des bruits respiratoires, et que pour les expliquer il ait dû recourir, comme Laennec, au frottement de l'air contre les parois des tubes aérifères. Serait-ce la réfutation de la théorie de M. Beau, qu'il venait de discuter longuement, qui aurait influencé M. Fournet, et l'aurait empêché de se demander au moins quelle était la cause du renforcement de ces bruits supérieurs? On serait presque tenté de le croire, si l'hypothèse de Laennec eût été alors moins généralement adoptée.

C'est sur cette hypothèse, en effet, que nous voyons tous les médecins de l'époque s'appuyer pour donner une explication des bruits respiratoires.

M. Andral l'avait admise comme M. Fournet, et c'est sur elle encore, sauf quelques modifications légères, que se basent les médecins et les physiologistes d'aujourd'hui, quand il s'agit de théoriser ces mêmes bruits, ou tout au moins d'en rechercher le mécanisme.

Dans un livre aujourd'hui classique, le Traité d'auscultation de MM. Barth et Roger, ces auteurs arrivent à conclure que, pendant la respiration, outre les bruits qui se passent dans les voies aériennes supérieures, bouche, arrière-bouche et larynx, il se forme également des bruits dans les bronches, dans leurs ramifications et dans les cellules pulmonaires. Quant aux causes de ces bruits, ils les trouvent dans les conditions de frottement fournies par la structure même des conduits aérifères formés de parties tour à tour molles et solides, membranes et cartilages, dans le calibre variable des radicules bronchiques, dans le choc de l'air contre les éperons formés par la bifurcation même de ces rameaux et radicules bronchiques, et enfin par le déplissement des vésicules.

Pour eux, en un mot, il y a des bruits multiples, engendrés localement par des causes multiples : bruit laryngé au larynx, trachéal dans la trachée, bronchique dans les bronches, et vésiculaire dans les vésicules.

Cette multiplicité d'origine, invoquée par des cliniciens habiles, ne témoigne guère que de la pauvreté de nos explications physiologiques. Dans l'impossibilité où se sont trouvés MM. Barth et Roger d'adopter dans leur ouvrage, du reste si complet, une théorie qui fût en harmonie parfaite avec les faits observés, ils ont dû, pour approcher autant que possible de la vérité, tenir compte de toutes les causes capables, à première vue, d'entrer pour quelque chose dans la production des bruits respiratoires. On peut dire, du reste, que, à part M. Beau, personne n'avait songé à chercher ailleurs que dans le frottement de l'air sur les parois des tubes aériens la cause de production de ces bruits. Cette opinion, dominante en France, nous allons la retrouver dans un ouvrage dû à un médecin allemand, M. Skoda.

Comme Laennec, M. Skoda, dans son Traité de percussion et d'auscultation, explique le bruit de la respiration vésiculaire par le frottement de l'air contre les parois des petits tuyaux

---

aussi l'action morbigène a-t-elle été complétement nulle en Sologne, pays palustre le plus mal famé de France.

Pendant l'année 1861, tout le contraire s'est manifesté : l'été et l'automne ont présenté une sécheresse pour ainsi dire exceptionnelle ; la chaleur a été si grande, que, pendant certaines journées, le thermomètre s'est élevé à 40 et 42° + 0. L'indicateur de l'appareil thermo-électrique s'est continuellement porté sur les chiffres 18 et 20 degrés, les plus élevés de l'instrument. Par contre, l'hygromètre est resté immobile. L'atmosphère des nuits, en juin et juillet, a été constamment sèche et chaude ; en septembre et octobre, l'air était froid et sec ; à peine si dans les vallées, habituellement couvertes de brouillards épais, on observait quelques traces de vapeurs. Dans ces conditions tout opposées, l'action morbigène a été cette année complétement nulle.

Enfin, les phénomènes météorologiques de l'année 1862 ont été, pour ainsi dire, la reproduction de ceux qu'on a observés pendant les années précédentes, avec cette différence qu'ils se sont divisés en deux séries bien distinctes, le commencement de l'été s'étant montré chaud et sec, tandis que la fin de l'été et l'automne en entier ont été froids et humides ; de là encore, pour les mêmes raisons, l'élément fébrigène s'est à peine développé.

Voilà, ce me semble, des faits irréfutables qui montrent mieux que la déduction la plus savante, que ce n'est ni la chaleur seule ni l'humidité seule qui, dans les contrées palustres, peuvent développer les causes nosoïves, mais bien l'intensité de la chaleur avec la variabilité d'action des phénomènes *hydro-thermo-électriques*.

Tel est, cher maître, cet ennemi invisible que, depuis des siècles, on a cherché sans vouloir le voir ; et si je n'ai pu vous le montrer comme on montre l'étoile qui brille la nuit dans un ciel pur, j'ai pu du moins vous le faire toucher du doigt et vous déceler sa présence, degrés par degrés, de même que l'on constate par le thermomètre la présence et l'absence de la chaleur.

bronchiques et des vésicules aériennes, mais il différencie avec soin ce bruit vésiculaire des autres bruits qui se font entendre dans la trachée et les grosses bronches. Bien que M. Skoda ne nous dise pas comment sont produits ces bruits respiratoires supérieurs, il est évident qu'il les distingue du murmure vésiculaire, et leur fait jouer un certain rôle dans l'ensemble des bruits respiratoires physiologiques. Il y a malheureusement dans l'ouvrage, du reste si remarquable de M. Skoda, certains passages obscurs et difficiles à saisir, on ne se rend pas très-bien compte de ce qu'il entend par respiration des gros tuyaux bronchiques, de même pour son bruit respiratoire indéterminé. Malgré cela, on ne peut s'empêcher d'admirer ce qu'il y a d'essentiellement vrai dans cette distinction qu'il cherche à établir entre les bruits respiratoires du larynx, de la trachée et des grosses bronches, et le bruit respiratoire des cellules aériennes et des petites ramifications bronchiques. Avec une oreille fine et exercée, un esprit scrutateur et sage, M. Skoda comme M. Fournet a saisi cliniquement une vérité qui ressortira évidente de nos expériences : l'opposition absolue qui existe entre les bruits respiratoires supérieurs et les bruits pulmonaires proprement dits ou vésiculaires. Nous nous attacherons par la suite à faire ressortir cette opposition; commençons d'abord par fixer avec toute la précision possible le siége même des bruits respiratoires.

Cette première partie de notre travail ressortira évidente, nous l'espérons, d'une double série d'expériences dont le nombre a été considérable, et dont les principales seulement seront rapportées pour ne pas surcharger ce mémoire. Nous nous occuperons ensuite des conditions de production de ces bruits, et en terminant nous donnerons sous forme de conclusions la théorie des bruits respiratoires telle qu'elle résulte pour nous des expériences diverses que nous avons instituées. Plus tard nous pensons la confirmer à l'aide de lois physiques rigoureuses dans l'exposé desquelles nous n'avons pas voulu entrer aujourd'hui, préférant rester autant que possible dans le domaine toujours plus intéressant et souvent moins contesté de l'expérimentation physiologique.

Ceci posé, j'aborde immédiatement l'étude du problème que nous devions résoudre d'abord : déterminer d'une façon précise le siége des bruits respiratoires. Est-il vrai que ces bruits soient le résultat d'un bruit unique produit à l'ouverture de la glotte, ainsi que le prétend M. Beau? ou bien, ainsi que semblent l'admettre MM. Barth et Roger, Skoda, Fournet, et Laennec tout le premier, les bruits que l'on entend, lorsqu'on applique son oreille sur la poitrine d'un homme bien portant, et qui, sous les noms de bruit d'inspiration et de bruit d'expiration, constituent les bruits respiratoires proprement dits, ne seraient-ils que la résultante de bruits multiples produits par le passage et le frottement de l'air sous les diverses parties des tuyaux aériens?

Pour résoudre cette question, nous avons dû répéter d'abord sur des chevaux et sur des chiens les sections de trachée, ainsi que l'avaient fait déjà MM. Rokitanski, Barth et Roger, et, comme ces expérimentateurs, nous avons pu nous convaincre qu'indépendamment des bruits laryngiens abolis par la section de la trachée, il restait après cette opération un bruit d'inspiration vésiculaire, bruit très-net, perceptible dans toute l'étendue de la poitrine.

Ces opérations, répétées un grand nombre de fois, n'ont laissé aucun doute dans nos esprits sur la double origine des bruits que l'on perçoit en appliquant l'oreille sur la poitrine de ces animaux, et qui, chez eux comme chez l'homme, constituent les bruits respiratoires proprement dits. Ajoutons, en outre, que nous avons pu, grâce à certaines modifications que nous avons fait subir aux ouvertures naturelles des voies respiratoires, et spécialement au larynx, déterminer tout à la fois et le siége des bruits supérieurs et l'influence que peut avoir sur ces bruits l'exagération de certaines dispositions anatomiques, particulièrement l'étroitesse relative des orifices du larynx.

Expérience 1. — *Section de la trachée.*

Vieux cheval légèrement poussif.

A l'auscultation de la trachée, on constate chez cet animal, au début de l'inspiration, un souffle bref et fort; au début de l'expiration, un autre souffle moins accentué, mais plus long.

L'oreille, appliquée sur les parois de la poitrine, ne perçoit rien pendant l'expiration; mais on entend dans l'inspiration le murmure pulmonaire habituel, murmure léger comme chez tous ces animaux, mais très-net.

On pratique un trou à la membrane crico-trachéale, et par cette ouverture la glotte est explorée avec le doigt. Les mouvements exécutés par les cartilages aryténoïdes sont presque insensibles, leur rapprochement pendant l'expiration est à peine marqué. Si le doigt est porté dans la glotte interaryténoïdienne, de manière à la rétrécir le plus possible (l'animal supporte assez bien ce contact), aussitôt les bruits de la trachée se modifient considérablement.

Le souffle d'expiration se dédouble en deux temps : bref et retentissant au début du mouvement, il reprend avec moins de force dans la dernière partie de l'expiration, et ce dernier temps est immédiatement suivi du bruit d'inspiration, toujours très-fort et plus prolongé qu'avant l'introduction du doigt.

Quant à l'auscultation de la poitrine pendant ce rétrécissement artificiel de l'ouverture glottique, elle ne permet pas de reconnaître la moindre modification dans les phénomènes stéthoscopiques; l'expiration est toujours aphone, et le murmure inspiratoire a conservé son intensité primitive.

Ces premiers faits constatés, on coupe la trachée en travers entre le premier et le deuxième cerceau, et l'on tire le bout

Aussi pour nous qui ne voulons admettre aucune hypothèse, mais envisager dans toute sa simplicité le fait surpris par l'observation, il découle cette conséquence qui a déjà parue être une énormité à ceux qui sans recherches acceptent la doctrines des siècles passés, quelque entachées qu'elles soient d'inexactitude et d'erreur : c'est que la cause fébrigène agit sur l'homme exposé au milieu des champs, d'autant plus activement qu'il aura éprouvé plus de fatigues, et qu'il sera à l'époque de la saison la plus chaude de l'année, et aux heures du jour pendant lesquelles le soleil est le plus ardent. C'est alors que l'insolation la plus vive s'exerce avec le plus de violence dans les contrées humides, que l'homme subit le plus cet ébranlement du système nerveux d'où naissent tous ces désordres se caractérisant par l'invasion de la fièvre palustre. En avançant que c'est pendant le jour que l'agent fébrigène est le plus à redouter, est-ce à dire, pour cela, que les brumes humides du matin et du soir et que la fraîcheur des nuits soient exemptes de nocuité? Telle n'est pas ma pensée; je reconnais qu'elles sont nuisibles, que la présence des brouillards et l'abaissement de la température sont dans un rapport direct avec les phénomènes que j'ai signalés : mais ce que je veux constater, c'est que, dans les troubles que détermine l'impaludation dans l'organisme, les brouillards humides sont loin d'être indispensables, qu'ils n'agissent que comme agent réfrigérant, en un mot, qu'ils ne portent rien de spécial avec eux.

Un voyageur peut traverser impunément, pendant la nuit, des contrées marécageuses, pourvu toutefois qu'il ne se soit pas exposé précédemment à quelques-uns de ces courants énervants, à une fatigue excessive, et qu'il soit convenablement couvert; tandis, au contraire, que celui qui, sous l'influence de travaux pénibles ou d'une marche forcée, aura eu à subir pendant le jour l'insolation redoutable de ces contrées, et qui aura eu, pour quelque cause que ce soit, à ressentir un refroidissement accidentel, soit le jour, soit la nuit, celui-là sera presque inévitablement atteint par le fléau.

Mais afin d'éviter toutes répétitions sur ce point déjà envi-

inférieur hors de la plaie à l'aide de deux érignes, de manière à en rendre l'ouverture parfaitement béante. Comme cette ouverture s'est un peu rétrécie par suite de la contraction de la membrane charnue (membrane qui, chez le cheval, est très-épaisse et existe seulement sur la face postérieure de la trachée), on coupe en travers cette membrane et la muqueuse qui la recouvre sur une longueur d'un décimètre environ.

Après cette opération, l'auscultation pratiquée sur la trachée ne laisse plus entendre de souffle inspiratoire, et le souffle expiratoire qui persiste est incomparablement plus faible et plus bref.

En rétrécissant plus ou moins l'ouverture, on fait reparaître à volonté des souffles très-forts, inspiratoires et expiratoires, dont l'intensité est en rapport avec le degré du rétrécissement.

Sur la poitrine, le murmure inspiratoire, bien loin de diminuer après la section de la trachée, semble avoir pris plus de force et plus de netteté; toujours rien à l'expiration.

Les rétrécissements pratiqués à l'ouverture de la trachée paraissent diminuer l'intensité du murmure d'inspiration. Quant aux souffles si intenses qu'ils produisent dans la trachée, on ne les entend plus en auscultant la poitrine.

Cette expérience, répétée plusieurs fois, nous a toujours donné des résultats identiques; nous l'avons variée en appliquant à l'orifice de la section de la trachée des tubes de fer-blanc d'un diamètre toujours égal à celui de la trachée, et toujours elle nous a donné les mêmes résultats.

Disons, du reste, que ces expériences, faites en général sur de grands animaux, ânes et chevaux, nous ont toujours permis de bien isoler les bruits respiratoires supérieurs des bruits pulmonaires. Comparée aux bruits laryngiens, très-forts chez les animaux de cette espèce, la respiration vésiculaire du poumon est très-faible; elle en diffère tout à fait, et par son timbre et par sa finesse, qui rappelle une sorte de douce crépitation qu'il est rare de rencontrer avec autant de pureté chez les autres animaux.

Chez le chien, en effet, chez le lapin, de même que chez l'homme, cette respiration vésiculaire est moins pure; presque toujours elle se trouve mélangée, masquée même en certains points, au niveau des grosses bronches par exemple, par le retentissement des bruits laryngiens. Ce retentissement, facile chez ces animaux, à cause d'une perméabilité moins grande du tissu pulmonaire, peut-être aussi à cause de la distance moins grande qui sépare les poumons du larynx, n'existe pas ou existe à peine chez les animaux sur lesquels nous avons opérés. Grâce à cet isolement, peut-être avons-nous pu étudier avec plus de précision qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent, ces deux bruits si différents l'un de l'autre.

Nous reviendrons tout à l'heure sur cette distinction. Qu'il nous suffise pour le moment de bien constater après la section de la trachée, et l'abolition des bruits laryngiens, ce qu'avaient noté déjà MM. Rokitanski, Barth et Roger, et l'existence indéniable d'un bruit vésiculaire qui continue à se faire entendre pendant l'inspiration dans la poitrine des animaux opérés. Qu'est-ce que ce bruit, et par quoi est-il produit?

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *Limites de la résistance vitale au vide et à la dessiccation chez les animaux pseudo-ressuscitants*, par M. *F. Pouchet*. — L'auteur expose les expériences qu'il a faites en vue de prouver que les oscillations hygrométriques et thermométriques n'exercent aucune influence destructive sur la vie des animalcules pseudo-ressuscitants.

Dans ces expériences, où toutes sortes de précautions furent prises pour éviter les variations de température et d'hygrométricité, tous les rotifères et les tardigrades, emprisonnés avec du terreau dans des tubes préparés, ont succombé en se desséchant complétement.

Ainsi donc, conclut M. Pouchet, ni les oscillations hygrométriques, ni les oscillations thermométriques ne peuvent être considérées comme les causes de la mort des animalcules pseudo ressuscitants, et celle-ci, dans toutes ces expériences, n'a été évidemment que le fait de la dessiccation lente ou rapide de ces animalcules, qui ont cédé peu à peu leur eau d'interposition à du terreau très-sec et beaucoup plus hygroscopique qu'eux, ou qui l'ont cédée à la chaux, dans les tubes qui en contenaient.

Ainsi donc, l'observation et l'expérience s'unissent pour nous ramener à l'interprétation rationnelle des phénomènes, en nous démontrant que l'hypothèse des résurrections, qui a fait l'étonnement et presque l'amusement des physiologistes du siècle dernier, ne doit plus trouver de sérieux adhérents dans le nôtre : ainsi que l'emboîtement des germes, cette idée a fait son temps.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *Sur l'air de la vessie natatoire des poissons*, par M. *A. Moreau*. — Voici les conclusions de ce travail : L'air de la vessie natatoire offre une composition qui, relativement à la proportion d'oxygène, peut varier en plus ou en moins dans les conditions suivantes : 1° l'oxygène diminue et disparaît dans l'asphyxie et autres conditions morbides; 2° chez le poisson à vessie natatoire ouverte, comme chez le poisson à vessie natatoire close, l'air se renouvelle sans être

---

sagé tant de fois, permettez-moi de formuler les divers modes d'action météorologiques que je viens d'étudier, en disant :

1° Que c'est pendant l'été, plus qu'en aucune autre saison, que ces influences *thermo-électro-hygrométriques* sévissent avec le plus d'intensité comme causes fébrigènes.

2° Que c'est surtout de l'intensité de la chaleur se produisant avec la variabilité d'action des phénomènes thermo-électro-hygrométriques que naissent ces causes fébrigènes qui, sous le nom de *fièvres intermittentes*, *quotidiennes*, *tierces*, *quartes*, *simples* ou *compliquées*, *bénignes* ou *pernicieuses*, *rémittentes*, *aiguës*, *chroniques* ou *foudroyantes*, *dysentéries*, *fièvres jaunes* et *choléra*, sont toutes ici autant d'expressions pathologiques palustres, qu'il y a de variations et de puissance dans la force pathogénique elle-même.

3° Que ces influences sont d'autant plus actives et pernicieuses qu'elles se développent dans des localités moins élevées au-dessus du niveau de la mer, c'est-à-dire qu'elles seront plus basses, plus humides et plus marécageuses.

4° Que tous ces phénomènes seront d'autant plus fréquents et redoutables, que pendant un été très-chaud il sera survenu alternativement des pluies abondantes, lesquelles, en donnant un surcroît d'humidité au sol et à l'atmosphère qui vient s'ajouter à l'élément thermal, produisent des variations atmosphériques plus brusques, des oscillations thermo-électro hygrométriques plus considérables, augmentant d'autant la puissance pernicieuse de ces phénomènes.

Mais je m'arrête ici, cher maître, et si dans le cours de ces trois premières lettres je me suis étendu longuement, d'une part, sur les phénomènes physiques et chimiques propres au sol humide de ces contrées, de l'autre, sur les éléments générateurs des causes pathogéniques spéciales provenant de ce même sol, c'est que, voulant maintenant aborder la question du drainage et montrer son application comme moyen hygiénique puissant et essentiel pour détruire ces causes et modifier en même temps le sol et l'atmosphère de ces pays, j'ai pensé qu'il était important, avant d'indiquer les armes que

emprunté à l'atmosphère, et la rapidité de ce renouvellement est en raison de la vigueur du poisson; 3° l'air nouveau présente une proportion d'oxygène bien supérieure à la proportion de ce gaz contenue habituellement dans l'air de la vessie natatoire, et bien supérieure aussi à la proportion contenue dans l'air dissous dans l'eau. (*Commission du prix de physiologie expérimentale.*)

PATHOLOGIE. — *Sur la question de la pellagre dans les asiles d'aliénés*, par M. *Landouzy*. — L'auteur répond par les arguments suivants à la dernière communication de MM. Labitte et Pain, médecins de l'asile de Clermont (voy. n° , p.) :

« Relativement à la statistique des pellagreux de l'asile de Lille, par M. Joire, M. Landouzy fait remarquer d'abord que M. Joire n'est pas à l'asile de Lille, mais à l'asile de Lommelet. Ensuite, si cette année M. Joire a trouvé 17 pellagreux sur 540 aliénés, l'an dernier, à l'époque où a été dressé mon tableau, il n'en a pas trouvé un seul sur les 556 aliénés de son asile !

» Nous avions visité également dans le département du Nord, avec M. de Smyttère, l'asile de Lille; avec M. le docteur Butin, l'asile d'Armentières, et sur ces 1640 aliénés que nous avons passés en revue, main par main, nous avions noté : *zéro* pellagre. C'est ce résultat qui est inscrit dans ma statistique.

» Si c'est l'aliénation qui, comme entité morbide, produit la pellagre, pourquoi, dans les asiles de France et d'Italie, pas un seul *pensionnaire* n'est-il pas devenu pellagreux? Pourquoi, sur les 48 asiles français et italiens que j'ai visités, ou sur lesquels j'ai reçu de précis documents des médecins en chef, y en a-t-il 27 qui sont complétement exempts, 4 qui n'en ont qu'un seul, 3 qui n'en ont que deux, 4 qui n'en ont que trois, 1 qui n'en a que quatre, 4 qui n'en ont que de cinq à huit? Poussant la discrétion et la vérité jusqu'à l'extrême dans ces chiffres, j'en ai mis 10 à Turin, sur 863 aliénés, après avoir cependant acquis la certitude et après avoir montré au médecin en chef, M. Bonacossa, par ses propres notes, que 6 au moins étaient évidemment pellagreux avant que d'être aliénés. Ce serait donc 6 à retrancher. J'en ai mis 7 à Lyon, sur 800 aliénés, malgré l'assurance que me donnait l'éminent docteur Arthaud, que la plupart de ces sujets avaient eu évidemment la pellagre avant l'aliénation.

» Comment donc mes honorables confrères de Clermont viennent-ils aujourd'hui, devant l'Institut, m'accuser publiquement d'avoir diminué les chiffres de pellagreux, tandis que je les ai manifestement augmentés dans une statistique destinée à éclairer l'une des plus grandes questions de médecine et d'hygiène publique?

» Tout le monde comprendra parfaitement les différences d'hygiène et de régime alimentaire entre les différents asiles d'aliénés; mais à qui fera-t-on croire que l'aliénation produit la pellagre dans les uns, et ne la produit pas dans les autres?

» Enfin, comment MM. Pain et Labitte ont-ils pu espérer faire admettre par l'Académie des sciences qu'un professeur de clinique médicale qui étudie la pellagre depuis quatorze ans, et qui, depuis quatre années consécutives, lui adresse régulièrement le résultat imprimé de ses travaux, aura pu commettre six erreurs de diagnostic à l'occasion de six érythèmes pellagreux? » (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

CHIRURGIE. — *Sur un cas d'extirpation presque totale de la langue au moyen de la cautérisation en flèches*, par M. *Maisonneuve*. — Il s'agit d'un malade affecté d'un cancer chez lequel la presque totalité de la langue a été détruite avec succès au moyen de la cautérisation en flèches, et chez lequel on a pu adapter une langue artificielle de gutta-percha pour faciliter la déglutition et la parole. (*Comm.* : MM. Serres, J. Cloquet, Jobert, de Lamballe.)

— M. *Velpeau* présente, au nom de l'auteur, M. le professeur *Tigri*, une note écrite en italien « sur un nouveau cas de *bactéries* dans le sang d'un homme mort d'une fièvre typhoïde à l'hôpital de Sienne. »

ANTHROPOLOGIE. — *L'âge de la pierre dans les cavernes de la vallée de Tarascon (Ariége)*, note de MM. *F. Garrigou* et *H. Filhol*, présentée par M. de Quatrefages. — Sept cavernes ont été par nous examinées avec le plus grand soin. C'est aux cavernes de Pradières, de Bédeillac, de Sabart, de Niaux (grande), de Niaux (petite), d'Ussat, de Fontanet, que nous avons principalement cherché, jusqu'ici, les faits que nous allons énumérer. Les cavernes de Lombrives, de Calamès, des Gouttières, des Meuniers ne nous ont encore fourni que des matériaux incomplets.

Ces cavernes sont parfaitement saines à l'entrée, en général sans courant d'air; formant une simple salle spacieuse sans issue ou une grotte peu profonde, elles sont peu humides, et leur voûte est dépourvue de stalactites. Leur sol est couvert de débris calcaires fragmentés, véritable talus d'éboulement intérieur, pareil à celui qui recouvre les flancs de la montagne. Sous ce talus est une couche de terre plus ou moins argileuse. A partir de la surface, on commence à trouver les vestiges de la présence de l'homme; mais c'est surtout en s'enfonçant à 1 ou 2 mètres dans cette terre qu'on découvre les faits les plus intéressants. On arrive bientôt sur un foyer composé de couches successives de charbon et de cendres, à l'approche desquels on trouve en abondance les objets suivants : les os d'animaux sont fragmentés d'une manière très-uniforme; on voit qu'ils ont été fendus de manière que la moelle pût en être facilement retirée; la diaphyse est toujours ouverte, les têtes sont entières, les crânes constamment brisés, et cela tant chez les carnassiers, y compris le chien, que chez les ruminants, dont les os sont souvent calcinés. Nous n'avons encore vu aucun os rongé par un animal, malgré le très-grand nombre de frag-

---

nous pouvons employer pour combattre le mal, de montrer d'abord de quelle nature était ce mal, de quel point il naissait et quels étaient ses effets.

A demain donc cette importante question toute pratique, et magnifique dans ses résultats.

Veuillez agréer, etc. Dr ED. BURDEL.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — « Les médecins cités devant les cours et tribunaux pour donner des explications sur les travaux qui leur ont été confiés, ne doivent pas être considérés comme simples témoins, mais bien comme experts. » C'est ce qui résulte d'une circulaire ministérielle, datant, suivant une lettre adressée par M. le docteur Fauvelle à la *Gazette des Hôpitaux*, des premiers jours de 1861, et adressée à tous les procureurs généraux de l'Empire. M. Fauvelle reproduit textuellement une circulaire conforme de M. L. Dufour, procureur général à la cour d'Amiens.

— Le tribunal de commerce de la Seine, par jugement du 20 août 1862, avait refusé de considérer comme privilége la créance d'un médecin, à raison de soins par lui donnés à un failli, pendant la maladie qui avait immédiatement précédé la faillite. Ce jugement a été déféré à la cour de cassation, qui vient d'admettre le pourvoi.

— M. Ch. Lasègue, professeur agrégé, commencera son cours sur les maladies mentales et du système nerveux le vendredi 4 décembre, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre de la Faculté.

Leçons théoriques sur les généralités de l'aliénation mentale, les mardis et vendredis, à sept heures et demie, à la Faculté.

Leçons cliniques, les dimanches, à neuf heures du matin, à la Salpêtrière, service de M. Falret.

---

ments qui nous sont passés dans les mains. Des masses d'*Helix nemoralis* sont répandues dans toute l'épaisseur du foyer; leur contenu a dû servir de nourriture aux hommes de cette époque.

Avec ces ossements brisés, on en trouve d'autres travaillés de différentes manières : ainsi, des poinçons, des lances, des flèches faits avec des os de bœuf, de mouton et de porc; des grattoirs, des couteaux, des haches fabriqués avec des silex, des schistes siliceux très-compactes et très-résistants, ou avec des leptinites pugillaires à grain fin.

Plus de vingt meules piquées, comme les meules de nos moulins, en leptinite, en granit, en syénite, de dimensions différentes, variant entre 0m,20 et 0m,60 de diamètre (les plus petites taillées pour être tenues à la main), proviennent des cavernes d'Ussat, de Bédeillac, de Niaux (petite).

Des fragments de quartzites, évidemment taillés pour être tenus à la main, portent à l'une de leurs extrémités une surface usée par frottement doux. D'autres, en forme de boule, portent sur l'un des points de leur surface une cavité qui semble creusée par une série de coups.

Avec cela, de nombreux fragments d'une poterie grossière contenant du mica et des fragments de quartz, comme celles de la Suisse, avec deux formes tout à fait simples et primitives dans les anses. Ces débris de poteries sont tellement petits, qu'il est, pour le moment, impossible de décrire la forme des vases.

Les animaux dont les ossements ont pu être étudiés jusqu'ici sont : le *Cervus elaphus*, un très-grand bœuf, un bœuf plus petit, un mouton, une chèvre, une antilope, le chamois, le bouquetin (?), le *Sus scrofa ferus*, un *Sus* plus petit et domestiqué, le cheval (?), le loup, le chien, le renard, le blaireau, le lièvre, deux oiseaux dont l'état des os ne nous a pas permis la détermination.

De ces faits et de la découverte des pièces que nous venons d'énumérer, pièces dont nous n'avons voulu faire connaître la valeur qu'en les comparant nous-mêmes à celles des musées de la Suisse, nous croyons pouvoir tirer la conclusion suivante :

Il y a eu dans les Pyrénées ariégeoises (et sans doute aussi dans le reste de la chaîne), une population anté-historique dont les mœurs et la civilisation étaient semblables à celles des populations de l'âge de la pierre en Suisse. Ces peuples habitaient l'entrée des cavernes les plus saines et les plus spacieuses, se nourrissaient de la chair des animaux qui abondaient dans le pays, faisant des armes de leurs os les plus résistants ainsi que des roches les plus dures. Ils cultivèrent probablement le froment comme leurs frères de la Suisse, et c'est à sa trituration qu'étaient sans doute destinées les nombreuses meules que nous avons découvertes. Les métaux leur furent inconnus.

PHYSIOLOGIE. — *Réponse de* MM. N. Joly *et* Ch. Musset *aux observations critiques de* M. Pasteur *relatives aux expériences exécutées par eux dans les glaciers de la Maladetta.* — Après avoir répondu aux objections de M. Pasteur (voy. nº , p.), MM. Joly et Musset maintiennent l'exactitude des résultats qu'ils ont annoncés, et la légitimité des conclusions qu'ils ont déduites de leurs recherches. Ils acceptent le défi que leur a jeté M. Pasteur, et ils proposent à l'Académie de nommer une commission chargée de vérifier les expériences, de décider en dernier ressort, et de terminer cet interminable débat.

— M. *Flourens* déclare que les expériences de M. Pasteur sont décisives. Pour avoir des animalcules, que faut-il, si la *génération spontanée* est réelle? De l'air et des liqueurs putrescibles. Or, M. Pasteur met ensemble de l'air et des liqueurs putrescibles, et il ne se fait rien. La *génération spontanée* n'est donc pas. Ce n'est pas comprendre la question que de douter encore.

— M. *Pasteur* donne de vive voix quelques renseignements sur les résultats d'une expérience qu'il a faite tout récemment dans une des salles mêmes de l'Institut à la demande de M. Fremy, résultats qui confirment encore les conclusions qu'il avait tirées de ses expériences précédentes.

— MM. *de Quatrefages*, *H. Sainte-Claire Deville*, *Regnault* et *Milne Edwards* prennent successivement la parole pour faire remarquer qu'aucune des précautions recommandées par M. Pasteur et prises par lui dans ses expériences n'est à négliger si l'on veut se préserver des diverses sources d'erreurs auxquelles on est exposé, et obtenir des résultats à l'abri de toute objection.

MÉTÉOROLOGIE. — *Influence exercée par l'humidité de l'air sur les résultats des observations ozonométriques*, par M. *Berigny*. — L'auteur pense qu'il serait très-intéressant de connaître si les différents degrés d'hygrométricité de l'air, assaini par la vaporisation de l'eau dans les conditions où s'est placé M. Morin (voy. nº , p.), ont des relations avec les diverses nuances que donne le papier ozonométrique.

— Le docteur *Duchenne* (de Boulogne) fait hommage à l'Académie de la partie esthétique de ses recherches électro-physiologiques intitulées : *Mécanisme de la physionomie humaine.*

Les photographies d'après nature de la partie scientifique, qu'il lui avait adressées précédemment, représentaient les expériences électro-physiologiques desquelles il avait déduit les règles des lignes expressives de la face.

La partie esthétique montre quelles heureuses applications on peut en faire à la pratique des arts plastiques.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1863.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *Balley*, médecin du corps d'occupation à Rome, adresse la communication suivante :

« Le directeur de l'institution des Sourds-muets de Rome a bien voulu, à ma prière, adresser aux familles des 100 et quelques sourds-muets de son établissement une circulaire ainsi conçue : 1º Le père et la mère étaient-ils parents, étaient-ils bien constitués et bien portants? 2º Même question pour le grand-père et la grand'mère. 3º La surdi-mutité était ou non congénitale, et, dans la négative, à quelle cause peut-on attribuer l'infirmité?

» Les parents des sourds-muets provenant des provinces qui appartiennent aujourd'hui au Piémont n'ont pas répondu. Les renseignements obtenus sur 33 infirmes sont renfermés dans un tableau qui donne, sur ce nombre de 33 infirmes, 13 sourds-muets de naissance; parmi ces derniers, 3 sont d'origine consanguine, ou 23 pour 100. Parmi les 2 sourds-muets d'origine consanguine du sexe masculin se trouve un infirme dont l'histoire est assez curieuse : Une demoiselle, aujourd'hui madame S..., avait eu avant son mariage une fille qui, aussitôt sa naissance, fut mise aux Enfants trouvés. Ayant épousé quelque temps après M. S..., elle n'en eut qu'un garçon, et elle décida son mari à adopter une fille des Enfants trouvés, et, comme on le pense, son choix se dirigea naturellement sur son enfant, qui était d'une rare beauté, et qui plus tard devint l'épouse de son frère. Cette union de deux individus parfaitement conformés produisit d'abord quatre enfants mort-nés; le cinquième fut le sourd-muet compris dans le tableau; le sixième est une naine; le septième, aujourd'hui âgé de onze ans, paraît bien constitué. » (*Comm.*: MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard et Bienaymé.)

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Poggioli* présente une note SUR LE TRAITEMENT DE L'ASTHME PAR L'ÉLECTRICITÉ STATIQUE. — L'auteur rapporte, avec tous les détails nécessaires, quatre cas d'asthmes rebelles aux traitements ordinaires et traités par l'électricité avec un succès dont la rapidité surprenait presque autant le médecin que les malades. L'auteur a, d'ailleurs, grand soin de faire remarquer que ces quatre observations, et d'autres qu'il aurait pu y joindre, sont des cas d'*asthme véritable*, c'est-à-dire d'une névrose de l'appareil respiratoire ordinairement périodique et revenant par accès. Il n'a nullement songé à em-

ployer son mode de traitement contre l'asthme symptomatique se rattachant, soit à une affection du cœur, soit à un emphysème pulmonaire. (*Comm.*: MM. Andral, Cl. Bernard.)

Chirurgie. — M. *Verrier* présente un mémoire ayant pour titre : Question relative aux difformités de la taille, et a la scoliose en particulier.

L'auteur passe en revue dans ce mémoire les divers moyens orthopédiques employés contre les distorsions de la colonne vertébrale, et fait ressortir les inconvénients de chacun de ces moyens; il ne fait pas connaître, d'ailleurs, ceux qu'il emploie et qu'il dit lui avoir réussi quand on y a recouru à temps. (Renvoi à l'examen de M. J. Cloquet, qui jugera si cette communication, dans son état actuel, est de nature à devenir l'objet d'un rapport.)

Médecine. — M. *de Maizière* envoie un mémoire ayant pour titre : Origine astronomique des maladies épidémiques, et prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des pièces de concours pour le prix du legs Bréant. (*Renvoi à la section.*)

— M. *le Secrétaire perpétuel* présente, au nom de M. *E. J. Marey*, un ouvrage ayant pour titre : Physiologie médicale de la circulation du sang, basée sur l'étude graphique des mouvements du cœur et du pouls artériel, avec application aux maladies de l'appareil circulatoire.

Cet ouvrage, conformément au désir de l'auteur, sera réservé pour le concours Montyon de 1864 (médecine et chirurgie).

Académie de médecine.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet un rapport de M. le docteur *Roubaud* sur le service médical des eaux minérales de Pougues (Nièvre) pendant l'année 1861. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Des lettres de MM. les docteurs *Reynault*, *Boudin* et *Bergeron*, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale. — *b.* Des recherches sur la dyspepsie iléo-cæcale, par M. le docteur *Bachelet* (de Lyon). (*Comm.*: MM. Grisolle, Barth et Roger.) — *c.* Une note de M. le docteur *Blandet* sur la petite vérole observée chez des Auvergnats. (*Commission de vaccine.*)

M. *Béclard* offre en hommage, au nom des auteurs : 1° une brochure de M. *Chauffard*, agrégé, sur la philosophie positive ; 2° un opuscule de M. *Fraser* sur les effets thérapeutiques de la fève de Calabar; 3° un volume de M. *Tripier*, intitulé : La vie et la santé; 4° un ouvrage de M. *Harley* (de Londres) sur les maladies du foie et du pancréas.

M. *Rufz* rend compte sommairement d'une série d'inoculations vaccinales pratiquées sur différents animaux du Jardin d'acclimatation. M. Mathieu, vétérinaire, ayant à traiter un cheval hongre de race anglaise, qui était atteint d'éruption pustuleuse dans la bouche et sur diverses parties du corps, prit de la salive de ce malade et en frotta les gencives de son propre cheval. Ce dernier, devenu malade à son tour par suite de l'inoculation, fut conduit au Jardin d'acclimatation, où de nouvelles inoculations successives furent pratiquées par MM. Mathieu et Auzias-Turenne : 1° sur une vache et un taureau Sarlabot de race normande; 2° sur une vache Zébu; 3° sur une jument de Java; 4° sur un cheval siamois et une jument de l'île Sethland.

Toutes ces inoculations ont réussi; elles ont donné lieu à des éruptions pustuleuses offrant une entière analogie avec les boutons varioleux, comme on peut s'en convaincre par l'examen des deux derniers sujets, cheval siamois et jument de Sethland, que M. Rufz a fait amener du Jardin d'acclimatation pour les placer sous les yeux de l'Académie.

Après cette communication, l'Académie se réunit en *comité secret* pour délibérer sur une question qui intéresse la dignité de la savante Compagnie.

A la reprise de la séance publique, M. *Malgaigne* demande que la publicité soit donnée à la décision que l'Académie vient de prendre; c'est le seul moyen de donner une sanction à la peine d'exclusion qu'elle vient de prononcer contre un de ses membres correspondants.

M. *le Président*, au nom du bureau, porte à la connaissance du public médical, que l'Académie, dans son comité secret, a décidé que M. le docteur *Priou* (de Nantes) est déchu de son titre de membre correspondant pour avoir indignement abusé de cette qualité et compromis la dignité académique par des affiches nombreuses placées sur tous les murs de Rouen, pendant le congrès médical tenu dernièrement dans cette ville. (*Marques unanimes d'approbation.*)

M. *le Président* annonce que la séance publique annuelle aura lieu le mardi 15 décembre, à trois heures précises.

M. *Gobley*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Guibourt, Trébuchet et Poggiale, lit un rapport sur un nouveau modèle d'étiquettes coloriées, à propos desquelles l'Académie a été consultée.

Tout en trouvant ingénieuse la modification proposée par l'auteur, la commission pense qu'il n'y a pas lieu de substituer les nouvelles étiquettes à celles qui sont généralement employées, et qui suffisent pour éviter toute erreur dans l'administration des médicaments. (*Adopté.*)

Discussion sur l'origine de la vaccine.

M. *Depaul* remercie M. Rufz de la bonne pensée qu'il a eue de fournir une démonstration palpable de la doctrine qu'il soutient, par l'exhibition des deux petits chevaux atteints d'une éruption variolique très-évidente, résultant d'inoculations successives et méthodiquement suivies.

Puis l'orateur reprend la suite de son argumentation. Il repousse d'une manière absolue la différence qu'on a cherché à établir entre la variole et la vaccine. Pour lui, ces deux affections sont de même nature et procèdent d'une commune origine. Elles sont également inoculables, et souvent elles présentent dans leur marche, leur évolution et leur manifestation séméiologique des analogies frappantes. Il n'est pas rare, par exemple, que la vaccine, au lieu de rester bornée aux points d'insertion, se développe sur presque toutes les régions du corps. Il est incontestable, pour tout observateur rigoureux, qu'il y a identité entre le virus varioleux et le virus vaccinal. Il n'existe pas ici deux virus différents, pas plus que pour la syphilis. Donc, inoculer la variole ou la vaccine est tout un. L'histoire de l'inoculation de la variole, qui a précédé la découverte ou la prétendue découverte de la vaccine, fournit de nombreux documents à l'appui de cette assertion. On trouve notamment des choses instructives sur ce sujet dans un mémoire communiqué le 29 fructidor de l'an VII par Pinel et Leroux à la Société de l'École de médecine : 20 enfants furent inoculés avec du pus variolique, dans un but préservatif, par ces deux professeurs. Sur 8 de ces enfants, l'expérience fut négative; sur 5, on vit, après le quatrième ou le cinquième jour, se développer des boutons au niveau des piqûres, exactement comme dans la vaccine, sans généralisation ultérieure. Chez les 7 autres enfants, il y eut, indépendamment de l'éruption locale, une éruption générale, mais extrêmement discrète et bénigne, de sept à dix-huit boutons au plus, comme il arrive parfois aussi dans la vaccine elle-même.

M. Depaul a pratiqué lui-même l'inoculation de la variole sur un enfant chez lequel il n'est pas survenu d'autres phénomènes que ceux qu'on observe habituellement dans la vaccine.

Ces exemples ne démontrent-ils pas l'identité des deux affections et la communauté de leur origine? Qu'est donc la vaccine, sinon une variole affaiblie, atténuée?

Et ce qui le prouve encore, c'est qu'on voit quelquefois la variole éclater pendant l'évolution de la vaccine et malgré elle. L'orateur en présente la preuve en mettant sous les yeux de l'Académie le cadavre d'un enfant nouveau-né mort à l'hôpital des cliniques, qui offre simultanément des boutons de vaccine et des pustules d'une variole développée dix-huit jours après la vaccination.

Et maintenant quelle est cette affection aphtheuse ou phlycténoïde décrite par les vétérinaires, et à laquelle M. Bouley attribue au plus haut degré la puissance vaccinogène? L'orateur déclare que son embarras est grand quand il s'agit de résoudre cette question. Il a lu sur ce sujet toutes les descriptions données par les vétérinaires modernes; mais ces auteurs ne paraissent nullement s'entendre sur ce point de pathologie, et ce n'est pas dans leurs livres qu'il faut chercher la lumière. M. Depaul a trouvé une description plus satisfaisante de cette maladie dans un travail de M. Rayer inséré en 1838 dans les Archives de médecine comparée. On voit là qu'il s'agit manifestement d'une maladie éruptive, pustuleuse, de nature variolique.

Et, encore une fois, cette opinion n'est pas nouvelle. En 1810, en 1820, en 1846, on la trouve nettement formulée dans des mémoires publiés par Foggia, Andrews et Ozanne. Ces observateurs regardent l'éruption dite aphtheuse du cheval comme très-analogue à la variole de l'homme. Il est extrêmement probable que ce que les vétérinaires modernes ont décrit sous le nom d'épidémie aphtheuse chez le mouton, la vache, le porc, ne diffère point, à son tour, de la maladie aphtheuse du cheval, et, conséquemment, que toutes ces affections procèdent d'un virus de nature variolique.

M. Depaul termine sa communication en donnant lecture des conclusions qu'il avait déposées dans une séance précédente, sous forme de pli cacheté. Ces conclusions sont ainsi conçues :

« De tout ce qui précède et des diverses communications que depuis plusieurs années j'ai eu l'occasion de faire à l'Académie sur le même sujet, je crois être en droit de tirer les conclusions suivantes :

» 1° Il n'existe pas de virus vaccin.

» 2° Le prétendu virus vaccin, qu'on considère comme l'antagoniste, le neutralisant du virus varioleux, n'est autre que le virus varioleux lui-même.

» 3° Les espèces bovine et chevaline sont sujettes à une maladie éruptive qui est identique, quant à la *nature*, avec la variole de l'espèce humaine.

» 4° Il est à peu près démontré qu'il en est de même pour plusieurs autres espèces animales (porcs, moutons, chèvres, chiens, singes, etc.). Je suis moins affirmatif en ce qui concerne ces derniers animaux, parce que je n'ai pas encore une expérience personnelle suffisante.

» 5° Les phénomènes locaux et généraux que présentent les animaux sont les mêmes que ceux observés chez l'homme; il n'y a de différence, quant aux pustules, que celle qui dépend de la structure de la peau et de la présence de poils nombreux.

» 6° Comme dans l'espèce humaine, la variole apparaît sous forme sporadique ou épidémique dans les espèces bovine et chevaline.

» 7° Du cheval on l'inocule facilement à la vache, et réciproquement.

» 8° De la vache on l'inocule sans peine aux individus de l'espèce humaine, pourvu qu'ils n'aient eu ni la variole spontanée ni la variole inoculée.

» 9° Du cheval on l'inoculerait sans doute aussi à l'homme; mais la prudence n'a pas permis jusqu'ici de tenter ces expériences, le cheval étant sujet à plusieurs autres maladies graves qui pourraient s'inoculer en même temps.

» 10° La variole de l'homme s'inocule à la vache, au cheval et à plusieurs autres espèces.

» 11° Quand une épidémie de variole sévit sur l'espèce humaine, elle peut s'étendre par contagion aux animaux (vaches, bœufs, chevaux, moutons, etc.).

» 12° Une épidémie de variole peut débuter par les animaux et s'étendre également à l'homme.

» 13° La variole inoculée produit une réaction générale beaucoup moins grande que la variole développée par simple contagion. Cela est vrai pour l'espèce humaine, et surtout pour les autres espèces animales.

» 14° Les pustules qui résultent de la variole inoculée sont souvent limitées aux points mêmes de l'inoculation.

» 15° Quand une éruption secondaire se produit, elle est presque toujours insignifiante et se compose d'un très-petit nombre de pustules faciles à compter.

» 16° D'une manière générale, on peut dire que la variole des animaux est plus discrète et moins grave que celle de l'espèce humaine.

» 17° On a beaucoup exagéré les dangers de l'inoculation de la variole dans l'espèce humaine. Il suffit d'étudier sans idée préconçue ce qui a été écrit sur ce sujet pour s'en convaincre.

» 18° Il est probable que les animaux sont, comme l'homme, sujets à des éruptions aphtheuses.

» 19° Mais la *maladie aphtheuse*, telle qu'elle est décrite par plusieurs de nos vétérinaires modernes, n'est autre chose que la variole.

» 20° C'est un chapitre nouveau qui doit désormais trouver sa place dans les dictionnaires et dans les traités de médecine vétérinaire sous le nom de *variole*. »

Présentations.

Chirurgie. — M. *Legouest* présente à l'Académie un militaire auquel il a pratiqué, le 21 juillet 1863, l'extirpation d'une tumeur osseuse (exostose épiphysaire) occupant toute la fosse nasale gauche, faisant saillie dans le pharynx et déformant notablement la face.

Cette opération, pratiquée à l'aide de la *résection temporaire* d'une partie du maxillaire supérieur, a bien réussi; et aujourd'hui Thyraud (c'est le nom de l'opéré) a recouvré, sans difformité, l'exercice des fonctions importantes dévolues à la face.

La relation de ce fait, que nous publierons *in extenso*, est renvoyée à l'examen de MM. Huguier, Gosselin et Larrey.

Anatomie. — M. *Talrich* soumet au jugement de l'Académie un modèle de pièces anatomiques moulées et coloriées d'après nature, et pouvant servir aux démonstrations et à l'étude de l'anatomie descriptive et de l'anatomie topographique. (*Comm.*: MM. Cloquet, Béclard et Sappey.)

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en *comité secret*.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 7 AOUT.

DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. *Boys de Loury*. Je désire appeler l'attention de la Société sur la fièvre typhoïde, maladie qui paraît régner épidémiquement à Paris depuis plusieurs mois, et apprendre de nos confrères si la maladie a présenté une forme spéciale quelconque, si les symptômes ont été généralement graves, et à quelle médication les malades ont été soumis.

Dès le mois de mai nous avons observé, tant en ville qu'à Saint-Lazare, un grand nombre de malades présentant un état saburral, du dégoût pour les aliments, la langue chargée, quelques douleurs dans le ventre, et enfin assez souvent de la diarrhée. Ce genre d'indisposition, affectant un assez grand nombre de malades, s'est prolongé jusque dans le courant de juin sans être suivi d'accidents notables; un purgatif léger, quelques centigrammes d'ipécacuanha, une tisane acidulée

ont suffi pour les premiers symptômes; le riz gommé, les bains, quelques préparations opiacées et la diète se sont rendus maîtres de la diarrhée.

Après ces avant-coureurs de l'invasion de la fièvre typhoïde, que l'on observe presque toujours avant l'épidémie elle-même, s'est montrée la dothiénentérie, et voici dans quelles conditions les premiers malades se sont présentés.

Douleurs de ventre et diarrhée pendant près d'une semaine, avant l'apparition des véritables symptômes typhoïdes, que nous étions sûr de voir se déclarer si ces premiers accidents avaient eu lieu. Chez tous les malades nous avons eu invariablement, vers la fin du premier septénaire : pouls vibrant de 120 à 130, quelquefois *bis feriens;* insomnie avec délire vague pendant la nuit; ventre légèrement ballonné, douloureux dans toutes les régions ou au moins dans la fosse iliaque droite, où le gargouillement s'est toujours fait sentir, alors même que la prostration et les phénomènes généraux étaient peu prononcés; faiblesse générale et mollesse des tissus.

Il y a de plus un signe sur lequel je désire fixer l'attention de la Société, parce qu'il ne m'a presque jamais manqué, que je l'ai toujours remarqué sur tous les sujets affectés de fièvre typhoïde observés en tout temps, qui peut-être existe dans d'autres affections graves, signe sur lequel j'espère que nos collègues des hôpitaux pourront nous renseigner.

Les auteurs et les professeurs modernes ont bien dit qu'il se manifestait une faiblesse musculaire, poussée quelquefois jusqu'à la paralysie, dans le cours de la dothiénentérie; on a pu expliquer ainsi ce fait d'observation presque vulgaire par son ancienneté que la langue ne dépasse pas l'arcade dentaire, ainsi que le tremblement qui s'y manifeste, si l'on provoque un effort du malade pour la faire sortir davantage de la cavité buccale. Mais j'ai cru reconnaître chez ces malades, bien avant que les phénomènes graves fussent prononcés, souvent avant les gargouillements du cæcum, mais lorsque le pouls était déjà vibrant, et que quelques nuits s'étaient passées sans sommeil, un caractère facial qui, sauf erreur, ne se trouverait décrit nulle part.

Si vous faites rendre compte au malade de son état, on voit que pour parler il est soumis à deux difficultés : l'une provient déjà d'un certain degré d'obtusion des sens, et d'un effort intellectuel pour résumer sa pensée; l'autre d'un état semi-paralytique de la langue, et peut-être des muscles du larynx, qui s'oppose à l'émission des sons et de la parole.

Là toutefois ne se borne pas seulement la cause de cette difficulté d'émettre des sons, et c'est le point sur lequel j'appelle votre attention. En examinant le sujet pendant la phonation, vous verrez le muscle orbiculaire de la lèvre supérieure rester presque sans mouvement ou frappé d'une sorte de frémissement; sur les côtés, les muscles releveurs des angles de la lèvre supérieure agissent et se contractent d'une manière d'autant plus remarquable que le milieu des lèvres remue à peine, et souvent les muscles transversaux du nez aident de leur concours à ces mouvements des releveurs de la lèvre.

L'orbiculaire de la lèvre inférieure participe moins de la faiblesse de la partie supérieure, mais souvent il est aidé par une contraction contre-nature du muscle carré du menton.

Cette analyse anatomique, que je soumets à la Société, donne à la face un caractère étrange, que je n'ai trouvé le moyen de décrire qu'en l'analysant : immobilité presque complète du milieu des deux lèvres, quelquefois mouvements vibratoires de ces parties, avec contraction et mouvements marqués de la commissure des lèvres, qui ne représente pas le rictus sardonique, mouvement de dilatation des narines, et enfin contraction vibratoire au-dessous de l'orbiculaire inférieur des lèvres pendant la phonation.

Outre les phénomènes que je viens de décrire, les malades ont presque tous présenté le caractère des gencives nacrées; huit fois sur seize malades nous avons reconnu l'existence de pétéchies disséminées sur les parois du ventre. Sur aucun nous n'avons rencontré de sudamina.

Si j'insiste tant sur les phénomènes primitifs de cette cruelle affection, c'est que je suis persuadé de la nécessité clinique de la reconnaître dès son début, et que le moindre signe ne doit pas rester indifférent pour le praticien.

Je fus appelé, il y a près d'un mois, par un commerçant qui me priait de voir sa femme, âgée d'une trentaine d'années, que son médecin ne venait plus voir, la regardant comme guérie d'une de ces fièvres sans nom, ou état saburral, datant de douze jours, et qui laissait la malade dans la même position. Je reconnus immédiatement la fièvre typhoïde au pouls, aux gargouillements, aux signes physiognomoniques, et j'avertis le mari de la gravité de la position de sa femme, et invitai son médecin à se trouver avec moi le lendemain, ce qui n'eut pas lieu. Peu inquiet de la situation de la malade, le mari lui faisait manger plusieurs potages et boire du vin de Bordeaux. Le lendemain, dans la nuit, survint un léger délire. Mal logé, comme la plupart des boutiquiers, même dans une position aisée, la malade fut transportée dans une maison de santé. Délire intense, vomissements d'un bleu verdâtre, changement cholérique dans les traits. Mort trois jours après sa sortie du domicile conjugal.

Cette rapidité si brusque des derniers accidents de la dothiénentérie, qu'on peut regarder comme exceptionnelle, je l'ai observée deux fois à huit jours d'intervalle sur deux jeunes malades de mon service. Chez toutes deux, malaise pendant dix à douze jours; chez l'une, hémorrhagies nasales, diarrhée, insomnie, le pouls vibrant dès le commencement de la maladie, ainsi que le signe physiognomonique; mais les gargouillements, les gencives nacrées, ne sont manifestes que vers le dixième jour. Délire, vomissements d'un vert arsenical, langue sèche et dents fuligineuses. Mort le quatrième ou le cinquième jour après ces accidents graves.

Sur les seize malades que j'ai eu à traiter dans mon service, ce sont les deux seules jusqu'à présent dont j'ai à regretter la perte, car il me reste encore une autre malade dont la guérison est bien incertaine.

Jeune paysanne âgée de vingt-deux ans, arrivée depuis peu de temps à Paris. Cette fille est prise, quelques jours après son entrée dans mon service, d'une diarrhée très-abondante qui l'affaiblit, le pouls ne tarde pas à devenir vibrant et vif, délire léger la nuit, ballonnement du ventre, et dix jours après l'invasion des premiers symptômes, hémorrhagie intestinale très-abondante, combattue par le rathania et les acides, et qui n'a point reparu. Mais depuis ce temps, c'est-à-dire trois semaines, affaiblissement progressif, délire nocturne, dents fuligineuses. Le quinquina, les stimulants sont donnés; le délire cède, le ventre n'est plus ballonné, mais la malade s'affaiblit, mais des eschares se sont formées au sacrum. Elle est donc dans un état presque désespéré, quoique j'aie vu revenir à la santé des malades tombés aussi bas que celle-ci, après avoir éprouvé de plus qu'elle plusieurs hémorrhagies consécutives.

Vous savez que l'opinion de Graves (de Dublin) est que les hémorrhagies intestinales offrent peu de danger dans la dothiénentérie. Dans son recueil clinique, M. le professeur Trousseau, sans partager complétement cette idée, paraît plus rassuré sur un accident que beaucoup de praticiens considèrent comme mortel. Sur quelques faits qu'il m'a été donné d'observer, j'ai rencontré deux malades qui sont revenus à la santé, et l'on peut bien admettre, si la dernière malade dont je viens de vous parler succombe, que ce ne sera pas la suite d'une seule hémorrhagie qui datera de plus de trois semaines.

Une autre forme que je viens d'observer sur une jeune fille d'une bonne constitution, est non pas ataxique, mais nerveuse. Prise dès le commencement de douleurs violentes de tête, sans délire, ne pouvant supporter la clarté du jour ni le bruit de la salle, elle a continuellement des soubresauts des tendons, un frémissement dans les membres, un pouls vibrant, saccadé et souvent irrégulier. Ces symptômes anormaux ont été accom-

pagnés du ballonnement de l'abdomen, du gargouillement, de l'insomnie habituelle, et de la sécheresse de la langue. Cet état reste le même depuis un mois, quoique combattu par des antispasmodiques, depuis l'asa fœtida, les valérianés, jusqu'au musc, associés aux toniques; les vésicatoires ont été promenés aux mollets et à la nuque. Rien n'a entravé, jusqu'à présent, cette affection, pour laquelle j'espère cependant une issue heureuse, car malgré ses douleurs et une diète légère, à laquelle elle est nécessairement condamnée, cette malade est peu changée, les tissus ont de la fermeté, l'intelligence est nette, et d'un jour à l'autre les accidents peuvent disparaître.

Je terminerai ces remarques, déjà trop longues, par le rapprochement de trois jeunes malades de dix-sept à dix-neuf ans, prises en même temps d'une diarrhée abondante, sur lesquelles, au dixième jour, on a vu survenir à la fois tous les accidents qui annoncent une dothiénentérie bien prononcée : pouls vibrant, gargouillements, gencives nacrées, langue sèche et sortant à peine de la bouche, pétéchies nombreuses sur le ventre, et enfin le signe physiognomonique dont je vous ai parlé. Il s'était subitement produit sur ces malades un changement de facies avec maigreur, et enfoncement des yeux comme dans un accès de choléra. Je m'attendais à une progression funeste de ces symptômes; au bout de quatre à cinq jours tout est rentré dans le calme, mais les malades ont été autant éprouvées que si la maladie avait suivi lentement son cours. Il y a près d'un mois que les phénomènes morbides ont disparu, et à peine peuvent-elles quitter le lit quelques instants.

Pour me résumer, mon service et ma pratique particulière ont été la représentation de toute une épidémie de fièvre typhoïde. Dans les premiers temps, un grand nombre d'embarras gastriques, de diarrhées qui n'ont pas de suites graves; puis des fièvres typhoïdes dont les prodromes sont longs à se dessiner, et dont les symptômes graves se succèdent avec une rapidité presque foudroyante; formes hémorrhagiques et nerveuses de nature également grave; en dernier lieu, des malades chez qui les symptômes déclarés avec intensité s'arrêtaient promptement pour laisser après eux une convalescence longue, mais sans danger pour l'existence.

D'après la variété des symptômes que les sujets présentent, et sur lesquels je viens d'insister, il est évident pour moi que le mode de traitement ne saurait être unique. La fièvre typhoïde étant une maladie protéiforme, lorsqu'on admettrait même que le point de départ serait unique, je l'attaque suivant les symptômes, me bornant quelquefois à de légers purgatifs et à une médecine expectante, mais ayant aussi souvent appelé à mon secours les ressources médicatrices les plus énergiques. Sans doute, comme beaucoup de confrères, j'ai eu des revers à déplorer; mais, dans une infinité de cas, je suis convaincu que la guérison n'a été due qu'à l'observation du malade plusieurs fois par jour, et, par suite, à une thérapeutique appropriée aux symptômes.

M. *Costilhes* dit qu'il a eu dans son service dix cas de fièvre typhoïde dans le mois de juillet, dont trois se sont présentés le même jour. Il signale un cas entre autres remarquable par l'extrême acuité des accidents, la marche rapide et la funeste terminaison. C'était chez une femme qui, après être sortie la veille avec un léger malaise, fut prise tout à coup de délire, de vomissements bilieux, d'épistaxis abondante, et qui succomba le cinquième jour de la maladie, dans un état nerveux des plus violents.

Il a observé quatre malades avec hémorrhagies intestinales, qui tous ont guéri. A ce sujet, et relativement à ce qu'a dit M. Boys de Loury, en conformité d'opinions avec Graves et M. Trousseau, M. Costilhes fait observer qu'il faut distinguer les hémorrhagies intestinales suivant la période de la maladie à laquelle elles se produisent. En effet, au début de l'affection, elles sont purement le fait de la congestion qui s'opère vers l'intestin comme vers la tête, produisant ici une épistaxis, là une hémorrhagie intestinale, celle-ci pas plus que celle-là n'ayant de caractère critique. Au contraire, dans la période moyenne de la fièvre typhoïde, l'hémorrhagie intestinale semble due à un travail judicatoire, et a le plus souvent une grande valeur pronostique, le plus habituellement favorable. Quant aux hémorrhagies de la fin de la maladie, elles résultent ordinairement d'un processus ulcératif, et, comme celles du début, elles sont absolument dépourvues de tout caractère critique.

L'épidémie actuelle semble à M. Costilhes présenter une prédominance des formes inflammatoire et nerveuse.

Il rapporte, en terminant, un cas dans lequel il se produisit un phlegmon du périnée, qui s'est terminé par le sphacèle des téguments, et dont la guérison est cependant probable.

M. *Blachez* dit que ce qu'il observe justifie bien l'expression de constitutions médicales. A l'hôpital du Gros-Caillou, comme à la Charité, comme en ville, partout il n'y a que des fièvres typhoïdes. Contrairement à ce qu'a vu M. Boys de Loury, il n'a presque jamais observé l'absence de sudamina.

Il saisit cette occasion pour signaler un mode de traitement dont les résultats lui semblent vraiment remarquables : il s'agit du traitement qu'il a vu mettre en usage au Gros-Caillou. Au début, on administre un vomitif; les jours suivants on donne le sulfate de quinine, le camphre à la dose de 6 décigrammes dans une potion, de la limonade sulfurique vineuse, des bouillons et les trois quarts de vin. Il ne se rappelle pas avoir vu plus de deux malades peut-être sur quatre cents avoir des eschares, et il est convaincu que nul traitement n'est préférable à celui-là. Il rapporte à ce sujet un cas des plus graves, avec hémorrhagies multiples, qu'il vient d'avoir à traiter en ville et qui guérit grâce à cette médication.

M. *Peter*, dans le service de M. Trousseau, dont il est le chef de clinique, a eu l'occasion d'observer de nombreux cas de fièvre typhoïde : eu égard au type de la fièvre, il a vu deux cas manifestement rémittents, dont l'un s'est terminé par la mort, et un autre cas, au contraire, où il y avait presque de la fièvre typhoïde *sans fièvre*, bien que les taches rosées lenticulaires, le gargouillement de la fosse iliaque et a, vers la fin de la maladie, un petit phlegmon de la région parotidienne prouvassent assez l'existence de la dothiénentérie. Il cite également un cas des plus graves, dans lequel l'amélioration n'a commencé qu'après qu'il eut largement débridé un phlegmon diffus du bras. Quant aux hémorrhagies intestinales, il s'associe pleinement aux judicieuses remarques de M. Costilhes : il croit qu'on doit catégoriser ces hémorrhagies et n'attribuer de valeur pronostique qu'à celles qui s'effectuent pendant la période d'état de la maladie. A ce sujet, il rapporte l'observation d'une jeune femme qui avait pour ainsi dire contracté l'habitude d'être saignée dans des maladies antérieures, et qui demandait avec instance à l'être pour sa fièvre typhoïde. M. Trousseau s'y refusa. Or, elle fut saignée par la nature : en effet, du quinzième au dix-septième jour de sa fièvre elle eut trois hémorrhagies intestinales très-abondantes, à la suite desquelles une notable amélioration se produisit dans son état. Comme MM. Boys de Loury et Costilhes, M. Peter remarque l'excessive abondance des taches rosées lenticulaires, et comme M. Blachez, le grand nombre des sudamina. Comme ce dernier médecin, il a observé le bon effet du traitement tonique. M. Monneret, dont il a été l'interne, donne à ses malades atteints de fièvre typhoïde, et dès les premiers jours, du sulfate de quinine et de la limonade vineuse; passé le premier septénaire il ajoute au traitement du vin de quinquina et, dans la convalescence, du vin de Bagnols. Enfin, les malades ont du bouillon à discrétion, et ils sont nourris de bonne heure. M. Trousseau leur fait également donner du bouillon et des potages dès les premiers jours. Eh bien ! il suit de cette médication qu'on ne voit pas dans le service de M. Monneret ces langues croûteuses, ces lèvres fuligineuses, ces narines pulvérulentes, ces eschares qui sont si fréquentes dans les au-

tres services. Et il est vraisemblable que la médication a une certaine part à ces résultats. M. Peter ajoute qu'il a vu, dans le cas de sécheresse ardente de la peau et d'accidents nerveux graves, les meilleurs effets suivre les lotions fraîches, pratiquées avec de l'eau vinaigrée.

M. *Géry* père, a eu, dans sa pratique particulière et comme vérificateur des décès, l'occasion de constater l'existence d'une véritable épidémie de fièvre typhoïde. La mort lui semble être principalement causée par les phénomènes cérébraux. Relativement au traitement par les toniques, il fait remarquer que, depuis bien longtemps, M. Cruveilhier, son premier maître, l'a pratiqué largement et avec succès. Il se plaît à ajouter qu'au début de sa carrière de praticien, et alors qu'il était, comme la plupart de ses contemporains, plus ou moins fasciné par les doctrines de Broussais, il a vu, non sans grand effroi, un vieux médecin qui n'hésitait pas à administrer à ses malades le vin de Séguin, les médicaments réconfortants, et qui comptait nonobstant de nombreuses guérisons. De l'expérience personnelle de M. Géry, il résulte que la médication tonique a pour conséquence une convalescence beaucoup moins longue et qui ne laisse pas l'individu exposé à toutes les causes morbifiques.

M. *Guibout*, comme tous les préopinants, a eu l'occasion de constater l'existence d'une épidémie de fièvre typhoïde. Il en a observé pour sa part de remarquables exemples. Il stipule, entre autres, un cas dans lequel il y eut un *mutisme* absolu avec persistance de l'ouïe. Ce mutisme, qui dura longtemps, disparut tout à coup, le malade se mettant à parler avec la même brusquerie qu'il avait cessé de le faire.

Abordant la question du traitement, M. Guibout rappelle que toutes les méthodes ont été successivement ou simultanément préconisées, et que toutes s'appuient sur des succès. Pour n'en citer qu'un exemple, M. Andry, chef de clinique de M. Bouillaud, n'a-t-il pas, lui aussi, enregistré les heureux résultats de la médication antiphlogistique suivant une formule déterminée? On a parlé tout à l'heure des bienfaisants effets de la médication tonique avec un enthousiasme aussi fortement motivé. De tout cela ne s'ensuit-il pas pour le médecin philosophe que la médication à mettre en usage est subordonnée à la sagacité de celui qui l'emploie, qu'elle doit être aussi variée que les états morbides auxquels elle doit satisfaire et, qu'en d'autres termes, c'est encore la médecine des symptômes qu'il convient de pratiquer dans le cours de la fièvre typhoïde?

Concurremment avec la fièvre typhoïde, M. Guibout a également observé un grand nombre d'affections à type phlegmasique : ainsi des rhumatismes articulaires, aigus, se généralisait facilement ; des rhumatismes musculaires frappant presque tous les muscles du tronc; ainsi encore des bronchites, des congestions cérébrales. Il a vu, de plus, un cas remarquable dans lequel, après un état saburral sans gravité, survint brusquement une péritonite qui détermina la mort au milieu de phénomènes suraigus.

De la réunion de tous ces faits, M. Guibout conclut qu'à l'élément typhoïde, qui domine la constitution médicale régnante, s'ajoute un élément phlegmasique incontestable, qui revêt presque toujours un haut caractère de gravité.

SÉANCE DU 21 AOUT 1863.

M. le docteur *Géry* père fait observer que, de l'exposition des faits qui ont été signalés, il résulte que tous les traitements comptent un nombre de succès à peu près égal ; aussi bien la médication par les saignées, comme l'a formulée M. Bouillaud, que celle par les purgatifs, comme l'a préconisée Delaroque. Seulement la méthode antiphlogistique a le grave inconvénient d'entraîner des convalescences interminables.

M. *Voisin* croirait faillir à son devoir s'il ne venait pas soutenir la doctrine de son maître M. Bouillaud : il le fera à l'aide de faits empruntés à la clinique de l'illustre professeur. On a dit que la convalescence, à la suite du traitement prescrit par M. Bouillaud, était plus longue que celle qui survenait à la suite du traitement par les toniques. Or, rien n'est plus commun que de voir dans les autres services de l'hôpital, des fièvres typhoïdes durer cinq semaines et davantage ; tandis qu'il arrive fréquemment que des malades traités par M. Bouillaud partent convalescents pour Vincennes au bout d'une quinzaine de jours seulement. Voici d'ailleurs des éléments de statistique : sur 23 malades traités dans le mois de juillet, on n'a eu à déplorer que 3 morts. Le traitement suivi n'est pas aussi rigoureusement antiphlogistique qu'on l'a voulu dire. Ainsi, pour un malade arrivé à la fin du premier septénaire ou au commencement du second, on applique des ventouses scarifiées sur le ventre, on renouvelle cette application le lendemain, en retirant 250 grammes de sang chaque fois. Si le malade a été vu avant l'apparition des taches, on pratique une saignée, on renouvelle la saignée le lendemain en y ajoutant une application de ventouses, de façon à extraire 750 grammes de sang en tout. Eh bien ! avec ce traitement, on voit des malades quitter de bonne heure l'hôpital, loin d'être sous le coup d'une convalescence de longue durée.

M. *Géry* fait observer qu'il a voulu parler du traitement d'autrefois ; qu'au fond, M. Voisin justifie les objections que M. Géry a faites, puisque M. Bouillaud a modifié ou laissé modifier sa méthode. Il persiste néanmoins à faire observer qu'on ne sait pas assez ce que deviennent en ville les convalescents des hôpitaux. Il en a vu mourir bon nombre qui avaient quitté l'hôpital guéris en apparence. Aussi ne saurait-il trop répéter, d'une part, que les pauvres ont le sang pauvre, et qu'on ne saurait trop le ménager ; d'autre part, que l'institution de l'asile de Vincennes et du Vésinet est véritablement providentielle.

M. *Andry* rapporte qu'à son entrée en fonctions comme chef de clinique de M. Bouillaud, il a éprouvé deux étonnements : le premier, c'est que les saignées pussent avoir sur une affection aussi déprimante que la fièvre typhoïde une influence aussi bienfaisante; le second, c'est que le traitement antiphlogistique n'augmentât en aucune façon la durée de la convalescence. Entré dans le service avec certaines préventions, il a vu ses préventions s'évanouir devant les faits : les accidents les plus graves s'arrêtaient par les saignées, la durée de la maladie en était nécessairement diminuée, et d'ailleurs la convalescence était loin de se prolonger indéfiniment.

M. *Guibout*, appuyant ce que vient de dire M. Andry, proteste énergiquement contre toute assertion qui tendrait à faire croire que M. Bouillaud considérerait parfois, ainsi qu'on l'a dit souvent, des embarras gastriques fébriles pour des fièvres typhoïdes qu'il aurait ainsi le mérite facile de juguler. Le célèbre professeur n'admet comme fièvres typhoïdes que les maladies où l'on observe des taches rosées, l'aspect spécial et le dicrotisme du pouls.

M. *Briquet* croit qu'on met souvent des mots à la place des choses : que l'embarras gastrique simple, l'embarras gastrique fébrile et la fièvre typhoïde ne sont que des degrés divers d'un même état morbide ; qu'il en est de la fièvre typhoïde comme de la fièvre jaune et du choléra; qu'à côté des états les plus graves se voient des cas bénins, qui sont identiques avec les premiers, à la gravité près. Ainsi Martin-Solon avait fait un recueil de cas où l'on avait diagnostiqué un simple embarras gastrique et qui s'étaient néanmoins terminés par une perforation des plaques de Peyer. M. Briquet croit donc que l'embarras gastrique n'est qu'une fièvre typhoïde ayant mêmes symptômes, mêmes lésions, mais dont la différence de gravité implique une différence dans le traitement.

SÉANCE DU 2 OCTOBRE.

M. *Peter*. L'épidémie est en pleine décroissance maintenant. Sur les malades qu'on voit à la consultation de l'hôpital, on

en reçoit tout au plus un ou deux sur dix atteints de fièvre typhoïde. En même temps que diminue le nombre des malades, l'affection elle-même s'amoindrit de plus en plus. La forme thoracique qui nous a paru la forme prédominante, a donné naissance à quelques pneumonies. Dans ces cas, M. Trousseau, à l'exemple de son maître M. Bretonneau, est avare de sang, surtout pendant la période d'état de la fièvre; ce n'est guère que si la phlegmasie survient dans son décours qu'il a recours à une saignée, rarement à plusieurs, et à une application de ventouses. Ainsi nous avons encore dans les salles de la clinique de l'Hôtel-Dieu, une femme qui, au trente-cinquième jour d'une fièvre typhoïde, fut prise d'une pneumonie d'abord, d'une pleurésie ensuite. On fit une application de ventouses et la malade guérit. On sait que M. Trousseau, d'accord avec M. Graves (de Dublin), est d'avis que les hémorrhagies intestinales sont d'un pronostic plutôt favorable que défavorable. Or, nous avons dans notre service un jeune homme qui, dans le troisième septénaire de la fièvre, eut une hémorrhagie assez abondante : il rendit bien un litre et demi de sang en deux selles; à partir du deuxième jour qui suivit l'hémorrhagie, il y eût une grande amélioration dans l'état de ce malade.

M. *Duparcque* appuie les observations que vient de faire M. Peter. Il a vu un assez grand nombre d'hémorrhagies intestinales pendant le cours des fièvres typhoïdes, notamment une chez un malade qu'il hésitait à saigner; il n'a observé sur lui rien de particulier, ni en bien ni en mal. Dans certains cas, il a vu une amélioration marquée se manifester, mais d'autres fois la maladie se terminer d'une manière fâcheuse.

M. *Worms* cite un fait qu'il a vu tout récemment à l'hôpital du Gros-Caillou. Il s'agit d'un jeune homme qui présenta d'abord des symptômes d'embarras gastrique, puis ensuite de fièvre typhoïde bien caractérisée, et chez lequel il survint très-rapidement une perforation intestinale qui amena la mort du malade.

M. *Guibout.* Dans la dernière séance, je disais qu'il était impossible d'instituer, d'une manière générale, un traitement pour les fièvres typhoïdes. Il en est de même pour la question des hémorrhagies intestinales, qui, pour MM. Peter, Trousseau, Graves, sont d'un augure favorable; cela dépend des cas. On comprend que dans ceux où elles semblent agir comme révulsion, elles puissent en effet être une crise heureuse; mais quand elles surviennent dans des états caractérisés par une adynamie plus ou moins profonde, par une dépression nerveuse plus ou moins prononcée, elles sont nécessairement fatales. Pour juger de leur valeur, soit bonne, soit mauvaise, il faut donc de toute évidence différencier les divers cas qu'on observe.

M. *Peter.* Je ne saurais trop approuver ce que vient de dire M. Guibout. Chez une Italienne atteinte de fièvre typhoïde, et qui avait la grande habitude des saignées, il survint une hémorrhagie qui eut une influence très-favorable. On avait refusé de la saigner, malgré ses instances. Le jeune homme dont j'ai parlé tout à l'heure, était sanguin et presque toujours sous le coup de congestions multiples. Il est évident, en effet, que l'hémorrhagie intestinale, au point de vue de son influence sur le pronostic, doit être reliée aux habitudes et à l'état général du malade.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 4 DÉCEMBRE.

M. *Collineau.* Coxalgie avec perforation de la cavité cotyloïde, pièce anatomique.

M. *Duchenne* (de Boulogne). Observations histologiques.

Élections d'un vice-président, d'un secrétaire général, d'un secrétaire particulier, d'un membre du conseil d'administration.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCES DES 23 SEPTEMBRE, 14 ET 23 OCTOBRE ET 11 NOVEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

CONSTITUTIONS MÉDICALES (SUITE ET FIN). — MALADIES RÉGNANTES DU MOIS D'OCTOBRE.

M. *Chauffard* continue de répondre aux critiques de son adversaire (voy. *Gaz. hebd.*, n° 46, p. 756-758 (1) ainsi qu'il suit :

M. Woillez croit trouver dans la mauvaise hygiène des habitants du faubourg Saint-Antoine une explication suffisante du caractère asthénique des maladies observées, caractère dont il a constaté aussi la réalité. Mais l'asthénie par alimentation insuffisante n'a pas les caractères des états qu'a décrits M. Chauffard; d'ailleurs, cette asthénie était commune à toutes les maladies aiguës : affections catarrhales, rhumatismales, typhoïdes, et érysipèle; elle frappait le plus souvent des sujets dans toute la force de l'âge, dont la constitution n'accusait aucune débilitation antérieure. Il fallait, du reste, comparer avec les faits de Saint-Antoine ce qui se passait autre part. Cette asthénie stationnaire ne date pas, d'ailleurs, de 1862. Quel clinicien n'en a constaté quelques traits depuis quelques années? Ici ce sont les érysipèles adynamiques sévissant sur les services de chirurgie; ici les affections régnantes ou épidémiques, qui ne s'accommodent plus du traitement antiphlogistique? Pourquoi celui-ci est-il généralement abandonné? Est-ce par le résultat de coïncidences fortuites? N'est-il pas plus scientifique d'attribuer ces résultats convergents à une cause supérieure qui les régit? et cette cause, qu'est-elle autre chose que le mode stationnaire des maladies? Quelle observation clinique est plus assurée que celle qui se fonde sur l'observation prolongée de l'universalité des médecins?

M. Woillez néglige ces utiles rapprochements; il aime mieux supposer des causes étiologiques problématiques. M. Chauffard, analysant plusieurs des faits qu'il a rapportés, montre qu'ils ne sont nullement en rapport avec une alimentation insuffisante, notamment les cas d'asthénie générale sans état morbide déterminé, survenant d'ailleurs chez des sujets vigoureux; or, on sait combien les états gastriques amènent la prostration des forces. Il y a là sans doute des cas obscurs et vagues; mais M. Woillez prétend-il se dérober à l'étude de faits pareils pour se borner aux faits clairs et évidents? La médication vomitive, par son succès rapide, est une preuve convaincante, quoi qu'en ait pu dire M. Woillez. Les vomitifs agissent sans doute comme résolutifs; mais s'agissait-il ici de résolution? Résolvent-ils une adynamie réelle? Comment pouvaient-ils agir ici comme toniques et relever presque instantanément les forces, si ce n'est en dissipant l'état gastrique et bilieux qui opprimait celles-ci?

Arrivant à la critique que M. Woillez a faite des documents historiques fournis par le témoignage des anciens, M. Chauffard dit que, si ce médecin croit devoir par bon goût leur attribuer quelque mérite, il n'en trahit pas moins sa véritable pensée en les représentant comme des hommes dominés par des doctrines imaginaires, tranchant toutes les questions, pour lesquelles ils manquaient des procédés modernes d'observation, avec un aplomb magistral et un style aphoristique. M. Woillez représente M. Chauffard comme un partisan rétrograde de ces méthodes superficielles des siècles passés et ne comprenant pas l'utilité de la réaction moderne contre la vieille médecine. M. Chauffard pourrait dire avec le poëte latin : *Multa renascentur*, et tirer d'innocentes représailles de tant de choses nouvelles que nous avons vues en honneur déjà abandonnées; il préfère assurer à son collègue qu'il apprécie les progrès modernes de la science; qu'il veut bien réagir contre les erreurs des anciens, à condition de sauvegarder les

(1) Dans le dernier compte rendu, p. 758, ligne 16, *au lieu de* : mais où l'on n'en observe pas, *lisez* mois où l'on...
Même page, ligne 20, *au lieu de* ce n'était pas *lisez* n'était pas

grandes vérités découvertes par eux et de ne pas nous croire nous-mêmes exempts d'erreurs.

Le dogme de la constitution stationnaire compte-t-il parmi ces erreurs ou parmi ces vérités? L'évolution de ce mode stationnaire est si lente, que l'expérience personnelle, si elle n'est éveillée depuis longtemps sur ce sujet, ne peut se permettre de se prononcer; il faut en appeler à l'histoire médicale, soit de son temps, soit du passé. Or, notre temps, absorbé par des recherches de détail, par les méthodes nouvelles, a un peu négligé cette étude; son œuvre était ailleurs. Reste la médecine du passé, et notamment celle du siècle dernier : M. Woillez la tient en médiocre estime; on a vu les jugements qu'il porte sur ses hommes d'imagination, à style aphoristique. M. Chauffard n'a pas reçu une pareille impression de la lecture de leurs œuvres, et notamment des MÉMOIRES SUR LES MALADIES RÉGNANTES de l'ancienne Société royale de médecine. Ces ouvrages lui paraissent empreints d'un esprit pratique bien éloigné des œuvres d'imagination; on n'y voit pas beaucoup de relevés statistiques, mais, pour l'analyse et la comparaison des faits, ce sont des modèles de belle observation.

Du reste, ce n'est pas chez eux seulement qu'on trouve la notion de la constitution stationnaire : un clinicien illustre, qui ne date que d'hier, Graves, s'étend longuement sur cette idée, en citant à l'appui l'autorité de son ami Authenrieth. M. Chauffard lit un long passage de Graves, qui exprime, dans des termes presque identiques avec ceux de Sydenham et de Stoll, la même idée fondamentale sur le caractère stationnaire des maladies. Beaucoup de ces termes et de ces idées sont semblables à ce qu'a exprimé M. Chauffard. Selon ces auteurs, on voit aussi l'histoire des constitutions stationnaires liée à celle des systèmes qui se sont tour à tour succédé en médecine. Appliqué à une constitution stationnaire régnante, un système nouveau triomphe par sa vérité et produit une révolution scientifique; plus tard, appliqué à une nouvelle constitution, il cesse d'être vrai et tombe à son tour en discrédit. Graves et Authenrieth seront-ils aussi pour M. Woillez des hommes préoccupés de doctrines supérieures enfantées par l'imagination?

Enfin M. Woillez nous convie à une observation attentive et suffisante; nous serons tous d'accord sur ce point. Pour éviter l'observation superficielle et faite de haut, il exige l'étude minutieuse et par écrit de chaque fait, puis l'application de la méthode numérique.

Sans contester les services rendus par cette méthode pour des points particuliers, qui touchaient uniquement à des questions de fréquence, M. Chauffard la croit impuissante à jeter la lumière sur la nature des constitutions médicales. L'emploi du numérisme empêcherait même la connaissance des faits synthétiques et abstraits, résultats des comparaisons générales, car cette connaissance s'applique surtout à la qualité, au mode supérieur des choses, et non à la fréquence de tel ou tel phénomène; c'est une question de jugement et non une question de chiffres.

En terminant, M. Chauffard dit qu'il est une observation minutieuse et cependant superficielle, car elle n'en scrute que l'extérieur : celle-là est impuissante pour l'art; elle aboutit à l'empirisme ou au doute. Il est, d'autre part, une observation faite de haut, suivant l'expression de M. Woillez, qui cependant pénètre au plus profond des réalités vivantes, car elle en saisit les rapports généraux : celle-ci est féconde en résultats pratiques, car elle traduit les caractères essentiels et la cause fondamentale du mode morbide; celle-ci, M. Chauffard ne saurait, comme son collègue, la repousser de la science.

M. *Woillez* réplique à M. Chauffard dans la séance du 14 octobre. Il s'attachera à réfuter en détail tous les arguments qui lui sont opposés. La Société a entendu le pour et le contre, elle jugera. Pour lui, il se bornera donc aux points principaux.

C'est surtout l'existence des constitutions stationnaires qui est en question. M. Woillez ne l'a pas niée *absolument*, comme on le lui fait dire, mais *avec réserve*. Mais la question posée est-elle une hypothèse simple qui n'a pas encore la sanction des faits? Est-elle une vérité scientifique. L'orateur se rallie à la première opinion, tandis que M. Chauffard soutient la seconde, conformément à l'opinion de Sydenham et de Stoll, mais sans le prouver plus que ces auteurs. M. Woillez maintient ses doutes, et croit que la question est encore à l'étude, et que l'avenir seul pourra la résoudre. Il n'admet comme actuellement démontrées, que les constitutions médicales qui ont pour base des conditions saisissables.

Il ne s'arrêtera pas à réfuter les arguments philosophiques de son adversaire, qui lui demande si les rapports généraux des choses sont des réalités concrètes. Selon M. Chauffard, la description du mode stationnaire doit se borner à l'énoncé de notions largement synthétiques. Mais comment acquérir ces notions, si ce n'est par une analyse préalable des faits. Tout rapport s'exerce sur des faits saisissables qui sont à comparer. Pourquoi donc dire que les constitutions stationnaires n'ont rien de saisissable? La question ne diffère donc pas des autres questions médicales basées sur l'observation; il ne faut pas en faire un mythe incompréhensible.

C'est ainsi que Sydenham l'avait comprise : il décrivait les fièvres stationnaires comme des maladies particulières. Stoll a élevé plus haut cette conception; M. Chauffard semble l'idéaliser encore davantage, cependant il convient qu'il faut d'abord étudier les faits, avant d'en tirer les conclusions générales. Il croit l'avoir fait suffisamment dans la première partie de son mémoire. Eh bien! c'est justement cette étude clinique qui ne paraît pas apporter des preuves convaincantes.

Il fallait s'occuper davantage du milieu où l'on observait; l'auteur du mémoire n'a pas assez cherché. Au reste, son contradicteur, en invoquant l'influence des causes hygiéniques, n'a pas prétendu tout expliquer par celles-ci, il s'est seulement demandé si l'on ne pourrait pas leur attribuer, *en partie du moins*, les particularités qu'on veut expliquer par la constitution régnante. C'est surtout à la *débilité essentielle* des malades que s'applique cette observation. M. Woillez maintient que l'hôpital Saint-Antoine présente des différences réelles avec les autres hôpitaux, sous le rapport du personnel de ses malades, et il invoque le témoignage de ceux de ses collègues qui ont passé par cet établissement. Avant d'étudier les constitutions médicales dans la marche des temps, il faudrait établir les différences qui se présentent déjà selon les localités.

M. Chauffard invoque les variations de la thérapeutique pour démontrer celle des influences stationnaires à différentes époques. Ces variations ne tiennent-elles pas plutôt à la domination changeante des doctrines, qu'à celle des constitutions stationnaires? Le traitement antiphlogistique, qui est délaissé à Paris, est toujours en honneur à Constantinople, en Italie et même dans certaines contrées de la France.

M. Woillez se justifie des opinions qu'on lui prête à l'égard des anciens; il a reconnu qu'ils étaient des praticiens éminents; mais la vénération envers eux ne doit pas empêcher de discuter leurs œuvres. Si Graves et Authenrieth semblent approuver les constitutions stationnaires, ce dernier ne dit pas moins que pour découvrir la loi de leur succession, il faudrait « soumettre à une étude approfondie l'histoire des maladies à toutes les époques et dans tous les pays. » Comme cette tâche immense est impossible à remplir, les constitutions stationnaires sont loin encore d'être démontrées.

Ce qu'il est possible d'étudier, ce sont les influences saisonnières et annuelles, et, comme conséquence, celles qui ne seraient que la continuation au delà d'une année de ces constitutions saisonnières ou épidémiques, ainsi que l'a fait Sydenham. Vouloir aller plus loin, c'est se livrer à une intuition préconçue.

Pour finir, l'orateur expose comment on doit étudier les constitutions médicales. Il se félicite de voir son collègue, devenu baconien, invoquer l'expérience, et se défendre de ne faire que de l'observation superficielle. M. Chauffard avouera

cependant qu'on pouvait en douter en voyant les lacunes que présente son mémoire, et en l'entendant citer comme un modèle admirable un fragment de Raymond (de Marseille), fragment qui paraît à M. Woillez beaucoup plus spéculatif que pratique.

M. Woillez persiste à croire que la méthode numérique peut seule élucider ces questions; que si chaque mois il était fourni à M. Lailler de bonnes statistiques pour son rapport sur les maladies régnantes, M. Chauffard pourrait tirer de ces matériaux des inductions bien plus légitimes, car, quoi qu'il en dise, les questions de fréquence se présentent à chaque pas de sa relation.

Il s'étonne qu'un esprit aussi distingué que celui de son collègue ait pu répéter cette objection, si peu fondée, que les observateurs consciencieux étudient les phénomènes sans chercher à aller au delà. L'observation transcendante que préconise M. Chauffard, semble promettre plus qu'elle ne tient, et se perd quelque peu dans l'obscurité des nuages.

— M. *Chauffard* ne répondra que quelques mots à ce discours, qui n'apporte aucun fait nouveau dans la discussion actuelle. Ce n'est plus qu'une critique de ce que son mémoire a pu présenter de défectueux, et, sur ce terrain, la lutte intéresserait fort peu la société. Il se borne à protester que ses opinions ont été souvent méconnues; il tient seulement à établir que dans sa réponse il n'a pas exagéré l'opinion de son savant collègue sur les constitutions stationnaires. Celui-ci est aujourd'hui beaucoup moins affirmatif, il ne les repousse plus d'une manière absolue. Les expressions de son précédent discours étaient beaucoup plus tranchées. Sauf cette rectification, M. Chauffard ne veut pas prolonger une discussion qui pourrait oublier le but scientifique pour se transformer en une lutte personnelle. La Société a entendu les deux opinions, elle jugera.

— Les séances du 23 octobre et du 11 novembre ont été entièrement consacrées à des rapports sur des travaux présentés, ou des ouvrages offerts à la Société. Le premier rapport, lu par M. Hervieux, est un jugement porté sur le signataire même de ce compte rendu, lequel ne peut naturellement ici en reproduire les termes. Le second est une analyse fort étendue et très-judicieuse que M. *Potain* a faite du livre de MM. Gros et Lancereaux SUR LES AFFECTIONS NERVEUSES SYPHILITIQUES, ouvrage déjà connu des lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Nous aurons sans doute occasion de revenir sur le travail critique de M. Potain, qui a donné lieu à quelques observations contradictoires de M. Chauffard sur la manière dont on doit envisager l'épilepsie symptomatique des tumeurs cérébrales.

Enfin M. *Trélat* a fait également un rapport élogieux sur la thèse de M. Lancereaux, relative aux embolies et aux thromboses du cerveau. A propos de ce rapport, M. *Barth* constate que l'existence de ces lésions est aujourd'hui un fait acquis à la science, et M. *Hervieux* rapporte un fait de thrombose de l'artère pulmonaire, qu'il a récemment observée. Cette oblitération des gros vaisseaux peut, selon lui, éclairer aisément la question des morts subites chez les femmes en couches, accident qui reste la plupart du temps inexpliqué.

— M. *Lailler* fait son rapport habituel sur *les maladies régnantes* du mois d'octobre.

L'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi les mois précédents peut être considérée comme entièrement terminée. Quelques cas graves ont été signalés encore exceptionnellement par MM. Hérard et Bernutz. M. Bergeron en a eu huit dans son service de teigneux, mais la maladie a été bénigne, comme elle l'est du reste en général chez les enfants.

Les embarras gastriques et fièvres bilieuses sont notés par plusieurs observateurs.

M. Moutard-Martin a observé un cas d'hépatite aiguë, avec abcès disséminés dans le foie. Ces faits semblent se multiplier à Paris depuis quelque temps.

Les rhumatismes sont assez nombreux, avec leur cortége de complications cardiaques ou pleurales, dont quelques-unes sont graves. Le traitement par les alcalins a paru réussir à l'hôpital Cochin (M. Woillez); le sulfate de quinine a été moins heureux entre les mains de M. Goupil. En général, les rhumatismes sont tenaces et rebelles.

La saison a naturellement ramené les affections pulmonaires, pneumonies, bronchites, etc.; mais on doit surtout mentionner la réapparition de la variole (importée du dehors dans les services de MM. Bourdon, Bernutz, Lailler, ces observateurs l'ont vue se propager dans les salles) et des érysipèles graves et sujets à récidives, présentant une mortalité moyenne de 6 pour 100, d'après les relevés de MM. Mesnet, Empis, Vulpian, Woillez. Selon M. Empis, les phlegmasies observées précédemment ont pris un caractère plus aigu.

En résumé, disparition de la fièvre typhoïde, présence des maladies catarrhales et rhumatismales, réapparition notable des varioles et des érysipèles. On déplore aussi les progrès de l'alcoolisme.

M. *Hervieux* confirme ce qui vient d'être dit de l'érysipèle. Il en a vu à la Maternité un grand nombre de cas, graves chez les nouveau-nés et les élèves sages-femmes, bénins au contraire chez les accouchées.

M. *Chauffard* craindrait de se remettre trop en cause en parlant encore de constitutions médicales. Il ne peut s'empêcher cependant de reconnaître une grande analogie entre les faits signalés par M. Lailler et ceux qu'il avait recueillis dans son mémoire les mois correspondants de l'année précédente. On y retrouve comme un trait commun, le caractère rebelle, lent, subaigu des rhumatismes, la tendance aux affections adynamiques, aux érysipèles par exemple. Il espère que les faits démontreront de plus en plus la réalité des influences stationnaires.

D[r] E. ISAMBERT.

Société de chirurgie.

OURANOPLASTIE A LAMBEAUX LATÉRAUX. — FONGUS DE LA DURE-MÈRE. — STRABOTOMIE. — TAILLE PRATIQUÉE AVEC L'ÉCRASEUR. — ÉLÉPHANTIASIS. — LIGATURES PRÉALABLES.

M. *Baizeau* ayant revendiqué devant la Société de chirurgie la priorité du procédé d'ouranoplastie qu'il a employé avec succès, M. *Verneuil* a répondu à cette réclamation par quelques remarques historiques. Il a rappelé que le procédé de M. Baizeau consiste essentiellement dans la formation de deux lambeaux parallèles au grand axe de la perforation, adhérents par les deux extrémités, et qu'on réunit par leur bord médian après avoir détaché leur face supérieure de la charpente osseuse du palais. Or, ce procédé n'est qu'une application particulière d'une méthode autoplastique désignée sous le nom de *méthode en pont*, et cette application avait été faite à la voûte palatine bien avant 1858. Dieffenbach a proposé très-explicitement, dès 1834, un procédé qui ne diffère en rien de la manière de faire de M. Baizeau.

— M. *Laborie* a présenté une pièce anatomique provenant d'un homme qui est mort à Vincennes d'un érysipèle, et qui portait sur le pariétal droit une tumeur bilobée, fluctuante, communiquant évidemment avec l'intérieur du crâne. Cette tumeur n'offrait cependant aucun battement, et n'avait jamais occasionné le moindre trouble dans les fonctions des centres nerveux; elle était formée de substance épithéliale, avait perforé en deux endroits le pariétal, et déterminé sur le cerveau une dépression capable de loger un œuf de poule. Contrairement à l'opinion de M. Valette (de Lyon), qui a cherché à démontrer que ces tumeurs naissent toujours des os du crâne,

celle-ci avait bien positivement pris naissance sur la dure-mère.

— M. *Dolbeau* a offert, de la part de M. Meyer, un travail ayant pour titre : DU STRABISME, ET SPÉCIALEMENT DES CONDITIONS DE SUCCÈS DE LA STRABOTOMIE.

Ce n'est point en allongeant le muscle raccourci que l'opération remédie au strabisme. Cette vérité sur laquelle l'auteur s'appuie résulte des expériences déjà anciennes de MM. Bouvier et L. Boyer. Il a été constaté, en effet, que les deux extrémités d'un muscle oculaire coupé dans sa continuité ne se réunissent pas par une portion intermédiaire, mais que la section a seulement pour résultat de reculer l'attache du muscle sur la sclérotique, et de lui faire perdre, par conséquent, toute sa portion antérieure. M. Meyer fait donc consister l'opération du strabisme dans un déplacement de l'insertion scléroticale du muscle raccourci. Plus cette insertion sera reculée, plus l'œil tournera du côté du muscle antagoniste. En détachant le muscle plus ou moins près de la sclérotique, on obtiendra un déplacement variable dont l'étendue doit nécessairement être en rapport avec l'étendue du strabisme. Aussi est-il indispensable de déterminer cette dernière d'une façon exacte. C'est dans ce but que M. Meyer a fait construire un appareil qu'il appelle un strabomètre, et qui est destiné à mesurer la déviation de la cornée.

— M. *Chassaignac* a montré à la Société un calcul ayant de 5 à 6 centimètres dans son plus grand diamètre, et qu'il a extrait de la vessie par le procédé suivant : Après avoir introduit un cathéter cannelé volumineux, il engage l'extrémité du doigt, enfoncé dans le rectum, dans la cannelure du cathéter ; puis, en suivant le doigt, il ponctionne par le rectum avec un trocart courbe qui s'engage dans la cannelure du cathéter et vient sortir par le périnée. Ce trocart embrasse le col vésical, la portion prostatique et membraneuse de l'urèthre. Un écraseur introduit au moyen de la canule du trocart sert à diviser les tissus. L'opéré de M. Chassaignac n'a pas eu d'accidents. Il a uriné par la verge cinq semaines après l'opération.

M. *Dolbeau* trouve que la taille recto-uréthrale pratiquée de cette façon est une opération bien difficile et bien incertaine. C'est surtout en vue d'éviter l'hémorrhagie que M. Chassaignac choisit son procédé, et pourtant la taille médiane n'expose pas à la blessure d'artères volumineuses. L'écraseur ne met pas plus que l'instrument tranchant à l'abri de l'infection purulente. Il reste donc au procédé de M. Chassaignac l'inconvénient d'entraîner la section du sphincter, la lésion du bulbe, et peut-être de laisser à sa suite des trajets fistuleux plus persistants.

M. *Chassaignac* ne croit pas seulement son procédé utile pour prévenir l'hémorrhagie, il pense que les tissus tassés par l'écraseur se laisseront moins pénétrer par l'urine. Il a déjà fait quatre tailles avec l'écraseur. Dans le premier cas, il est resté, il est vrai, pendant longtemps une fistule urinaire, mais le rétablissement a été complet. La seconde et la troisième opération ont été faites sur le même malade, qui après avoir été opéré une première fois avec succès, succomba après la seconde opération à une suppuration des reins. Le quatrième fait est celui qui vient d'être communiqué à la Société.

Aux inconvénients signalés par M. Dolbeau, M. *Broca* ajoute le danger d'intéresser les deux conduits éjaculateurs, tandis qu'avec le bistouri on peut au moins éviter un de ces conduits.

M. *Giraldès* fait observer que M. H. Thompson, qui a réuni quinze cents observations de taille, a noté très-peu souvent des hémorrhagies. M. *Voillemier* croit qu'en divisant le bulbe on dispose à l'infection purulente.

M. *Goyrand* (d'Aix) a lu une note sur deux cas d'éléphantiasis des Arabes observés en Provence. Dans le premier cas, il s'agit d'un volumineux éléphantiasis du pénis existant chez un ecclésiastique. La masse morbide, formée par une énorme hypertrophie du fourreau et du tissu cellulaire qui le double, descendait jusqu'aux genoux ; elle avait à peu près conservé la forme de l'organe, et l'on y distinguait le corps du pénis et le gland recouvert du prépuce. L'opération étant réclamée par le malade, il fallut exhumer de cette masse hypertrophique les testicules, le corps caverneux et l'urèthre, qui y avaient été englobés. M. Goyrand détacha en avant et en arrière de la racine de la tumeur deux lambeaux, le premier destiné à recouvrir le pénis, le second à constituer un nouveau scrotum. Le premier se gangrena, le second vécut ; mais, deux ans après, ce scrotum nouveau était à son tour pris d'éléphantiasis, et en dix-huit mois acquérait un tel volume qu'on dut faire une seconde opération. Cette fois, la récidive n'eut pas lieu. Le malade mourut d'apoplexie sept ans après, sans qu'il y ait eu de nouvelle reproduction de l'éléphantiasis. La récidive qui a suivi la première opération s'explique, d'après M. Goyrand, par une continuation du mal primitif, et a tenu sans doute à ce que les bords de la plaie restaient pénétrés des liquides qui infiltraient l'éléphantiasis et participaient, sans que cela fût visible, à l'altération hypertrophique.

M. Goyrand a présenté en même temps la photographie d'une autre tumeur éléphantiasique occupant chez une femme les deux tiers inférieurs du pavillon de l'oreille, une grande partie de la région temporale et de la joue, et toute la région parotidienne. La tumeur a débuté, il y a six ans, par le lobule de l'oreille. La peau est épaisse et fait corps avec la couche celluleuse sous-cutanée ; mais les parties profondes restent libres sous cette masse. Les muscles se contractent aisément. Du reste, comme la tumeur est tout à fait insensible, même aux pressions les plus fortes, et qu'elle ne gêne que par son poids, l'opération n'est ni demandée ni indiquée.

M. *Larrey* pense que la récidive est rare après les tumeurs éléphantiasiques des bourses, parce que ces tumeurs sont le plus souvent supportées par un pédicule plus ou moins allongé aux dépens de la peau intacte des régions inguino-scrotales.

— M. *Richet* a demandé à restreindre le débat soulevé par M. Verneuil sur les ligatures préalables, à la seule question de la ligature des carotides.

Relativement aux hémorrhagies, sur le danger desquelles M. Verneuil s'appuie, M. Richet ne nie pas qu'il puisse en survenir de très-sérieuses, mais il ne croit pas qu'un chirurgien expérimenté ait jamais perdu un malade par le fait de l'écoulement du sang pendant l'extirpation des tumeurs du cou et de la face. L'emploi habile des divers moyens hémostatiques suffit pour conjurer le danger. M. Verneuil, il est vrai, parle surtout des dangers ultérieurs des hémorrhagies ; mais sur ce point tout est incertitude, et personne n'est en mesure de déterminer rigoureusement quelle influence ces hémorrhagies peuvent avoir sur l'issue finale.

Pour démontrer que la prétention d'opérer *à blanc* après la ligature de la carotide primitive est une chimère, M. Richet rappelle, d'après Hodgson, que la première ligature préalable qui fut faite par William Goodlad, n'empêcha pas que chaque coup de bistouri ne fût suivi d'un jet de sang, et parfois d'un écoulement abondant qui durait quelques secondes. La théorie, d'ailleurs, devait faire prévoir ce résultat. Les anastomoses ramènent le sang avec une telle rapidité, qu'on a conseillé depuis longtemps de lier, dans les plaies parotidiennes, les deux bouts de l'artère divisée. Toutefois, M. Richet convient que la ligature met en garde contre les *surprises hémorrhagiques*, c'est-à-dire contre ces brusques jets de sang lancés à plusieurs mètres de distance, et qui effrayent tant quand on y est exposé pour la première fois. Un autre avantage attribué par M. Verneuil aux ligatures préliminaires, est l'absence ou au moins le peu de gravité des accidents inflammatoires consécutifs ; cet avantage, M. Richet le met en doute

jusqu'à ce que des observations ultérieures nombreuses soient venues le démontrer d'une manière irréfragable. Pour sa part, il n'a eu qu'une fois l'occasion d'observer les effets de la ligature de la carotide sur une plaie parotidenne, et il n'a pas vu que ces effets fussent appréciables.

M. Richet pense donc que les avantages des ligatures préalables se réduisent à peu de chose ; les dangers, au contraire, lui paraissent considérables. Indépendamment des accidents cérébraux, il avait déjà signalé la possibilité de saisir avec l'artère le pneumogastrique ou le grand sympathique, et de léser la veine jugulaire. M. Verneuil n'admet pas que les fautes des opérateurs doivent retomber sur l'opération ; mais quand ces opérateurs s'appellent Dupuytren, Roux, Robert, il est au moins permis de conclure, dit M. Richet, que l'opération dans laquelle ils ont commis des fautes présente parfois de grandes difficultés.

La ligature préalable de la carotide offre encore un autre danger : c'est celui de l'hémorrhagie secondaire ou consécutive, non de celle qui survient à la chute du fil et dont Lisfranc a rapporté un exemple, mais de celle qui se fait sur toute la surface de la plaie, alors que le sang est ramené par les anastomoses des vaisseaux divisés et non liés. On trouve dans le livre d'Hogdson l'histoire d'un jeune soldat qui, ayant reçu un coup de feu derrière l'apophyse mastoïde, eut, six jours après, une hémorrhagie artérielle considérable. L'écoulement du sang, arrêté par le tamponnement, se reproduisit encore deux fois à quelques jours d'intervalle. Marjolin lia la carotide primitive. Malgré la ligature, l'hémorrhagie se renouvela peu de temps après, et le malade mourut ; c'était l'artère occipitale déchirée qui avait fourni le sang.

Dans un autre cas, rapporté encore par Hogdson, c'est un suintement sanguin à la surface de la plaie qui, malgré la ligature, emporta le malade.

M. *Richet* croit que la ligature de la carotide *complique* au lieu de *simplifier*, et que la méthode ordinaire n'a pas d'assez grands inconvénients pour motiver cette complication. Si l'on ne veut pas s'exposer à de graves *hémorrhagies en retour*, il faut (que la carotide ait été liée ou non) faire dans la plaie la ligature des artères au fur et à mesure qu'on les divise. La marche de l'opération est donc la même dans les deux cas. Si l'on ne veut pas ou si l'on ne peut pas lier tous les vaisseaux, on a la ressource de la compression directe ou de la compression à distance. On peut enfin recourir au tamponnement avec ou sans liqueurs hémostatiques, ou à la cautérisation au fer rouge pour les cas où les artères seraient situées trop profondément, comme après l'extirpation du maxillaire supérieur. M. Richet ajoute que pour sa part il n'a même jamais eu besoin de recourir à ces derniers moyens hémostatiques, et que les ligatures successives lui ont toujours suffi. S'il a reconnu que la ligature préalable de la carotide était indiquée dans l'extirpation des cancers parotidiens, c'est que le cancer peut si bien englober la carotide, la veine jugulaire, les nerfs pneumogastrique et grand sympathique, qu'il peut devenir impossible de faire l'extirpation complète de la tumeur sans entamer le paquet vasculo-nerveux ; mais M. Richet répète que, dans des cas pareils, il aimerait mieux s'abstenir de toute opération.

Dr P. Chatillon.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Physiologie médicale de la circulation du sang, par le docteur E. J. Marey, 1 vol. in-8°, 1863. Paris, Adrien Delahaye.

La part laissée aux sciences physiques dans l'étude des différentes fonctions n'est pas la même pour chacune de celles-ci. A une époque déjà éloignée, l'esprit de système avait voulu réduire tous les phénomènes de l'organisme à des lois qui ne pouvaient leur être intégralement appliquées sans violenter à chaque instant la saine observation des faits.

Les prétentions de l'école iatro-mécanicienne ne peuvent s'expliquer que par l'état même des sciences physiques, à peine ébauchées à cette époque. Une réaction violente a été soulevée par ces théories souvent erronées, toujours incomplètes; et, comme il arrive en pareil cas, on n'a pas évité l'excès contraire. On ne saurait en effet refuser dans l'étude des fonctions une large part aux forces mécaniques, tout en leur reconnaissant un rôle subordonné et secondaire. En limitant ainsi l'observation à l'étude des phénomènes et des lois qui les régissent, on s'élève peu à peu à la connaissance de leurs causes, et l'on arrive dans cette direction à des résultats toujours légitimes et qui dépassent toute prévision.

A ce point de vue, il n'est pas de fonction où l'application des lois physiques se fasse avec plus d'avantages que la circulation. Les tentatives n'ont pas manqué pour expliquer les divers phénomènes qu'elle présente. Beaucoup d'entre elles ont été couronnées d'heureux résultats ; mais, il faut bien le dire, les phénomènes ont souvent été mal compris, les faits incomplétement observés ou pliés à des hypothèses, à des explications préconçues. Il y avait là bien des erreurs à redresser, des théories à modifier ou à compléter. Un médecin familier avec les questions physiques que soulève à chaque instant l'étude de la circulation, et pénétré de l'importance des faits cliniques, pouvait seul mener à bonne fin la physiologie de la circulation. M. Marey nous paraît s'être placé dans les conditions nécessaires pour un pareil travail. Le titre même de son ouvrage : Physiologie médicale de la circulation du sang, indique la donnée suivie par l'auteur.

Nous n'avons pas à faire ici l'éloge anticipé de ce livre, qui deviendra prochainement classique. L'analyse rapide que nous en donnons suffira pour en faire apprécier la valeur. Peut-être ne parviendrons-nous pas à faire passer dans une revue aussi rapide l'intérêt que le livre nous a inspiré. Nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage même; il ne s'en plaindra pas.

Cet ouvrage se trouve naturellement divisé en deux parties : l'une purement physiologique, l'autre qui n'est que l'application de la première à la pathologie. Bien que la seconde partie ait un intérêt pratique particulier, elle n'est que le corollaire des principes posés dans l'étude physiologique de la circulation.

Convaincu de ce fait que le peu d'utilité des études faites sur le pouls a eu principalement pour cause l'absence d'un *criterium* indiscutable, qui permît de substituer à des sensations personnelles et partant variables et fugitives, une image sensible, par conséquent toujours identique pour les cas similaires, M. Marey a adopté l'usage des *appareils enregistreurs à indications continues*, inaugurés par MM. Poncelet et Morin, dans l'étude des corps tombant dans l'espace. Le sphygmographe est un appareil fondé sur les mêmes principes. Il consiste en un levier assez long et d'une grande légèreté qui est soulevé à chaque pulsation artérielle dans un point voisin d'une de ses extrémités, de telle sorte que l'autre bout du levier transmet le mouvement considérablement amplifié, et peut ainsi tracer une ligne qui est l'expression fidèle de ce mouvement. Une bande de papier enroulée sur deux cylindres, que fait tourner un mouvement d'horlogerie, permet de recueillir ce tracé. On voit dès l'abord que toute variation du pouls, si minime qu'elle soit, changera la forme ou la direction du tracé. Il faut avoir vu fonctionner l'instrument et avoir suivi M. Marey dans l'explication des tracés, pour comprendre les variétés des indications données par le sphygmographe. Les nuances les plus délicates et qu'on ne soupçonnerait pas même au toucher, sont accusées ici par des variations souvent considérables dans les lignes du tracé. Tel est l'instrument avec lequel M. Marey étudie le pouls, les pulsations cardiaques, aortiques, etc.

Un autre appareil, qu'on pourrait appeler fondamental, a

puissamment contribué à donner aux recherches de M. Marey un caractère de certitude inconnu jusqu'à lui. Cet appareil, destiné à reproduire tous les phénomènes mécaniques de la circulation, consiste en deux ampoules de caoutchouc représentant les oreillettes et les ventricules. A ces ampoules sont ajustés des tubes de caoutchouc disposés de manière à imiter les principaux vaisseaux. L'ampoule ventriculaire est enfermée dans un ballon de verre; on foule de l'air dans ce ballon de manière à presser le ventricule qui expulse son contenu à travers le tube aortique. Nous ne pouvons décrire avec les détails nécessaires cet ingénieux appareil. Il nous suffira de dire, pour en faire apprécier l'utilité, qu'il n'est aucun bruit cardiaque ou vasculaire qu'il ne puisse imiter avec une exactitude singulière. Il est facile de le modifier de manière à simuler les lésions pathologiques. A l'aide de ce *schema*, M. Marey justifie, sous une forme synthétique, les explications auxquelles il a été conduit par l'analyse attentive des diverses conditions qui président aux phénomènes circulatoires.

L'instrument est supposé connu; voyons maintenant le physiologiste à l'œuvre.

Partie physiologique. — Le premier problème que se pose M. Marey, est de déterminer expérimentalement la succession des mouvements du cœur.

Deux ampoules réunies par un tube flexible forment un appareil également distendu par l'air réparti dans sa cavité. Toute pression exercée sur une ampoule sera immédiatement accusée dans l'ampoule jumelle par une distension proportionnelle. Qu'on introduise maintenant, à l'aide d'une sonde appropriée, une de ces petites ampoules dans le ventricule droit par la jugulaire, il est facile de voir que tout changement de la pression du liquide ventriculaire déterminera dans l'ampoule qui y est plongée des changements de volume aussitôt traduits par la forme de l'ampoule extérieure. Mettez cette dernière sous le levier du sphygmographe et les plus légères pressions s'accuseront par un tracé.

Une ampoule analogue est introduite dans l'oreillette droite. Le tube conducteur est fait de telle sorte que les ampoules soient parfaitement indépendantes. De cette manière, l'œil va suivre toutes les modifications des cavités cardiaques, juger de l'ordre de succession des contractions, de leur énergie, etc. Ce n'est pas tout. Il fallait encore connaître le moment précis auquel se faisait le choc de pointe du cœur, distinguer s'il coïncidait avec la systole ou la diastole ventriculaire. Une nouvelle ampoule est introduite entre la paroi pectorale et la pointe du cœur. Comme toutes les autres, elle correspond à une ampoule extérieure ou terminale. Les trois ampoules extérieures aboutissent chacune à un levier sphygmographique et vont déterminer trois tracés. Ici plus d'hypothèses, mais des mouvements reçus, transmis et inscrits avec une précision toute mathématique. Toutes les précautions sont prises pour éviter l'erreur, pour saisir les nuances les plus délicates.

Au moyen de cet appareil, M. Marey a démontré d'une manière qui nous semble péremptoire, qu'il s'écoule un certain temps (deux dixièmes de seconde environ) entre le début de la systole de l'oreillette et celui de la systole du ventricule; que la pulsation cardiaque, le choc du cœur, coïncide exactement avec la systole du ventricule et qu'elle est par conséquent postérieure à celle de l'oreillette; que la durée de la systole du ventricule dépasse de beaucoup celle de la systole auriculaire (4 : 1).

Notons ici que cette expression de *choc du cœur*, qui fait supposer que le ventricule vient battre contre la paroi thoracique, constitue une erreur contre laquelle M. Marey s'élève vivement. Pour lui, la sensation du choc est due à la modification qui se fait pendant la systole dans la paroi cardiaque. L'organe était mou et cédait à la pression; il devient dur, globuleux, et fait effort contre la paroi qui le comprime.

Reprenons l'analyse sphygmographique du mouvement cardiaque. Elle nous démontrera que la pression du ventricule contre les parois thoraciques diminue pendant la fin de la systole à mesure qu'il se vide, et réciproquement qu'elle augmente pendant la diastole à mesure qu'il se remplit.

La contraction de l'oreillette, la clôture des valvules se trouvent nettement indiquées par le tracé, dont chaque détail est soumis par l'auteur à une investigation minutieuse.

En modifiant légèrement son manuel opératoire, M. Marey a établi le synchronisme des mouvements dans les deux cœurs et les forces relatives des ventricules.

Adoptant pleinement la théorie de M. Rouanet, il rapporte au jeu des valvules les bruits cardiaques. Des expériences synthétiques, faites avec le *schema*, permettent de reproduire tous ces bruits avec leurs principaux caractères.

Passant ensuite à la circulation artérielle, l'auteur, par des expériences ingénieuses, en met en évidence les principaux phénomènes. La tension artérielle étudiée au moyen d'un manomètre nouveau : le *manomètre compensateur*, est l'objet d'une étude spéciale. L'emploi de cet instrument permet d'établir, contradictoirement aux assertions de Poiseuille :

1° Que la tension moyenne des artères va en décroissant à mesure qu'on s'éloigne du cœur.

2° Que cette décroissance est d'autant moins rapide que les vaisseaux capillaires, plus contractés, font un obstacle plus puissant; d'où il suit que la tension et la vitesse du sang dans les artères sont dans un rapport inverse.

3° Qu'il est impossible de fixer absolument la tension moyenne d'une artère, à cause des variations incessantes de la circulation périphérique.

Nous arrivons à l'étude du pouls et de toutes ses variétés. Ici les faits nouveaux s'accumulent et font prévoir toutes les applications qui seront faites plus tard à la pathologie.

Tous les changements qui peuvent survenir dans la circulation dépendent de l'impulsion ventriculaire, de l'état des artères, du degré de contraction ou de relâchement des capillaires. La connaissance de ces conditions permet de comprendre tous les caractères du pouls. Mais ces caractères eux-mêmes sont de telle nature, qu'il est impossible d'en faire une étude utile sans l'aide des procédés sphygmographiques. On arrive de cette manière à des résultats nets, identiques pour tous, et qui se substituent aux notions incomplètes, personnelles, intransmissibles, obtenues jusqu'à ce jour.

M. Marey établit que le cœur bat d'autant plus fréquemment qu'il éprouve moins de peine à se vider; l'augmentation de la tension artérielle diminue donc la fréquence des pulsations, et réciproquement. Depuis Hales, tous les physiologistes ont constaté que la fréquence du pouls augmente après une hémorrhagie. La compression des gros troncs artériels ralentit le pouls. La contraction des capillaires aura le même effet; leur relâchement, l'effet inverse.

L'étude de la force, de la forme du pouls, donne lieu à des expériences toujours ingénieuses et riches en déductions pathologiques. Nous nous contenterons de signaler l'explication que M. Marey donne du pouls dicrote. Il établit tout d'abord que le dicrotisme est un phénomène à peu près constant de la pulsation artérielle. Il atteint rarement une intensité qui permette de l'apprécier au doigt. Le dicrotisme peut exister pendant la diastole artérielle (insuffisance aortique) ou pendant la systole (fièvre typhoïde). Rien de plus facile que de déterminer ces nuances à l'aide du sphygmographe. Quant à la cause du dicrotisme, elle réside dans les oscillations imprimées par la vitesse acquise au liquide en circulation, au moment où il tend à franchir l'obstacle constitué par les capillaires. Tout ce qui diminuera la vitesse du sang, diminuera également l'intensité du dicrotisme. Dans la fièvre typhoïde, la contractilité artérielle est presque entièrement supprimée, l'élasticité des vaisseaux subsiste seule, d'où une grande vitesse du sang éminemment favorable au dicrotisme.

Les deux derniers chapitres de la partie physiologique de l'ouvrage sont consacrés à l'étude de l'influence de la respiration sur le pouls et à la circulation capillaire. Nous voudrions pouvoir nous étendre particulièrement sur ce dernier

chapitre où les travaux modernes sont passés en revue et appuyés de faits nombreux d'observation. Nous avons hâte d'arriver à la partie pathologique. Pour M. Marey, tout l'avenir médical est dans une application raisonnée de la physiologie à la pathologie. Sans être aussi radicalement organicien, on ne peut s'empêcher de reconnaître que notre auteur a jeté une vive lumière sur le mécanisme des troubles fonctionnels qui peuvent se présenter dans l'appareil circulatoire.

Partie pathologique. — Les états morbides qui ont leur point de départ dans un trouble de la circulation capillaire et dont l'élément principal semble résider dans une altération du mouvement sanguin, peuvent se localiser dans un ou plusieurs organes, ou se généraliser dans l'économie. La fièvre, l'algidité, les états congestifs et inflammatoires, les hémorrhagies spontanées, forment des groupes que l'analogie rapproche facilement. Les anciens avaient saisi vaguement ces rapports; mais l'absence des notions physiologiques ne leur a permis que des hypothèses hasardées.

Relativement à la chaleur animale, le rôle de la circulation semble être de mettre les différentes parties du corps en équilibre de température. M. Marey étudie, avec sa sagacité habituelle, toutes les modifications de température liées à la circulation. D'après lui, la contractilité des vaisseaux joue un rôle important dans la répartition de la chaleur. Sous l'influence d'un sang chaud renouvelé par une circulation active, les vaisseaux se dilatent et produisent une certaine déperdition du calorique. Dès que la circulation se ralentit et que le sang se refroidit à la périphérie, la contractilité vasculaire est mise en jeu et tend à diminuer le refroidissement. C'est donc par l'intermédiaire de cette contractilité que la chaleur se règle en quelque sorte d'elle-même. La température centrale ne peut varier que dans des limites assez étroites, chacun de ses écarts ramenant à la normale la température du sang par les modifications que subit la contractilité des vaisseaux.

Dans la fièvre, la rapidité de la circulation augmente; les capillaires sont dilatés, et il y a plutôt un nivellement général de la température qu'une augmentation absolue. Cette augmentation existe cependant, et peut être de 3 ou 4 degrés. La sécheresse de la peau qui s'oppose à l'évaporation, le soin avec lequel se couvrent les malades, est pour quelque chose dans cet accroissement de chaleur. Le relâchement des vaisseaux explique suffisamment la rougeur et le gonflement périphérique. Le pouls devient plus fréquent, en raison de l'abaissement de la tension artérielle. La même cause, jointe à l'augmentation de volume des artères, explique la force du pouls.

L'algidité consiste en un ensemble de phénomènes directement opposés. Chacun d'eux trouve son explication logique dans une violente contraction vasculaire.

Des études sphygmographiques du pouls dans les différentes espèces de fièvre et dans l'état algide permettent de contrôler la justesse des explications.

L'état de relâchement des vaisseaux dans une partie suffit pour rendre compte de la congestion. M. Marey admettrait volontiers d'une manière générale l'existence de nerfs présidant au relâchement des muscles. On sait, depuis Weber, que le pneumogastrique joue, vis-à-vis du cœur, le rôle de nerf de relâchement.

L'inflammation est un état congestif auquel s'ajoutent la stase sanguine et l'exsudation plastique. Hunter avait déjà dit qu'un agent qui posséderait la propriété de faire contracter les vaisseaux, serait probablement le spécifique de l'inflammation.

M. Marey fait une large application des notions expérimentales qu'il a précédemment exposées aux différents phénomènes de l'inflammation. Les conditions qui président aux réunions par première intention, à la suppuration, à l'étranglement, sont étudiées par lui à un point de vue qui nous paraît un peu exclusif. La *nature médicatrice*, les *forces* du malade ne sont pas en honneur chez notre physiologiste, qui ne se défend pas toujours d'hypothèses assurément ingénieuses, mais peut-être précipitées.

Nous revenons bien vite au domaine des faits nettement exposés et finement étudiés, en abordant le chapitre qui traite des altérations séniles des artères.

L'ossification des artères, créant au-devant du cœur un obstacle qui rend ses contractions plus pénibles, doit nécessairement amener l'hypertrophie de l'organe; coïncidence signalée par Andral, mais à laquelle l'explication faisait défaut, avant qu'on eût apprécié le véritable rôle de l'élasticité des artères. (*Gazette médicale*, 1858.)

L'augmentation de la force impulsive du cœur amène la dilatation des artères chez le vieillard; la force de la pulsation trouve également sa cause dans la rigidité des conduits. Ici le sphygmographe donne des tracés curieux du pouls des vieillards, tracés caractéristiques, et dont chaque détail trouve sa raison d'être dans l'état anatomique des artères et du cœur.

Un chapitre fort rempli sur les oblitérations artérielles permet de saisir avec facilité et de prévoir, en quelque sorte, les modifications que les anévrysmes imprimeront à la circulation artérielle. Toutes ces modifications sont reproduites par M. Marey au moyen du *schema*, avec une exactitude qui ne laisse rien à désirer. Il confirme l'explication que M. Broca avait déjà donnée de l'affaiblissement du pouls au-dessous des anévrysmes, affaiblissement qui tient à l'expansibilité de la tumeur, et nullement aux caillots qu'elle peut contenir.

L'étude du pouls à l'aide du sphygmographe, acquiert ici une importance de premier ordre, et permet d'arriver au diagnostic avec une certitude inattendue.

On lira avec un intérêt tout particulier le chapitre qui traite des bruits de souffle. M. Marey, se dégageant de toutes les discussions qui s'élèvent encore entre les physiologistes au sujet de la cause de ces bruits, établit : 1° que pour produire un bruit de souffle, il faut qu'un courant sanguin rapide s'établisse; 2° pour que ce courant ait lieu, il faut que le liquide passe d'une partie étroite dans une autre plus large et soumise à une moindre pression.

Telles sont les *conditions* dans lesquelles se produit le bruit de souffle. La cause proprement dite en est encore inconnue.

Nous trouvons ces conditions réunies dans tous les cas où le souffle se produit. Ces cas sont les suivants :

1° Compression d'un vaisseau;
2° Communication anormale d'une artère avec une veine;
3° Abaissement général de la tension artérielle;
4° Présence d'un anévrysme;
5° Lésions des orifices cardiaques, ou communication entre les cavités.

Nous arrivons maintenant aux bruits de souffle cardiaque.
Ces souffles sont systoliques ou diastoliques.

1° Le souffle systolique ne peut tenir qu'à deux causes : *a.* au passage du sang à travers un orifice artériel rétréci; *b.* au reflux du sang à travers une valvule auriculo-ventriculaire insuffisante.

2° Le souffle diastolique résulte : *a.* du passage du sang de l'oreillette à travers un orifice auriculo-ventriculaire rétréci; *b.* du reflux du sang de l'artère dans le ventricule à travers les valvules sigmoïdes insuffisantes.

Suit l'étude des tracés sphygmographiques fournis par le pouls dans les maladies du cœur. Rien n'est plus intéressant que de voir la ligne des tracés justifier les prévisions inspirées par la connaissance de la lésion cardiaque. Chaque maladie présente son tracé, pour ainsi dire, pathognomonique, et nous croyons sans peine que M. Marey peut, dans la majorité des cas, porter un diagnostic exact par la seule inspection de ces tracés. Notons bien que telle n'est pas sa prétention, et qu'il veut, au contraire, que le diagnostic s'étaye de toutes les notions fournies par les procédés habituels, notions que le sphygmographe doit simplement étendre et compléter.

L'auteur termine par l'analyse de quelques tracés du pouls pris pendant la dyspnée et dans diverses maladies remarqua-

bles par les modifications profondes imprimées à la circulation.

Nous voudrions, dans cette rapide analyse du livre de M. Marey, avoir mis en relief les qualités qui nous ont frappé. Ce livre plaira singulièrement à tous les esprits exacts, peu soucieux des hypothèses et désireux de suivre une analyse minutieuse des phénomènes fonctionnels. Peu ou point d'opinions hasardeuses, des faits expliqués par les lois physiques, ramenés à des principes communs, reproduits, autant que possible, par des expériences synthétiques. Bien des questions, longtemps pendantes et agitées par les meilleurs esprits, nous paraissent définitivement jugées. L'auteur a mieux fait que de débarrasser la science des erreurs dont on l'avait encombrée. Nous ne doutons pas que cette étude de la circulation, pleine de faits nouveaux et d'aperçus ingénieux, ne tienne un rang élevé dans les travaux considérables dus à nos plus éminents physiologistes. BLACHEZ.

VI

VARIÉTÉS.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Conformément à ce que nous avions annoncé dans le dernier numéro, nous donnons aujourd'hui une liste des articles qui seront traités sous la lettre A ; non la liste complète, ce qui eût été superflu, mais celle de tous les articles dont le sujet peut faire espérer, de la part de nos confrères de France ou de l'étranger, une communication de documents imprimés ou inédits. Ces documents devront être adressés au bureau du DICTIONNAIRE, rue de l'École-de-Médecine, 17, avec indication des collaborateurs auxquels ils seront destinés.

AXENFELD. Abdomen (pathologie générale médicale). — Anesthésie médicale. — Ataxie locomotrice.
BARTH et ROGER. Auscultation en général.
BAZIN. Acromie. — Acné. — Alopécie.
BEAU. Asthme.
BÉCLARD. Absorption (physiologie). — Asphyxie (physiologie).
BERTILLON. Acclimatement.
BESNIER. Ascite. — Anasarque.
BOUISSON (de Montpellier). Anesthésie chirurgicale (applications pratiques).
BROCA. Adénôme.
CHARCOT. Argent et ses composés (thérapeutique médicale). — Arthritisme.
CHARCOT et BALL. Aorte (maladies de l').
CHASSAIGNAC. Anus (maladies chirurgicales).
CORNIL. Adhérences.
COULIER (du Val-de-Grâce). Aliments.
DEBOUT. Aconit (thérapeutique). — Aloès (thérapeutique). — Aphrodisie. — Anaphrodisie. — Asa fœtida (thérapeutique).
DECHAMBRE. Acrodynie. — Anthracose ou phthisie des mineurs.
DELIOUX DE SAVIGNAC. Antimoine et ses composés (thérapeutique). — Arsenic et ses composés (thérapeutique).
DENONVILLIERS. Abcès.
DEPAUL. Accouchement physiologique.
DOLBEAU. Aisselle (pathologie chirurgicale).
DUPLAY. Acéphaliens. — Anencéphaliens.
FALRET (Jules). Alcoolisme (affections du système nerveux).
FOLLIN. Amaurose. — Amblyopie.
FONSSAGRIVES (de Brest). Alimentation.
FRITZ. Aménorrhée.
GIRAUD-TEULON. Accommodation. — Astigmatisme.
GUBLER. Absorbants (thérapeutique). — Albuminurie.
GUYON. Abdomen (chirurgie générale). — Aine (anatomie). — Aisselle (anatomie). — Atlas et ses articulations (pathologie).
JACQUEMIER. Accouchement prématuré. — Allaitement. — Avortement.
LANCEREAUX. Alcoolisme (pathologie). — Artérite en général.
LANDRY. Affusions.
LAVERAN (du Val-de-Grâce). Antagonisme pathologique.
LE FORT. Abdomen (anatomie et physiologie). — Anévrysmes. — Artères (anatomie et chirurgie). — Artère axillaire (pathologie et opération).
LEGOUEST. Amputations en général.
LIÉGEOIS. Amygdales (anatomie, anatomie pathologique et chirurgie).
LINAS. Aphémie.
MOREL (de Saint-Yon). Aliénés (médecine légale des).
OLLIER. Ankylose. — Articulations (maladies des).
ORFILA (Louis). Antimoine et ses composés (toxicologie). — Arsenic et ses composés (toxicologie). — Argent et ses composés (toxicologie).
PAJOT. Accouchement (mécanisme de l').
PARCHAPPE. Aliénation en général. — Législation et asiles d'aliénés.
PARROT. Agonie. — Angine de poitrine.
PERRIN (Maurice). Alcoolisme (physiologie pathologique). — Anesthésie chirurgicale (historique et physiologie).
POTAIN. Anémie.
ROBIN (Ch.). Adipeux (tissu).
ROGER et PETER. Angine couenneuse.
ROTUREAU. Les eaux minérales.
SCHUTZENBERGER (de Strasbourg). Apoplexie générale.
TESTELIN (de Lille). Arc sénile.
TOURDES. Au point de vue médico-légal : accouchement ; accouchement prématuré ; accouchement prématuré artificiel ; agonie ; alcoolisme ; aphrodisie ; anaphrodisie ; anesthésiques ; asphyxie ; autopsie ; avortement.
TRÉLAT (Ulysse). Anthrax. — Anus anormal. — Anus artificiel.
VELPEAU. Adénite. — Angioleucite.
VERNEUIL. Aine (pathologie). — Ankyloglosse. — Autoplastie en général.
VIDAL. Amygdalite. — Angines diverses (sauf la couenneuse).
VOILLEMIER. Avant-bras (pathologie chirurgicale et opération).
VULPIAN. Atrophie.
WORMS (Jules). Aphthes.

MARIAGES CONSANGUINS. — M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics vient d'adresser aux préfets la circulaire suivante :

« Monsieur le préfet, la question si vivement débattue en ce moment dans les corps savants, de l'influence des mariages consanguins sur l'aptitude physique des générations qui en sont issues, donne une importance toute particulière aux indications que le tableau du mouvement annuel de la population doit me fournir sur le nombre des mariages.

» Or, des renseignements puisés aux sources les plus sûres m'autorisent à croire que ces indications sont très-notablement incomplètes, en ce qui concerne particulièrement les *mariages entre cousins germains*. Il est d'ailleurs facile de se rendre compte des omissions de cette nature, quand on songe que les mariages dont il s'agit n'étant pas, comme ceux qui peuvent avoir lieu entre beaux-frères et belles-sœurs, oncles et nièces, tantes et neveux, l'objet d'une prohibition légale, l'autorité locale n'a aucun moyen régulier de les connaître.

» Je viens donc vous prier, monsieur le préfet, de vouloir bien, par des instructions spéciales, inviter MM. les maires à s'assurer, par une interpellation directe aux futurs époux, lorsque les pièces produites ne leur fourniront aucun renseignement sur ce point, s'ils sont ou non parents au degré de cousin germain et de cousin issu de germain. »

— La séance de rentrée de la Faculté de Strasbourg a eu lieu le 16 novembre. Voici la liste des prix proclamés dans cette séance :

Première année. — Prix : M. Thorens.

Deuxième année. — Prix : M. Robert ; mentions très-honorables : MM. Ditandy, Kelsch, Guillemin.

Troisième année. — Prix : M. Bozonet.

Quatrième année. — Prix : M. Chauvel.

Prix de thèses pour l'année scolaire 1860-1861 : M. Schlæfflin (de Mulhouse), pour sa thèse intitulée : *Essai sur les doctrines pyrétologiques anciennes et modernes.*

Mentions honorables : MM. Bucquoy : *Des effets de l'air comprimé* ; Schwob : *La médecine légale chez les Hébreux* ; Perrin : *De la glande coccygienne.*

Prix de thèses pour l'année scolaire 1861-1862 : Médailles d'argent, *ex æquo* : MM. Monoyer, pour sa thèse intitulée : *Des fermentations* ; Sieffermann : *Épidémie de fièvre puerpérale.*

Mentions honorables : MM. Dumont : *Des amputations immédiates et retardées* ; Coblentz : *De la digitale* ; Richert : *Thrombose et embolie* ; Pellevoisin : *Alimentation forcée chez les aliénés* ; Bœll : *De la sareine* ; Barth : *De l'idiotie* ; Dietz : *De la diphthérite cutanée.*

Ont obtenu le premier rang dans les divers concours qui ont eu lieu pendant l'année scolaire de 1862-1863 :

Internat : MM. Schmidt et Pirotais. *Externat* : M. Apté.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 11 DÉCEMBRE 1863. N° 50.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris**. De l'acclimatement sur les altitudes du Mexique. — II. **Travaux originaux**. Physiologie : Expériences nouvelles pour constater l'électricité du sang et pour en mesurer la force électromotrice. — III. **Correspondance**. De l'acclimatement sur les altitudes du Mexique. — IV. **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — V. **Revue des journaux**. Sur l'emploi de l'alcool dans le traitement de l'asthme. — Exfoliation de la muqueuse vésicale. — Extraction de 45 calculs vésicaux et uréthraux chez un enfant de douze ans. — VI. **Bibliographie**. Leçons sur l'exploration de l'œil et sur les applications de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies des yeux. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux. — Leçons sur le strabisme et la diplopie. — Recherches ophthalmoscopiques sur les maladies de la rétine et du nerf optique. — The Progress of Ophthalmic Surgery from the Invention of the Ophthalmoscope up to the present Time. — L'astigmatisme et les verres cylindriques. — Études cliniques sur l'évacuation répétée de l'humeur aqueuse dans les maladies de l'œil. — VII. **Variétés**. Association générale des médecins de France. — Déclaration de constitution de la caisse des pensions viagères d'assistance. — VIII. **Bulletin des publications nouvelles**. Livres.

I

Paris, 10 décembre 1863.

La discussion sur l'origine de la vaccine se poursuit à l'Académie. M. H. Bouley a répondu à M. Depaul, et plusieurs orateurs sont inscrits. La question va d'ailleurs s'éclaircissant, et nous nous en occuperions dès aujourd'hui si l'espace ne nous faisait défaut. On verra, du reste, dans le compte rendu de la séance de mardi, avec quelle loyauté M. Bouley, tout en maintenant des réserves sur la nature de la maladie équine qui a fourni la matière des inoculations, a confessé publiquement son erreur sur le diagnostic et l'interprétation scientifique du premier fait observé.

M. Joulin a lu ensuite un mémoire sur l'anatomie comparée du bassin de la femme et de celui des autres mammifères. Nous donnons plus loin une analyse détaillée de ce travail.

DE L'ACCLIMATEMENT SUR LES ALTITUDES DU MEXIQUE.

(Deuxième lettre.)

A M. LE DOCTEUR MICHEL LÉVY.

Monsieur le directeur,

Dans l'incertitude où nous nous trouvons relativement à notre départ, il ne m'a pas été possible de commencer les recherches que je me propose de faire au sujet de la température propre du corps de l'homme, du dosage de l'acide carbonique, de l'air expiré, etc. A ce dernier point de vue, il ne serait pas même nécessaire, à la rigueur, de tenir compte des expériences de M. Regnauld, qui prouvent que la proportion d'oxygène absorbée n'est pas toujours en rapport avec la quantité contenue dans l'air. Il est évident, en effet, que la respiration étant physiquement plus active, plus énergique sur les altitudes qu'au niveau des mers, la diminution de pression atmosphérique doit y être compensée, et que la quantité d'acide carbonique exhalée doit être la même en l'un et l'autre point. Le fait néanmoins demande à être appuyé sur des preuves, et en attendant que je puisse les fournir, je vais me livrer à quelques considérations générales, qui, je l'espère, vous paraîtront dignes d'intérêt.

Le caractère essentiel de l'organisation humaine est de s'adapter à une grande variété d'influences extérieures et de se familiariser par l'habitude avec les conditions les plus opposées, en apparence, à sa conservation. C'est ce que nous observons pour les altitudes où, malgré la légèreté et la raréfaction de l'atmosphère, les hommes parviennent à vivre, à s'acclimater.

MM. d'Orbigny et Boussingault ont vu les chiens et les chevaux conduits à de très-grandes hauteurs sur les Andes, surmonter, au bout d'un certain temps, la gêne de la respiration qu'ils éprouvaient d'abord. Les habitants du Thibet, dans la haute Asie, ne paraissent pas plus souffrir de la diminution de pression atmosphérique à une hauteur de 4800 mètres au-dessus du niveau de la mer, que les ouvriers des mines ne s'aperçoivent de l'accroissement de pression à une profondeur considérable dans les entrailles de la terre. A une hauteur de 1600 toises, Cuença et Quito présentent des populations florissantes ; des observateurs ont vécu longtemps sur la crête du Pitchincha, dont l'élévation est de 2471 toises et demie, etc.

Que s'est-il passé au Mexique dans notre marche successive des terres chaudes, dans les terres tempérées et dans les terres froides? A Orizaba, qui est à 1215 mètres environ au-dessus du niveau de la mer, les effets rapides et directs de l'altitude ont été peu marqués, à peine appréciables. Nos soldats, fatigués par les convois, les voyages en terre chaude et le service pénible d'une place en continuel état de défense, n'ont point souffert de la raréfaction de l'air. Ce qui, à mon point de vue, comme je l'ai écrit il y a longtemps, a eu le plus d'influence sur la mortalité de cette époque, où l'hygromètre marquait continuellement 90 à 95, et atteignait même parfois son maximum de saturation, ainsi qu'il résulte de mes observations prises à l'hôpital de la Concordia, alors que j'en étais le chirurgien en chef, c'est l'humidité, le froid humide, dont la relation immédiate avec la dysentérie, et par suite avec les abcès du foie, n'est pas contestable.

Après notre passage des Cumbres, quand nous arrivâmes au-dessus de 2000 mètres d'élévation, alors la respiration, la circulation, et consécutivement l'absorption, l'exhalation et la

nutrition éprouvèrent des modifications sensibles. Nous remarquâmes une tendance des fluides du corps à se porter à la périphérie, d'où embarras de la circulation, congestions diverses, hémorrhagies cérébrales, pulmonaires, nasales, ainsi que j'en ai cité plusieurs exemples ; difficulté de respirer, qui nous rendait haletants, anhéleux ; malaise général, nous faisant trouver le temps lourd, bien qu'il fût réellement plus léger ; gêne des mouvements, fatigue plus facile, et ces phénomènes furent surtout marqués chez les hommes du 95e de ligne qui, comme nous, n'avaient pas séjourné longtemps à Orizaba, et qui étaient passés assez brusquement du niveau des mers à une élévation assez considérable. Peu à peu l'organisme de tous, en conflit d'abord avec un milieu pour lequel il n'avait pas été créé, s'est adapté progressivement à ce milieu, et aujourd'hui, après dix mois de séjour sur l'Anahuac, il s'est transformé de telle sorte qu'il se rapproche de celui de l'Indien.

Cet acclimatement s'est même produit sans de trop grandes secousses, puisque dans le premier mois de notre arrivée sur les hauts plateaux, du 1er au 31 décembre 1862, je n'ai guère reçu que 300 hommes à l'ambulance, sur un effectif de 10 000 environ, et que, sur ces 300 malades, je n'en ai perdu que trois : un artilleur, parti très-malade d'Orizaba, et chez lequel une fièvre typhoïde se déclara pendant la route ; un chasseur d'Afrique, qui s'était mis en marche avec une dysentérie qui devint hémorrhagique ; un chasseur du 1er bataillon, qui succomba à une hémorrhagie des méninges rachidiennes.

Les mois de janvier et de février furent tout aussi favorables : les fièvres intermittentes, rémittentes, s'amendèrent, diminuèrent : quelques cas de typhus, de fièvres continues à forme typhique, comme je les appelais alors, se déclarèrent pendant notre séjour à Quechoulac, mais ils ne présentèrent pas de gravité ; les dysentéries devinrent moins nombreuses, moins graves ; les diarrhées, dont l'efficacité du traitement par les sels neutres révélait la nature catarrhale, tenaient aux refroidissements nocturnes qui atteignaient les hommes laissés sous la tente d'après mes conseils, afin d'éviter l'encombrement dans des locaux malpropres, peu aérés, et que venait d'habiter l'armée juariste. Il en est de même des quelques maladies inflammatoires du pharynx, du larynx, des bronches, des poumons, des plèvres, que nous observâmes à cette époque. Les congestions du foie, assez rares du reste, disparaissaient rapidement sous l'influence de l'ipéca et de quelques ventouses scarifiées lorsqu'elles étaient simples, ou bien de ces mêmes ventouses et du traitement de la dysentérie, lorsqu'elles étaient liées à cette dernière affection. Les états cachectiques s'améliorèrent et nous ne constatâmes plus ces débilités, ces épuisements généraux, fruits de maladies, de fatigues, de régime, qui étaient si fréquents à Orizaba, et qui entraînaient si fatalement et quelquefois si brusquement les malades au tombeau, sans que l'autopsie vînt nous révéler la cause de la mort, ainsi que j'en ai rapporté nombre d'exemples en septembre et octobre 1862.

Lors du siége de Puebla, dans les mois de mars, avril, mai, que l'on considère comme la saison la plus défavorable de l'année, le nombre des malades se montra encore aussi peu considérable que possible, et cependant l'hygrométrie n'était plus là *pour favoriser l'endosmose pulmonaire et rétablir la fonction respiratoire* (Jourdanet). Nous ne vîmes se dérouler sous nos yeux que les phénomènes, que les affections qu'engendrent l'air sec et chaud le jour, froid la nuit, les fatigues et les émotions de la guerre, le régime uniforme et plus ou moins sain, l'usage d'une eau sulfureuse en plusieurs points, etc. Personne ne s'apercevait plus de la diminution de pression atmosphérique, si ce n'est ceux qui arrivaient récemment de France et qui venaient combler les vides laissés dans les rangs de l'armée. Au point de vue chirurgical, j'ai eu sans doute quelques cas de gangrène, de pourriture d'hôpital, d'infection purulente, à la suite d'amputations surtout, mais il n'y a rien là qui puisse être attribué à l'altitude, et malgré l'encombrement de mon ambulance, malgré sa situation dans un moulin sur le bord de l'eau, dans un lieu un peu enfoncé, où nous avions été chassés par les boulets ennemis ; j'ai néanmoins vu, d'une manière générale, les plaies guérir bien et vite. Comme après le 5 mai 1862, la chirurgie conservatrice m'a encore donné de magnifiques succès, ainsi que l'attestent les observations que j'envoyais à cette époque à M. le baron Larrey, et dont les sujets sont aujourd'hui en parfait état. A preuve, le capitaine d'artillerie Seard, qui avait une blessure analogue à celle de mon pauvre ami Capitan ; à preuve, un sergent de tirailleurs algériens Chassoux, qui avait l'articulation tibio-tarsienne traversée avec fracture comminutive ; à preuve, un zouave, dont le poignet avait aussi été traversé, également avec fracture comminutive ; à preuve, un autre zouave qui avait eu le genou ouvert par une balle, etc., etc.

Après la reddition de Puebla, lorsque nous nous dirigeâmes sur Mexico, jamais je n'avais vu, en France, en Afrique, en Crimée, si peu de soldats s'arrêter en route et ne pas suivre leur régiment. Cependant nous atteignîmes une hauteur bien plus considérable que celle de Mexico en traversant le Rio-frio, et il n'y a même pas eu un seul de ces faits d'asphyxie par excès de sang veineux chez les personnes soumises à une atmosphère trop réchauffée par les ardeurs solaires dont parle M. Jourdanet, et qui, dans tous les cas, devraient être rapportées, non à l'action de la raréfaction de l'air sur la respiration, mais à une congestion des centres nerveux produite par la chaleur.

A Mexico, enfin, depuis le mois de juin, sauf des cas isolés et peu nombreux de typhus, à l'égard desquels j'ai écrit ma façon de penser, la santé de l'armée n'a rien laissé à désirer. Dans la population civile, au dire de médecins distingués que j'ai consultés à ce sujet, les maladies qui ont été le plus observées dans la saison que nous venons de traverser, sont les affections intestinales, les rhumatismes, et par suite les maladies du cœur, dont quelques-unes, le quart environ, sont indépendantes de cette cause, et, ainsi que certains états pathologiques du foie, des poumons, se lient, comme je le dirai, à l'activité plus grande de la respiration et de la circulation.

En somme, je le répète, l'acclimatement nous a paru facile sur le plateau de l'Anahua, et, outre l'aspect physique qui est satisfaisant, j'ai beau interroger chacun sur le fonctionnement de ses appareils, personne ne semble se douter aujourd'hui qu'il vit à une pression barométrique de 585 millimètres.

Cela dit, examinons les caractères physiologiques et psychologiques de la population de l'Anahuac, en commençant par les Indiens.

Indiens.

L'Indien ne présente pas d'embonpoint, mais il est assez musclé. La peau est d'un jaune terreux, peu agréable, et cette couleur pain d'épice m'a paru générale, sauf quelques diversités de teintes plus ou moins foncées. De types très-différents, suivant qu'il descend des Toltèques ou des Aztèques, il est d'un naturel doux et tranquille, mais dans l'occasion capable de courage et même de férocité. Très-enclin à la superstition, le culte des idoles n'a pas encore disparu chez lui, et l'on peut même dire que le christianisme ne l'a guère transformé à cet égard. Il est laborieux, docile, et l'on est étonné de la force physique, de l'énergie qu'il est susceptible de déployer dans les travaux les plus rudes. Ce qui lui manque, c'est l'esprit d'initiative, c'est le besoin d'améliorer sa position. Né dans une hutte, couché sur une natte, nourri de quelques fruits, de tortilles, il ne rêve pas un état meilleur, lorsqu'il lui serait facile, avec un peu moins d'insouciance, de se donner un peu de bien-être, d'améliorer son champ et sa maison. Mais l'idée ne lui en vient même pas ; il n'a pour ainsi dire aucun besoin. L'indifférence, l'apathie, l'esprit de routine sont ses principaux attributs.

L'Indien est joueur, mais il n'a peut-être contracté cette passion qu'au contact des étrangers. Il aime le pulque, l'aguar-

diente, et cependant il se livre moins à l'ivrognerie que ne l'avaient fait supposer les récits des voyageurs. L'agriculture est son principal élément, et c'est ordinairement au pas de course qu'il transporte, sur son dos, à la ville, les produits de ses champs. Quelques-uns néanmoins sont artisans et bons artisans. Ils ne deviennent soldats que par force. Sa taille, comme nous l'avons vu, est en moyenne de 1m621,86; son thorax présente en développement, sous le rapport du pourtour, 89c,048; et 21c,349, au point de vue de la hauteur du sternum. Le nombre de ses inspirations à la minute, dans l'état de repos complet, est en moyenne de 20,297, et celui de ses pulsations de 80,24. Son appétit est vif, ardent, facile, ses digestions rapides.

L'Indienne participe de tous les défauts et qualités de l'Indien. La maigreur est aussi le type dominant de ses formes extérieures. Ses facultés reproductrices très-développées sont favorisées et maintenues par la bonne conformation physique du bassin qui rend la gestation facile et l'accouchement peu laborieux. Il y a fort peu de femmes contrefaites, et les accidents qui accompagnent la parturition sont, par conséquent, beaucoup plus rares qu'en Europe.

Elles sont saines, robustes, et on les voit prendre part aux travaux de leur mari, les suivre dans leurs excursions, tenant à la main un fardeau quelconque, et portant sur le dos, dans leur rebozo, un et même deux enfants qui naissent et se développent sans qu'on en prenne beaucoup plus de soin que les Arabes ne le font à l'égard de leur progéniture.

L'amour dans l'un et l'autre sexe ne dépasse guère les appétits vulgaires, la propreté y est très-douteuse, et la vermine y pullule aussi bien dans les vêtements, souvent en lambeaux, que dans les cheveux épais et abondants.

Mexicains proprement dits.

Les Mexicains de pur sang espagnol, ou dont le léger mélange de sang indien provenant des premières unions avec les femmes indigènes, s'est effacé dans la succession des générations, ont tout à fait l'aspect des Espagnols d'Europe : taille moyenne mais bien prise, yeux et cheveux noirs, teint le plus souvent clair, quelquefois légèrement basané; tempérament généralement bilieux ou bilioso-sanguin. La force musculaire est moyenne, elle paraît même un peu inférieure à celle des Européens. Cependant, le Mexicain se livre avec facilité et agilité aux exercices corporels; il excelle dans l'équitation, à laquelle il est habitué dès le bas âge, et il fait preuve d'une véritable audace dans les courses, dans les combats de taureaux. L'indolence qu'il montre habituellement est plutôt le résultat d'habitudes acquises que d'une disposition naturelle, et il sait au besoin la secouer quand il le veut. La jeunesse est remarquable par la vivacité de l'intelligence, par la rapidité de la compréhension; malheureusement ces qualités précieuses, livrées à elles-mêmes et privées du concours de l'attention, de la persévérance et du travail, ne suffisent point pour la culture sévère des sciences, qui, effectivement font peu de progrès ici. On est surpris de la rapidité avec laquelle les jeunes gens arrivent à un certain degré d'instruction; ils y arrivent même plus vite que ceux de l'Europe; mais ce degré ils ne le dépassent plus, car, pour cela, il faudrait travailler opiniâtrément, et peu sont susceptibles d'une attention profonde et soutenue.

Dans les villes, la population mexicaine se compose principalement de commerçants, d'artisans, et d'un petit nombre de propriétaires qui, ayant leurs possessions à la campagne, les font valoir par des majordomos. Cette population prend chaque jour davantage les habitudes européennes, et se rapproche par conséquent de la manière commune de vivre en Europe. Le Mexicain a conservé la fierté espagnole; il vous accable de politesses auxquelles il ne faut pas trop se laisser prendre. Il est extrêmement susceptible, orgueilleux, haineux, rancunier. Il veut paraître quand même. Il a la connaissance du bien et du mal, mais il n'en a pas le sentiment. Sa passion dominante est le jeu.

Comme pour l'Indien, ses appareils se sont mis en rapport avec le milieu dans lequel il vit. Sa respiration est active, énergique; sa circulation est en relation exacte avec la respiration, comme 1 est à 4. Ses organes digestifs fonctionnent parfaitement.

Les Mexicaines ont un aspect physique certainement très-agréable, celles qui sont de race pure ou très-peu mélangée, sont remarquables par la beauté de leurs yeux et de leurs cheveux noirs, l'élégance de leur taille et la grâce de leur démarche. Leur teint est blanc, moyennement coloré, les traits sont ordinairement réguliers, et les dents généralement belles.

Les Mexicaines sont filles d'Ève, comme toutes les femmes d'Europe, et cette capricieuse déesse qu'on appelle la mode, n'a pas de plus ferventes adoratrices; elles ont même le tort de s'en rendre esclaves, au lieu de lui commander, et si quelques-unes ont conservé la gracieuse mantille andalouse qui leur sied si bien, et qu'elles savent si gracieusement porter, en revanche, elles se condamnent aux robes traînantes qui cachent le pied, qu'elles ont pourtant fort joli, et elles s'entourent de ces ridicules et incommodes jupons à cerceaux qui font ressembler une femme à une cloche habillée. A part cela, elles ont un goût et une élégance naturelle qui les fait briller dans les réunions.

Quant à leurs qualités solides, elles dépendent évidemment beaucoup du milieu dans lequel elles ont été élevées, mais on peut dire que, d'une manière générale, elles laissent à désirer. Leur éducation intellectuelle se borne d'habitude à la musique et aux langues vivantes; le reste est un peu trop négligé, et l'instruction relative à l'économie domestique fait le plus souvent défaut.

Beaucoup de Mexicaines mènent une vie tout orientale : la promenade, et encore la promenade en voiture, le bain, la sieste, l'amour occupent leurs moments. Avec ces habitudes de mollesse, ce défaut d'exercice, un régime irrégulier et souvent peu substantiel, il n'est pas étonnant de voir se développer chez elles des symptômes d'anémie et une prédominance du tissu adipeux qui fait disparaître de bonne heure la beauté de leurs formes. A cela, il faut joindre les écarts de l'imagination, les vices cachés, etc., et il est évident que les enfants qui naissent ensuite de telles femmes ne doivent pas être extrêmement robustes. C'est ainsi que nous expliquerons plus tard certains états pathologiques que l'on observe ici.

Je n'ai parlé évidemment que des femmes de la classe supérieure et de la classe moyenne; les autres, et principalement celles de sang mêlé, restent sur un plan inférieur, mais nombre d'entre elles ont aussi des mœurs telles, qu'elles aiment mieux se livrer à la prostitution que de travailler. Puis, comme la police sanitaire est assez mal faite, il en résulte des maladies syphilitiques qui se perpétuent et qui ne sont pas sans affaiblir, sans détériorer l'espèce.

Étrangers.

Il y a en ce moment, à Mexico, en dehors de l'armée, environ 6000 étrangers, dont 3000 Espagnols, 2000 Français, le reste se compose d'Italiens, d'Anglais et d'Allemands.

Dans les commencements, ces émigrants forment des fractions très-distinctes de la population générale, et conservent les instincts, les usages, les habitudes du pays natal; mais avec le temps, ces distinctions s'effacent, et, sous l'influence du climat, des mœurs du pays, tout se fond dans la masse. Cette fusion s'opère d'autant plus facilement du côté des Français et des Italiens que, issus de race latine comme les Espagnols, ils sont liés par la même religion, n'ont pas de très-grandes différences dans leurs langues que tous apprennent aisément, et ont, à peu de chose près, les mêmes mœurs. En outre, beaucoup d'émigrants épousent des Mexicaines; les enfants s'élè-

vent en parlant espagnol, et, sous l'influence de la mère, deviennent complétement fils du pays, par les mœurs comme par les instincts.

Les Espagnols se trouvent ici au milieu de compatriotes, et quoiqu'il y ait une certaine rivalité entre eux et les fils du pays, comme ils ont en somme les mêmes mœurs et les mêmes habitudes, la fusion est naturellement facile. Les Anglais, moins multipliés, s'isolent ordinairement dans leur famille, à moins qu'ils n'épousent des Mexicaines, et dans ce cas, leurs enfants deviennent Mexicains comme les autres. Il en est de même des Allemands.

Le commerce en gros appartient à des négociants de toutes les nations, parmi lesquels beaucoup de Mexicains ; le détail, ainsi que la petite industrie, sont exercés concurremment par les gens du pays et les étrangers. Les Français et les Italiens s'adonnent plus particulièrement au détail.

Relativement à l'acclimatement de ces étrangers, nous avons vu par ce qui s'est passé dans l'armée française, qu'il est généralement facile, et nous savons quelles sont les modifications que l'organisme éprouve, à mesure que le séjour sur les hauts plateaux se prolonge davantage. Il est cependant une fonction dont nous n'avons pas parlé : celle de la génération. A quel degré de développement le goût des jouissances vénériennes et la puissance de le satisfaire sont-ils portés sur les altitudes? Voilà une question qui est très-diversement résolue. Si je m'en rapporte cependant au dire de tous les soldats que j'ai interrogés à cet égard, il n'y aurait pas de différence sensible entre ce qu'ils ressentent ici, et ce qu'ils sont et ce qu'ils éprouvent en France. Du reste, en dehors de la légèreté et de la raréfaction de l'atmosphère, il est des conditions de climat, de sol, qui doivent entrer en ligne de compte au point de vue de l'acclimatation, et c'est ce que nous allons examiner.

Observations recueillies sur les hauts plateaux du Mexique, du 1er décembre 1862 à la fin d'octobre 1863.

MOIS DE DÉCEMDRE 1802. (PALMAR;) TEMPÉRATURE.

	Thermomètre fixe.			Thermomètre libre.		
	Maxima.	Minima.	Moyenne.	Maxima.	Miniuia.	Moyenne.
7 h. mat. . . .	7	1,50	5,20	7	1,50	5,51
2 h. après midi.	17,50	12	15,41	18	18	16,03
9 h. soir. . . .	14	3,50	11,09	14	3,50	11,5

MOIS DE JANVIER 1803. (QUÉCHOULAC.) TEMPÉRATURE.

7 h. mat. . . .	10	5	7,17	10	5,50	7,31
2 h. après midi.	18,50	13	15,83	19	13	16,20
9 h. soir. . . .	16	11	13,53	10,50	11,50	13,68

MOIS DE FÉVRIER 1863. (QUÉCHOULAC, ACACINGO.) TEMPÉRATURE.

7 h. mat. . . .	12	0,50	6.77	13	1	7,43
2 h. après midi.	22	11,50	16,51	23	13	17,53
9 h. soir. . . .	18	8,50	12,85	18,50	10	13,85

Pendant ces trois mois, le thermomètre marquant à 2 h. de l'après-midi 16 à 17° à l'ombre, ne donne que 13 à 14° à 6 h. du soir ; 8 à 9° à 11 h. du soir ; 3 à 4° à 3 h. du matin ; 0°, 1 à 2° au-dessus ou au-dessous de 0° à 5 h. du matin.

A 2 h., la température était, je le répète, de 16 à 17° à l'ombre, elle est de 32 à 35° au soleil.

Le refroidissement nocturne qui va jusqu'à produire des gelées blanches, est le résultat de la pureté de l'air et du rayonnement vers les espaces planétaires.

Le thermomètre ne tarde pas à monter aussitôt que le soleil est à l'horizon.

L'air est sec, le ciel continuellement limpide et clair.

Les principaux vents qui arrivent chargés de sable, de poussière, soufflent dans la direction du pic d'Orizaba, et viennent surtout de l'est et du nord-est.

MOIS DE MARS. (ACACINCO, AMOZOC, PUEDLA.) TEMPÉRATURE.

	Thermomètre fixe.			Thermomètre libre.		
	Maxima.	Minima.	Moyenne.	Maxima.	Minima.	Moyenno.
7 h. mat. . . .	14	6,50	11,11	13,75	7	11,47
2 h. après midi.	23	12	19,23	24	13	20,15
9 h. soir. . . .	18,50	8	14,41	18,75	9	15,17

MOIS D'AVRIL. (PUEDLA.) TEMPÉRATURE.

7 h. mat. . . .	14	5	11,49	14,75	5,50	12,14
2 h. soir. . . .	24	16	21,58	25	17	22,21
9 h. soir. . . .	18,50	8	15,63	10,50	8	16,78

MOIS DE MAI. (PUEDLA.) TEMPÉRATURE.

7 h. mat. . . ,	13,50	10	11,79	14	10	12,33
2 h. soir. . . .	24	17,50	21,20	25	18,50	21,20
9 h. soir. . . .	18,75	11	15,14	19,25	12	15,80

Ces trois mois, pendant lesquels l'air est extrêmement sec, le soleil très-vif, et qui peuvent être considérés comme constituant la saison d'été, ont pour température :

	Thermomètre fixe.			Thermomètre libre.		
	Maxima.	Minima.	Moyenne.	Maxima.	Minima.	Moyenne.
7 h. mat. . . .	14	5	11,44	14,75	5,50	11,98
2 h. soir. . . .	24	12	20,65	25	13	20,99
9 h. soir. . . .	18,75	8	15,00	19,50	8	15,91

MOIS DE JUIN. (MEXICO.) TEMPÉRATURE.

7 h. mat. . . .	14	10	12,65	14,50	11	12,98
2 h. soir. . . .	22,50	16	19,03	23	16,50	19,7
9 h. soir. . . .	17	13	14,58	17,50	14	14,63

BAROMÈTRE.

Moyenne à 7 h. du matin	0,585mm
à 2 h. du soir	0,584
à 9 h. du soir	0,585

PLUVIOMÈTRE.

Quantité d'eau tombée. 0,151

MOIS DE JUILLET. (MEXICO.) TEMPÉRATURE.

7 h. mat. . . .	12	8	10,03	12,50	8,75	11
2 h. soir. . . .	20,50	14	18	22	15	18,50
9 h. soir. . . .	14	11	12,60	15	11,25	13

BAROMÈTRE.

Moyenne à 7 h. du matin.	0,586mm
à 2 h. du soir.	0,585
à 9 h. du soir.	0,586

PLUVIOMÈTRE.

Quantité d'eau tombée. 0,210

MOIS D'AOUT. (MEXICO.) TEMPÉRATURE.

7 h. mat.	11	9	9,50	12	9,50	10,25
2 h. soir. . . .	21	16	18,50	22	17	19
9 h. soir. . . .	13	11	12,75	13,75	12	13

BAROMÈTRE.

Moyenne à 7 h. du matin.	0,580mm
à 2 h. du soir.	0,585
à 9 h. du soir.	0,586

PLUVIOMÈTRE.

Quantité d'eau tombée. 0,384

MOIS DE SEPTEMBRE. (MEXICO.) TEMPÉRATURE.

7 h. matin. . .	11	10	11,74	11,50	10	12
2 h. soir. . . .	21,50	14	18,24	22,60	9	18,75
9 h. soir. . . .	13,50	10,50	11,25	14	11	12

BAROMÈTRE.

Moyenne à 7 h. du matin.	0,586mm
à 2 h. du soir.	0,585
à 9 h. du soir.	0,580

PLUVIOMÈTRE.

Quantité d'eau tombée. 0,293

HYGROMÈTRE.

Moyenne à 7 h. du matin.	89,99
à 2 h. du soir.	67,04
à 9 h. du soir.	86,64

Vents de ces quatre mois : juin, juillet, août, septembre, qui peuvent être considérés comme constituant la saison des pluies :

	JUIN.			JUILLET.			AOUT.			SEPTEMBRE.		
	7 h. mat.	2 h. soir.	9 h. soir.	7 h. mat.	2 h. soir.	9 h. soir.	7 h. mat.	2 h. soir.	9 h. soir.	7 h. mat.	2 h. soir.	9 h. soir.
N.	»	»	2	»	4	2	»	»	»	»	1	»
N.O.	7	4	2	6	3	2	3	3	4	3	5	4
N.N.O. . . .	2	2	3	3	»	1	»	3	2	»	»	»
N.O.1/4O. . .	7	1	6	8	»	8	7	1	5	4	»	3
N.1/4N.O. . .	»	»	2	1	»	1	1	»	»	»	1	»
N.O.1/4N. . .	1	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	1
N.E.	»	4	3	»	4	»	»	1	»	»	»	»
N.E.1/4E. . .	»	»	1	»	1	2	»	»	1	»	»	»
N.E.1/3E. . .	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
N.E.1/4N. . .	»	1	3	»	»	1	»	»	»	»	»	»
N.N.E.	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
O.	»	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	5
O.N.O. . . .	7	1	1	4	2	5	7	2	7	9	1	12
O.S.O.	1	»	»	»	1	»	»	»	1	1	1	»
O.1/4N.O. . .	»	»	1	»	»	3	6	1	3	5	1	2
O.1/4S.O. . .	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»
E.	1	1	»	»	»	»	»	2	»	»	1	1
E.1/4N.E. . .	»	2	1	1	»	»	»	2	»	»	3	»
E.N.E.	»	1	»	»	»	»	»	3	»	»	»	1
E.S.E.	»	1	»	»	2	»	»	»	2	»	2	»
E.1/4S.E. . .	»	»	»	»	4	»	1	»	»	»	»	»
S.	»	»	1	»	»	»	1	1	»	1	»	»
S.E.	1	1	»	»	»	1	1	3	»	»	»	»
S.S.O.	1	»	»	1	1	»	1	»	»	1	1	»
S.O.1/4O. . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
S.1/4S.O. . .	»	»	»	2	»	»	»	»	3	1	1	»
S.O.	»	»	1	1	»	1	»	»	1	1	1	»
S.O.1/4S. . .	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»
S.S.E.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
S.E.1/4S. . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
S.E.1/4E. . .	»	»	1	»	3	»	»	1	»	»	»	»
S.1/4S.E. . .	»	1	»	»	«	»	»	1	»	»	1	»
Variable. . .	1	6	1	»	4	»	»	5	1	1	8	1

TEMPÉRATURE DES QUATRE MOIS.

	Thermomètre fixe.			*Thermomètre libre.*		
	Maxima.	Minima.	Moyenne.	Maxima.	Minima.	Moyenne.
7 h. mat. . . .	14	8	10,98	14,50	8,75	11,55
2 h. soir. . . .	22,50	14	18,44	23	0	18,08
0 h. soir. . . .	17	10,50	12,81	17,50	11	13,14

On voit que la température de ces quatre mois ne s'éloigne pas beaucoup de celle des mois d'été, et ce qui les différencie surtout, c'est l'état hygrométrique de l'air dont nous avons donné la moyenne pour le mois de septembre, comme nous allons le faire encore pour le mois d'octobre.

MOIS D'OCTOBRE. (MEXICO.) TEMPÉRATURE.

	Maxima.	Minima.	Moyenne.	Maxima.	Minima.	Moyenne.
7 h. mat. . . .	15	5	9,96	14,50	5	10,40
2 h. soir. . . .	21	13	17,54	21,50	13,50	18,19
0 h. soir. . . .	10	7	12,96	18	9	12,99

BAROMÈTRE.

Moyenne à 7 h. du matin.	0,586mm
à 2 h. du soir.	0,585
à 9 h. du soir.	0,586

PLUVIOMÈTRE.

Quantité d'eau tombée. 0,135

HYGROMÈTRE.

Moyenne à 7 h. du matin.	91,48
à 2 h. du soir.	73,93
à 9 h. du soir.	84,67

VENTS.

7 h. matin.	2 h. soir.		9 h. soir.	
O. 8	E. 4	N.O.1/4 N. 1	O.N.O. . . 5	S.E.1/4 S. . 1
O.N.O. . . 8	N.O. . . . 4	S. 1	O.1/4 N.O. 4	S. 1/4 S.O. . 1
N.O. . . . 4	O.N.O. . . 3	S.S.O. . . 1	N.O. . . . 4	O.S.O. . . . 1
O.1/4N.O. 3	N. 3	S.S.E. . . 1	O. 3	S.S.O. . . . 1
O.1/4S.O. 2	N.E. . . . 3	S.O.1/4 O. 1	N.O.1/4O. 2	
N.1/4 N.O. 2	N.O.1/4 O. 2		E. 2	
N.O.1/4 O. 1	N.N.E. . . 2		S.S.E. . . 2	
S.O. . . . 1	N.E.1/4N. 2		Variable. . 2	
S.O.1/4S. . 1	O.1/4N.O. 1		N. 2	
O.S.O. . . 1	E.1/4N.E. 1		S.1/4 S.O. 1	

Sauf quelques jours du mois d'octobre et le mois de novembre, nous avons donc une année complète au point de vue de la température.

La saison d'hiver proprement dite (en y comprenant les mois d'octobre, décembre, janvier, février), et en prenant les moyennes 4,61, 14,81, 11,08, qui étaient celles de l'année dernière à Mexico, pour 7 h. du matin, 2 h. du soir, 9 h. du soir), nous donne ainsi :

	Thermomètre fixe.			*Thermomètre libre.*		
	Maxima.	Minima.	Moyenne.	Maxima.	Minima.	Moyenne.
7 h. mat. . . .	15	0,50	6,74	15,75	1	7
2 h. soir. . . .	22	11,50	16,22	22	12	16,50
9 h. soir. . . .	18	3,50	12,30	18,25	4	12,75

Nous avons ainsi comme température moyenne de toute l'année 18° centigrades environ à 2 h. du soir. Il est vrai que nous avons passé les mois d'hiver sur un point moins élevé que Mexico, à Palmar, Quéchoulac, Acacingo, où la saison froide nous a donné en moyenne plus de 16°. Peut-être cette moyenne eût-elle été un peu moindre ici, et dès lors la température moyenne de l'année en eût été aussi d'autant diminuée.

Dans la saison d'été, le thermomètre n'a pas dépassé 25° à l'ombre.

Dans la saison d'hiver, il a donné comme minimum 11°,50 à 2 h. de l'après-midi, et 2° pendant la nuit.

Je continuerai de vous donner prochainement le résumé de mes observations physiques et météorologiques que mon intention n'était pas de livrer sitôt.

P. S. Je commence après-demain, lundi, à l'École des mines, mes études sur le dosage de l'acide carbonique de l'air expiré.

Agréez, etc. LÉON COINDET.

Mexico, le 24 octobre 1863.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie.

EXPÉRIENCES NOUVELLES POUR CONSTATER L'ÉLECTRICITÉ DU SANG ET POUR EN MESURER LA FORCE ÉLECTROMOTRICE ; mémoire présenté à l'Académie des sciences (Institut), séance du 9 novembre 1863, par H. SCOUTETTEN.

Déjà, le 27 juillet dernier, j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie le résultat d'expériences faites pour constater l'existence de l'électricité du sang chez les animaux vivants.

Ce travail, inséré dans les COMPTES RENDUS (t. LVII, n° 4), a provoqué plusieurs objections qui exigeaient une sérieuse attention. J'y ai répondu par des faits précédemment acquis à la science et par des déductions qui me paraissaient exactes. Ces preuves n'ayant point été considérées comme suffisantes, j'ai dû faire de nouvelles expériences pour détruire les doutes existant encore dans l'esprit des savants.

Mais, avant de me livrer à de nouvelles recherches, j'ai cru nécessaire, afin de mieux connaître les points faibles de mon travail, de solliciter l'avis et les conseils de toutes les illustra-

tions scientifiques de la France et de l'étranger; les réponses bienveillantes que j'en ai reçues contiennent l'approbation la plus absolue du procédé expérimental que j'ai adopté; mais dans plusieurs d'entre elles le platine est considéré comme jouant un rôle dans la production des phénomènes électriques observés.

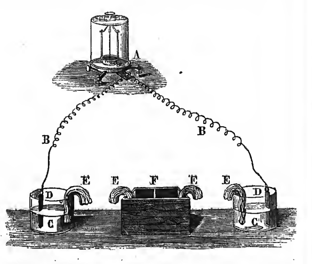
Le platine, en effet, est un métal qui, par la prompte polarisation qu'il éprouve, modifie souvent les résultats d'une expérience délicate et peut même en changer totalement le caractère.

Pour éviter cet inconvénient, M. le professeur Buff (de Giessen), M. du Bois-Reymond (de Berlin), d'accord en cela avec M. Béclard (Deuxième lettre du professeur Béclard, *Gazette hebdom.*, p. 654, t. X), me conseillèrent tous deux de ne point mettre le platine en contact immédiat avec le sang; « car il serait d'un grand intérêt scientifique, dit M. Buff, d'étudier cette question indépendamment de l'influence perturbatrice des électrodes. » Dans ce but, ces deux savants professeurs m'engagèrent à modifier mes expériences de la manière suivante. L'appareil se composerait d'une auge de bois, divisée en quatre compartiments séparés par des membranes poreuses; dans les deux compartiments du milieu seraient le sang rouge et le sang noir mis en contact, mais séparés par la membrane; dans les compartiments extrêmes serait de l'eau faiblement salée, c'est dans ce dernier liquide que plongeraient les électrodes de platine.

Cette disposition évite, en effet, le contact du sang avec les électrodes, mais le platine reste avec tous les inconvénients qui lui sont inhérents.

M. de la Rive et d'autres physiciens illustres me proposèrent d'employer, pour électrodes, des lames d'or ou d'argent qui se polarisent beaucoup moins vite que le platine.

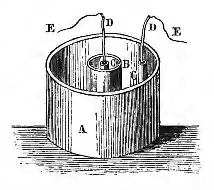
Enfin M. Matteucci, prenant intérêt à la question, eut l'extrême obligeance de m'écrire plusieurs lettres; dans l'une d'elles, en date du 23 octobre dernier, il me propose d'abandonner tout à fait le platine et de le remplacer par des électrodes de zinc amalgamé plongeant dans une dissolution de sulfate de zinc saturée et neutre, procédé indiqué depuis longtemps dans ses ouvrages (Ch. MATTEUCCI, *Cours d'électro-physiologie*, p. 124. Paris, 1858, in-8°). Voici la description de l'appareil appuyée d'un dessin de sa main : les électrodes sont de



A, galvanomètre; B, fils conducteurs; C, C, vases contenant la dissolution de sulfate de zinc; D, D, électrodes de zinc amalgamé; E, E, E, E, mèches de coton; F, auge de bois à deux compartiments contenant les deux sangs séparés par une cloison poreuse.

zinc amalgamé; le sang rouge et le sang noir sont mis dans un vase divisé en deux compartiments par une cloison poreuse; deux autres vases contiennent une dissolution de sulfate de zinc saturée et neutre; des mèches de coton plongent dans l'un et l'autre sang; deux autres mèches de même nature plongent dans la dissolution de sulfate de zinc, ces mèches sont rapprochées, jusqu'au contact, de celles qui sont dans les deux sangs; les électrodes de zinc sont également plongées dans la dissolution, un fil de laiton les relie au galvanomètre et le circuit est établi.

Trouvant quelques inconvénients à plonger des mèches de coton dans des liquides qui se coagulent, nous les avons remplacées par de petits vases poreux contenant la dissolution de sulfate de zinc. Cette légère modification de l'appareil ne porte aucune atteinte au principe sur lequel il est établi, elle ne fait qu'en rendre l'application plus facile, elle évite ou diminue l'influence des phénomènes d'endosmose. Voici notre appareil simplifié.



A, grand vase contenant le sang veineux; B, vase poreux contenant le sang artériel; C, C, petits vases poreux contenant la dissolution du sulfate de zinc; D, D, électrodes de zinc amalgamé; E, E, fils conducteurs se reliant au galvanomètre.

Un grand vase de porcelaine, à large ouverture, de la capacité d'un litre et demi, a été rempli, à moitié, de sang veineux; au milieu de ce liquide plongeait le vase poreux contenant 400 grammes de sang artériel; deux autres petits vases poreux, de 60 centimètres cubes de capacité, contenaient la dissolution de sulfate de zinc; ces petits vases plongeaient en même temps dans l'un et l'autre sang; les électrodes zinc plongeaient dans la dissolution et ne touchaient pas le sang.

Dès que les électrodes, rattachées préalablement au galvanomètre par des fils de laiton, pénétrèrent dans le liquide, le courant s'établit aussitôt. Nos expériences furent faites le 29 octobre, à sept heures du matin, en présence de chimistes, de physiciens et de médecins distingués.

Le sang était fourni par un cheval fort âgé, bien portant, mais destiné à être abattu dans la journée. Le sang artériel sortait de la carotide droite, en même temps que le sang veineux s'échappait de la veine jugulaire gauche; le vase poreux contenant le sang artériel fut plongé aussitôt dans le sang veineux et tout l'appareil fut entouré d'eau à la température de 40 degrés centésimaux pour ralentir la coagulation. Les petits vases poreux contenant la dissolution de sulfate de zinc furent enfoncés jusqu'aux deux tiers de leur hauteur dans l'un et l'autre sang, les électrodes de zinc amalgamé y furent plongées lentement et simultanément, et aussitôt le courant se manifesta par la déviation de l'aiguille; il indiquait, comme dans les expériences antérieures, que le courant interpolaire était positif, allant du sang artériel au sang veineux à travers le galvanomètre.

L'aiguille alla d'abord frapper l'arrêt de l'instrument, puis elle oscilla et vint finalement se fixer au 66ᵉ degré, où elle se maintint près d'une heure, bien que le sang fût complétement coagulé : après ce temps l'aiguille descendit de quatre degrés et nous cessâmes l'expérience. Le galvanomètre employé était celui de Nobili, la bobine portant dix mille tours.

D'autres expériences, faites le même jour, dans des conditions identiques, nous ont permis de mesurer la force électromotrice du sang; travail qui nous a paru indispensable pour

compléter la démonstration d'un fait contesté, mais qui, je l'espère, sera désormais acquis à la science.

Toutefois il reste une objection déjà faite et qu'on renouvellera sans doute, c'est qu'il n'est pas évidemment démontré que les faits se passent à l'intérieur du corps comme nous les observons lorsque le sang est soumis à l'action de nos instruments; cette remarque est juste, aussi d'autres expériences, déjà faites, devront-elles répondre à cette observation.

Les méthodes employées pour mesurer la force électromotrice ont beaucoup varié; en outre, jusqu'à ce jour, on s'est rarement occupé d'apprécier l'intensité des forces électromotrices lorsqu'on n'avait pour but que de constater les phénomènes électriques obtenus dans des recherches spéciales; on se bornait à comparer, par les déviations de l'aiguille du galvanomètre, les effets produits par les corps mis en présence. Sans doute on peut obtenir des effets comparables en se servant d'un galvanomètre à grande résistance, si les couples composés pour l'observation sont bons conducteurs du courant, condition qui permet de considérer comme constante la résistance des circuits.

Il en est tout autrement dans les expériences d'électro-physiologie; on opère sur des liquides ou sur des substances ne possédant qu'un faible pouvoir conducteur, ce qui fait que, malgré l'emploi d'un galvanomètre à long fil, les effets accusés ne sont pas indépendants de la nature des circuits.

En opérant dans ces conditions, il est impossible de connaître la cause de l'intensité des courants, et cependant il est essentiel de chercher à évaluer la force électromotrice qu'on étudie.

D'après les méthodes adoptées par MM. Fechner et Ed. Becquerel, dont le but est de rendre les résistances constantes par l'emploi du galvanomètre ou de la balance électromagnétique à long fil, il se présente des difficultés qui rendent ces méthodes difficilement applicables à des recherches d'électro-physiologie. Il en est de même du procédé de M. Wheatstone, qui a l'inconvénient d'exiger l'emploi de rhéostats à très-grande résistance.

Ces considérations ont conduit mon gendre, M. Bouchotte, ancien élève de l'École centrale des arts et manufactures, à préférer, dans ces recherches ainsi que dans d'autres qui lui sont personnelles, l'emploi d'un mode d'évaluation emprunté en partie à MM. Poggendorff et J. Regnauld. Il a composé des couples types à courant constant, d'un pouvoir électromoteur très-faible, couples formés d'étain plongeant dans une dissolution de protochlorure d'étain et de sel marin, et de plomb dans un mélange de chlorure de plomb et d'eau salée.

Depuis ces expériences, M. Bouchotte a encore étudié le couple étain et plomb dans leur nitrate respectif, couple qui possède une puissance électromotrice remarquable par sa constance et par son peu de puissance, ce qui le rend éminemment propre à servir d'unité de mesure.

En comparant, par le procédé de M. Wheatstone, le couple type tel que nous l'avons composé, au couple de Daniell, nous avons trouvé que ce dernier ayant pour force électromotrice 58, le couple type possédait un pouvoir exprimé par 4,50.

Maintenant, pour calculer la force électromotrice produite au contact du sang veineux, nous avons procédé comme il suit:

Du sang artériel étant versé dans un vase poreux, l'autre sang mouillait l'extérieur de ce vase; les petits vases poreux contenaient la dissolution de sulfate de zinc pur, ainsi que les deux lames de zinc amalgamé; ce couple, mis en communication avec le galvanomètre de dix mille tours, a donné un courant constant, prouvant que l'électrode en rapport avec le sang artériel prend l'électricité positive. En mettant ce couple *en opposition* avec le couple type, le courant change de sens, ce qui démontre que la force dégagée par la réaction des deux sangs est comprise entre 0 et 4,50; mais il nous fut facile d'arriver à une appréciation mieux déterminée de la force électromotrice. En effet, dans trois expériences successives nous avons obtenu des résultats qui concordent d'une manière remarquable.

Déviation de l'aiguille.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE.

Couple de sang essayé seul..... + 67° tangente = 2,3559.
Couple de sang en opposition avec un couple type............ — 59° tangente = 1,6643.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE.

Couple de sang essayé seul...... + 65° tangente = 2,1445.
Couple de sang en opposition avec un couple type............ — 55° tangente = 1,4281.

TROISIÈME EXPÉRIENCE.

Couple de sang essayé seul...... + 64° tangente = 2,0503.
Couple de sang en opposition avec un couple type............ — 56° tangente = 1,4825.

La moyenne des tangentes positives étant 2,1839, et celle des tangentes négatives 1,5251, il est évident que la force électromotrice que l'on cherche est à celle du couple type comme le premier nombre 2,1839 est à la somme des deux tangentes :

$$2,1839 + 1,5251 = 3,7090;$$

ainsi

$$\frac{1,5251}{3,7090} \times 4,50 = 1,82,$$

qui est la force électromotrice créée au contact des deux sangs, 58 étant celle du couple de Daniell. En d'autres termes, la force électromotrice du zinc dans l'acide sulfurique au dixième étant représentée par 100, le couple de Daniell aura pour expression 76,24, celui d'étain et plomb dans leur chlorure respectif 6, enfin celui des deux sangs 2,43.

Dans le cas particulier qui nous occupe, il n'y a pas lieu de craindre les erreurs résultant de grandes déviations de l'aiguille aimantée, puisque les nombres positifs et négatifs sont peu différents. Mais il n'en serait pas de même dans la plupart des expériences, ce qui fait qu'il est essentiel de remarquer qu'en employant, suivant les cas, des systèmes d'aiguilles plus ou moins astatiques, on n'obtiendrait que des déviations assez faibles pour être autorisé à considérer leurs tangentes comme l'expression des intensités des courants.

Nous n'avions ici à mettre en jeu qu'un seul couple type, mais il est facile de concevoir que la manière de procéder serait la même si la force qu'on veut évaluer était comprise entre les limites de n et $n+1$ couples types.

Exemple : soit x la force électromotrice qu'il s'agit de mesurer, E celle d'un couple type, n et $n+1$ les nombres d'éléments entre lesquels est compris x, soit enfin P et Q la valeur des tangentes des déviations limites, on aura

$$x - nE = P, \qquad x - (n+1)E = -Q,$$

d'où

$$x = \left(\frac{P}{P+Q} + n\right) E.$$

Telle est l'expression générale de x.

Dans les expériences citées plus haut, comme $n = 0$, on avait :

$$x = \frac{P}{P+Q} E.$$

Constatons enfin que, dans toutes ces expériences, la conductibilité des circuits ne varie jamais que de la quantité qui correspond à la résistance d'un seul couple type, résistance qui peut être considérée comme nulle, si on la compare à celle du long fil du galvanomètre et des couples qui agissent en permanence. Cette *méthode d'opposition*, ainsi modifiée, peut être considérée comme susceptible d'accuser des résultats d'une grande précision; elle est, en outre, d'une application facile pour toutes les recherches qui s'appliquent à des substances ne possédant qu'un faible pouvoir conducteur pour l'électricité.

III

CORRESPONDANCE.

De l'acclimatement sur les altitudes du Mexique.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur,

Le numéro de votre journal du 27 novembre contient une note de l'honorable M. Michel Lévy et une lettre de M. le docteur Léon Coindet, qui m'ont fait l'honneur de donner à mon volume sur le Mexique une attention dont je ne puis qu'être flatté. A la vérité, l'attaque est un peu vive, un peu prématurée peut-être; mais la précipitation même qu'ils ont mise à aborder un sujet sur lequel le temps ne leur a pas permis encore d'avoir toutes les données désirables prouve, du moins, la grande importance qu'ils lui attribuent.

L'honorable M. Michel Lévy, à propos d'un mémoire de moi dont il est le rapporteur, concentre son attention sur un ouvrage publié deux ans auparavant (*Les altitudes de l'Amérique tropicale*), intervalle qui m'imposait, sans doute, l'obligation de ne me présenter au jugement de l'Académie qu'avec de nouveaux titres à sa bienveillance. Je n'aurais nul droit de me plaindre, et très-certainement je me ferais un devoir de remercier M. Michel Lévy de cette attention dont il honore mon écrit sur le Mexique, s'il n'en était résulté deux malentendus qui jettent sur l'idée que je me suis faite de la respiration au delà de 2000 mètres d'altitude une confusion qu'il m'importe de dissiper.

Le premier malentendu consiste à me supposer la pensée d'attribuer absolument au ralentissement des mouvements respiratoires, dans l'état de repos, l'imperfection de l'oxygénation du sang sur les altitudes; tandis que, dans mon mémoire, je m'efforce de prouver, au contraire, que cette altération de l'hématose peut exister indépendamment du rhythme des mouvements respiratoires, opinion dont je formule ainsi les conclusions :

« Une grande dépression permanente de l'atmosphère est donc une cause de raréfaction de l'oxygène qui circule dans le corps de l'homme. Sous cette influence, l'activité de la respiration et de la circulation pourra établir un courant plus rapide de sang et du gaz à travers les organes; mais la densité de ce gaz étant diminuée, son action sur les tissus s'exercera constamment par une force amoindrie..... A celui qui viendrait donc nous dire que l'imperfection de l'air des grandes altitudes pourrait être compensée par des mouvements respiratoires plus amples et plus accélérés, nous demanderions si les chlorotiques éviteraient absolument les inconvénients de leur maladie par cette gymnastique du thorax? »

Le second malentendu de l'honorable M. Michel Lévy, à mon égard, consiste à signaler mon désaccord avec les récits de tous les voyageurs, lorsque je prétends que sur les grandes hauteurs et chez l'homme en parfait repos la respiration se ralentit et se suspend parfois par des pauses involontaires. Cette accusation de l'honorable rapporteur me surprend d'autant plus, que la première idée de ce ralentissement m'est venue de la lecture d'un récit de de Saussure devenu classique par la citation dont il a été l'objet dans le TRAITÉ D'HYGIÈNE de M. Michel Lévy lui-même. Le voici :

« Arrivé sur la cime (du mont Blanc), quand il fallut me » mettre à disposer mes instruments et à les observer, je me » trouvai à chaque instant obligé d'interrompre mon travail » pour ne m'occuper que du soin de respirer... Toute obser- » vation faite dans cet air rare fatigue, parce que, *sans y penser*, » *on retient son souffle*, et comme il faut suppléer à la rareté de » l'air par la fréquence des inspirations, cette suspension me » causait un malaise sensible. » (4e édit., t. I, p. 412.)

Dans ce passage se trouvent clairement exprimés, d'une part, le besoin où l'on est de respirer plus vite, et, d'autre part, la tendance à respirer plus lentement.

Après en avoir pris lecture pour la première fois, me fondant sur la conviction dès longtemps bien arrêtée dans mon esprit que les phénomènes très-apparents et très-aigus, peut-on dire, qui s'observent sur les voyageurs au haut des montagnes, se voient également, quoique diversement modifiés, dans l'ensemble des hommes qui habitent au delà de 2000 mètres, je m'empressai de rechercher sur les habitants de Puebla et de Mexico ce ralentissement respiratoire involontaire signalé par de Saussure. J'acquis bien vite sur moi-même et sur la majorité des sujets que j'observai, la conviction de son existence au delà de 2000 mètres d'altitude, et une attention de douze années a confirmé pleinement ma première pensée.

Si M. Coindet nous dit que « des praticiens extrêmement recommandables de Mexico paraissaient étonnés qu'on ait eu l'idée de soutenir une thèse » semblable, c'est que les termes en sont mal posés. Je puis, du reste, affirmer que d'autres praticiens distingués sont de mon avis, et M. Iglesias, confrère très-recommandable et très-studieux, secrétaire de la commission mexicaine, actuellement à Paris, m'affirme que des personnes contractent tellement l'habitude de cette respiration *à pauses*, qu'on a souvent occasion de la constater quand on ausculte certains sujets affaiblis par une vie sédentaire.

J'ai donc cru pouvoir affirmer l'existence de ce phénomène en disant que quelquefois, sur les grandes hauteurs, « on oublie de respirer, et l'on est obligé de remplacer le temps perdu par des inspirations profondes. »

Notre honorable confrère de l'armée du Mexique, M. le docteur Coindet, s'est livré à de longues et laborieuses recherches sur l'ampleur et l'accélération de la respiration examinée à Mexico, c'est-à-dire à 2277 mètres d'altitude. Les résultats intéressants auxquels il est arrivé excitent à un haut degré mes plus vives sympathies. En écartant, en effet, l'oubli involontaire de respirer que M. Coindet n'a pu avoir l'intention de rechercher sur des zouaves et des soldats mexicains qui ont servi à ses expériences, je le remercie vivement des preuves qu'il nous donne de l'ampleur et de la rapidité des mouvements respiratoires, à Mexico, sous l'empire de l'activité volontaire. J'ai signalé moi-même très-clairement ce phénomène dans ce passage de mon livre que je demande la permission de rapporter : « L'exercice musculaire activerait la circulation et les mouvements respiratoires; mais le sang, appauvri d'oxygène, produit l'apathie des muscles et fait aimer le repos. Ici se réalise donc le résultat de l'expérience faite par M. Becquerel sur la fibre musculaire, qui perd sa contractilité et s'engourdit quand le contact du sang artériel lui fait défaut. Ce nouveau malheur est d'autant plus à déplorer que la respiration, si calme dans le repos absolu, prend facilement de l'ampleur, à Mexico, sous l'influence du mouvement. »

Personne ne voudrait commettre l'injustice, à mon égard, de supposer que ma pensée, dans ce passage, se rattache uniquement aux sujets actuellement en mouvement, et ne s'étend pas à ceux qui par état ou par goût passent une grande partie de leur vie dans l'exercice de leurs forces musculaires.

Il n'a jamais été douteux pour moi, en effet, que ces deux tendances existent en même temps sur l'Anahuac, au delà de 2000 mètres : 1° accélération respiratoire exagérée sous l'empire des mouvements et de l'activité volontaire; 2° ralentissement qui porte la respiration au-dessous de ses besoins sous l'influence d'un repos complet.

Les chiffres de M. Coindet sur le rhythme de la respiration et sur les mesures thoraciques ne sont donc pas en désaccord avec ma manière de comprendre la respiration au Mexique, en ce que ces chiffres donnent la mesure de la fonction placée sous le domaine de l'activité volontaire. Mais je crains que ces résultats ne tendent à devenir une arme contre M. Coindet lui-même. Notre honorable confrère nous dit, en effet, que la capacité de la poitrine chez les Mexicains est *moindre* que chez nos soldats, et que si les Mexicains, malgré cela, sont plus à l'aise dans l'air délié des altitudes, « *c'est qu'ils respirent plus vite et plus énergiquement.* »

Comment comprendre que les hommes qui ont respiré plus vite et plus *énergiquement* depuis leur naissance aient grandi avec un thorax moins développé? L'exactitude et le soin avec lesquels M. Coindet a fait ses observations ne m'inspirent pas même l'ombre d'un soupçon sur la fidélité de ses mesures thoraciques. Elles sont, d'ailleurs, trop dans mes vues pour que j'aie nul désir de les combattre. J'ai limité, pour ma part, à la race indienne ma croyance sur l'ampleur exagérée du thorax. Que M. Coindet nous dise que les Mexicains du corps auxiliaire ont la poitrine moins développée que les Français, c'est pour moi une raison de croire que, si accidentellement, ils ont respiré plus vite et plus amplement au moment où il les a examinés, et à une époque où l'émotion des campagnes récentes et l'exercice des armes ont produit chez eux des conditions exceptionnelles, il n'en a certainement pas été de même à tous les moments et à toutes les époques de leur vie; car, encore une fois, je ne saurais comprendre qu'avec une respiration toujours plus énergique la poitrine se fût maintenue toujours plus étroite.

Mais une assertion plus grave et plus générale de M. Coindet domine l'ensemble de sa note envoyée du Mexique, c'est le reproche à mon adresse d'avoir déduit, sur la constitution pathologique et sur l'état physiologique des habitants des altitudes, des théories qui auraient pour point de départ mes croyances sur le ralentissement des mouvements respiratoires. Or, il n'en est pas ainsi. La vérité est que j'ai été frappé, comme tous ceux qui ont fait preuve de quelque discernement à Mexico, non d'une couleur plus ou moins flétrie du visage, mais de l'ensemble des signes qui, en physiologie et en pathologie, dénotent un affaiblissement de la race que l'on voit autrement vigoureuse dans les pays de son origine. C'est de ce fait que je suis parti pour aller à la recherche des causes. Je puis m'être trompé dans cette recherche; M. Coindet y peut être plus heureux; mais, pour détruire le fait, il faudra renverser des croyances populaires parmi les Mexicains eux-mêmes; il faudra monter sur les Alpes aussi, et faire que les moines de Martigny ne soient plus obligés de changer si souvent leurs frères du Saint-Bernard; il faudra dire pourquoi tant de bras vigoureux sortis des champs de la Biscaye et des Asturies n'ont presque pas laissé de traces de leur race sur les campagnes de l'Anahuac, malgré leur fertilité et l'attrait de la température, etc.

A la vérité, M. Coindet avoue « que des modifications se produisent à la longue sur les altitudes » chez l'homme d'Europe, et le fait est si évident, qu'il a pu s'en convaincre en quelques mois de résidence; mais ce que j'en ai dit ne lui paraît pas raisonnable. Puissent ses études éclairer mieux que je n'ai pu le faire moi-même un sujet qui a absorbé pendant de longues années mes plus ferventes attentions. Notre honorable confrère peut être assuré que personne plus que moi ne lui saura gré de ses heureux efforts. J'espère, du reste, l'y aider moi-même par la publication d'un nouveau livre sur le Mexique et l'Amérique tropicale, envisagés au point de vue des climats, de la physiologie et des maladies.

D^{r} JOURDANET.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Je viens vous prier de vouloir bien faire rectifier une erreur qui s'est glissée dans l'entre-filet que vous avez consacré (*Gaz. heb.*, n° 48) à l'introduction de l'hydrothérapie rationnelle en Belgique. J'ai été envoyé en mission à Schwalheim par M. le ministre de la guerre pour m'y éclairer, non pas sur l'installation d'un *établissement hydrothérapique* à Bruxelles, mais sur l'installation de la *médication hydrothérapique* dans les hôpitaux militaires de ce pays.

Veuillez agréer, etc. VAN ESSCHEN.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

PHYSIOLOGIE ET CHIRURGIE. — *Théories du cal*, par M. *Jobert* (de Lamballe). — L'auteur continue l'exposé des théories qui ont cours dans la science sur le mode de formation du cal osseux. Il expose successivement les théories de Scarpa, d'André Bonn, de Bichat, de Larrey (*réunion des fragments au moyen de bourgeons charnus*), l'opinion mixte de Hunter, de Richerand, de Boyer, de Breschet et Villermé; et, en dernier lieu, la théorie des auteurs les plus modernes, Virchow, Frémi, Robin et Verdeil. M. Jobert, dans une prochaine communication, développera le résultat de ses expériences et la théorie qui lui est propre.

PHYSIOLOGIE. — *Adhésion de* M. Pouchet *à la protestation contenue dans une note récente de* MM. Joly et Musset. — N'ayant pu, à cause de mon éloignement, signer la réponse aux observations de M. Pasteur adressée à l'Académie par MM. Joly et Musset, je déclare aujourd'hui que je m'y associe absolument. J'atteste que sur quelque lieu du globe où je prendrai un décimètre cube d'air, dès que je mettrai celui-ci en contact avec une liqueur putrescible renfermée dans des matras hermétiquement clos, *constamment* ceux-ci se rempliront d'organismes vivants.

PALÉONTOLOGIE. — *Sur une nouvelle espèce de Gyrodus* (*Gyrodus Gobini*), note de M. *A. F. Noguès*, présentée par M. Milne Edwards. — M. Gobin, ingénieur des ponts et chaussées à Lyon, m'a communiqué un fragment de mâchoire fossile trouvé dans un calcaire schisteux, jurassique, des environs de Seyssel (Ain). Ce fragment de mâchoire appartient à une espèce du genre *Gyrodus*, Agassiz, caractérisé par des dents elliptiques ou circulaires, ombiliquées.

FONDATION D'UN PRIX NOUVEAU. — M. *le Secrétaire perpétuel* communique des pièces relatives à un nouveau legs fait à l'Académie.

Ces pièces, adressées par M. *Picard*, notaire à Versailles, sont des extraits du testament de mademoiselle A. O. LETELLIER, l'amie de l'illustre Savigny, sa consolatrice, son appui. Non contente d'avoir allégé les longues souffrances de ce martyr de la science, d'avoir prolongé sa vie, elle a voulu prolonger son action sur les progrès de la zoologie en préparant les moyens de continuer son œuvre.

Par son testament en date du 1er septembre 1856, mademoiselle Letellier lègue à l'Académie des sciences, au nom de M. *J. C. Lelorgne de Savigny*, ancien membre de l'Institut d'Égypte et de l'Institut de France, une somme de 20000 francs, pour que l'intérêt de cette somme soit employé à aider de jeunes zoologistes voyageurs qui, n'étant pas subventionnés par l'État, s'occuperaient plus spécialement des animaux sans vertèbres de l'Égypte et de la Syrie; mis ainsi en état de publier leurs travaux, ils se trouveraient, en quelque sorte, les continuateurs des recherches faites par M. de Savigny sur ces contrées, recherches qui n'ont pu être terminées par suite de la cruelle maladie qui l'a précipité dans la tombe.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un essai analytique de statistique mortuaire pour le canton d'Autrey (Haute-Saône), comprenant la période de 1858 à 1863, par M. le docteur *Richard*, médecin cantonal. (*Comm.*: MM. Tardieu, Guérard, Vernois.) — *b*. Un rapport de M. le docteur

Bignon sur le service médical des eaux minérales de Bagnoles (Orne) pour 1862. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Tripier*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale. — *b.* Une lettre de M. le docteur *Mitchell* (de Londres), qui réclame la priorité au sujet de l'emploi du permanganate de potasse comme désinfectant, à l'occasion d'un travail de M. le docteur *Castex*, qui a été l'objet d'un rapport de M. Blache dans la séance du 15 juillet dernier. (*Comm.*: M. Blache.) — *c.* Une lettre de M. le docteur *Brun-Séchaud* (de Limoges), qui rappelle que, dès l'année 1845, il a émis l'opinion de l'identité du virus vaccin et du virus variolique. (*Commission de vaccine.*)

M. *Mélier* dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur *Levicaire* (de Toulon), membre correspondant, sur le traitement du choléra et de la fièvre jaune.

Discussion sur l'origine de la vaccine.

M. *Bouley* regrette sincèrement que l'appel qu'il avait fait à la concorde, au début de cette discussion, n'ait pas été entendu, que les portes du temple de Janus aient été violemment enfoncées par M. Depaul, et que la question si importante de l'origine de la vaccine, au lieu de prendre l'étendue et l'élévation qui conviennent aux débats scientifiques, ait été réduite aux proportions étroites et mesquines de disputes personnelles, que viennent toujours gâter et envenimer les funestes suggestions de l'amour-propre et de la vanité.

L'orateur se plaint vivement des paroles échappées à M. Depaul, paroles peu bienveillantes, blessantes même, pour les professeurs de l'École d'Alfort et pour le corps vétérinaire tout entier. Il proteste énergiquement contre le jugement injuste porté par l'honorable académicien sur le degré de compétence clinique des vétérinaires.

Les vétérinaires, grâce à Dieu, ont donné assez de marques de savoir et d'expérience; ils ont prouvé à l'occasion qu'ils étaient assez bons observateurs, pour ne pas être atteints par les superbes dédains de M. Depaul, et par le brevet d'incapacité qu'il leur a décerné si mal à propos.

M. *le Président* invite M. Bouley à s'abstenir de toute querelle de personnalités.

M. *Bouley* déclare qu'il y a dans ses paroles bien moins une récrimination personnelle qu'une protestation contre des allégations qui touchent à la dignité même du corps des médecins vétérinaires. Les professeurs de l'École d'Alfort notamment avaient droit à d'autres égards de la part de M. Depaul, qu'ils ont si courtoisement convié, quoi qu'il ait pu dire, à examiner, à observer, à étudier tous les faits qui ont été l'origine et le point de départ de la discussion présente.

M. Depaul a singulièrement grossi l'importance de son intervention dans toute cette histoire. A l'entendre, il serait venu répandre sur la question des flots de lumière. Avant son arrivée à Alfort, professeurs et élèves, tout le monde se trompait, tout le monde était dans l'erreur, dans l'aveuglement. Mais il vient, et il fait tomber le voile qui couvre tous les yeux; il parle, et toute confusion se dissipe, l'obscurité fait place à l'évidence. M. Depaul s'abuse lui-même. Il oublie que durant ses visites à Alfort il se renfermait dans un mutisme absolu, dans un silence de glace, que les instances les plus vives, les sollicitations les plus pressantes ne purent rompre. M. Depaul avait une *idée*. Cette idée, il ne voulait la dire à personne : c'était son secret, ce fameux secret, qu'il a tenu enfermé pendant un mois dans un pli cacheté. Voilà à quoi se réduisent les fameuses révélations de M. Depaul à Alfort. C'est ainsi qu'il croit avoir convaincu les professeurs et les élèves de cette école.

En réalité, poursuit M. Bouley, quel a été le rôle précis de M. Depaul dans toute cette affaire? Le voici : M. Depaul a fait ressortir à mes yeux l'analogie qui existe entre le cowpox et l'affection dite *aphtheuse* du cheval. Je confesse volontiers l'erreur où j'étais tombé. Pourquoi donc M. Depaul s'en est-il tenu là, et n'a-t-il pas daigné se montrer plus communicatif? Pourquoi a-t-il manifesté tant d'empressement à se saisir de la tribune académique et à divulguer des faits sur lesquels je préparais moi-même une relation complète destinée à la publicité?

M. Depaul a parlé d'un autre cheval, d'un cheval arabe, sur lequel il nous aurait fait voir des pustules que nous ne soupçonnions pas; et il a fait quelque bruit de ce qu'il a nommé l'épreuve du rasoir. Mais nous n'avions pas attendu l'arrivée de M. Depaul pour constater que ce cheval avait des boutons ailleurs qu'aux lèvres et au nez. Ce cheval, atteint de javart, avait l'habitude de déchirer son pansement et de se mordiller le flanc. Nous ne fûmes donc pas surpris de trouver des pustules dans la région nasale et dans la région du flanc. Nous savions que nous avions affaire à une éruption généralisée, avant que M. Depaul ne vînt, avec un rasoir, nous montrer des boutons cachés par des poils sur d'autres parties du corps. Encore une fois, nous n'avions pas besoin de ce surcroît de démonstration pour être bien convaincus qu'il ne s'agissait plus là d'une maladie purement aphtheuse. Quelle maladie était-ce? M. Depaul se taisait; il réservait son diagnostic pour le pli cacheté. Nous avons appris depuis que, pour lui, ce cheval avait une variole.

Un autre fait se produit à Alfort. Un élève chargé de panser un cheval affecté de javart se blesse à la main, s'inocule le produit de la maladie équine; et quelques jours après il présente des symptômes généraux graves, suivis de l'apparition de pustules sanieuses à la main et au front. Avions-nous encore attendu l'arrivée de M. Depaul pour diagnostiquer une vaccine? Nullement. M. Auzias Turenne et moi nous portâmes d'abord ce diagnostic, qui fut confirmé plus tard par M. Rayer et par M. Depaul.

Suivant M. Depaul, la maladie équine dont il s'agit (la variole équine d'après lui) est transmissible par infection. Et à l'appui de cette thèse il cite deux faits : l'un qui s'est passé dans les écuries d'un habitant d'Alfort; l'autre, dans les infirmeries mêmes de l'école. Il s'agit de maladies éruptives observées simultanément sur des chevaux et des vaches habitant sous le même abri, quelquefois séparés par des cloisons de planches. M. Depaul voit là des exemples d'infection. Quant à moi, je suis plutôt disposé à y voir des exemples de contagion directe, d'inoculation; et la raison, c'est que c'étaient les mêmes gens qui étaient chargés de traire les vaches et de panser les chevaux. Pourquoi ne pas admettre que c'est la main de l'homme qui a servi ici de véhicule au virus? J'en vois encore la preuve dans ce fait ignoré de M. Depaul, c'est que, pendant quelque temps, dans une des écuries d'Alfort, une série de chevaux placés dans la même stalle ont été successivement atteints de boutons aux lèvres et aux fosses nasales, tandis que leurs voisins n'avaient rien. Comment se transmettait cette éruption? Évidemment par le bois de la stalle ou de l'auge, qui avait été contaminé par un premier malade.

M. Depaul voit donc une variole dans la maladie équine vaccinogène, dans le *horse pox*. Il va plus loin, et, poussant la généralisation jusqu'à ses dernières limites, il déclare que le cowpox, la cocotte des vaches, la maladie pustuleuse du porc, celle du singe, la clavelée du mouton, etc., sont des maladies identiques, analogues à la variole de l'homme, et procédant d'un seul et même principe virulent, le virus variolique.

Au surplus, sur quel fondement sérieux repose la doctrine de M. Depaul? Sur une hypothèse, sur une base toute cérébrale. Il y avait un moyen bien simple de convaincre tous les incrédules, c'était de faire des expériences. Pourquoi donc M. Depaul n'a-t-il pas cru devoir ajouter cette démonstration aux arguments théoriques qu'il invoque? L'École d'Alfort lui aurait ouvert ses infirmeries avec empressement, et les professeurs lui auraient très-volontiers prêté leur concours.

Désirant me convaincre, ajoute M. Bouley, j'ai fait ce que M. Depaul aurait dû faire, j'ai fait ou plutôt j'ai commencé des expériences : j'ai inoculé la variole humaine à une vache, je n'ai rien obtenu; je l'ai inoculée à un cheval, encore un résultat négatif. Mais j'ai inoculé à la même vache le horse pox, la maladie pustuleuse du cheval, et j'ai obtenu une érup-

tion de cowpox. Je ne veux pas encore me hâter de tirer des conclusions de ces expériences, elles ne sont pas assez nombreuses pour cela; et d'ailleurs je sais qu'il faut faire des réserves, car la vache et le cheval sur lesquels j'ai opéré pouvaient être réfractaires par le fait d'une maladie éruptive antérieure. Mais je me propose de continuer ces recherches et d'entretenir l'Académie de leurs résultats.

M. Depaul me semble commettre ici une confusion et une erreur semblables à celles que commettrait un botaniste qui, en voyant des fleurs analogues sur des plantes d'une même famille, conclurait à l'identité des fruits. Au reste, si la variole humaine et le horse pox ne sont qu'une seule et même maladie, comment se fait-il que le horse pox ne détermine pas la variole chez l'homme? Comment se fait-il, par exemple, que l'élève Amyot, cité plus haut, ait eu des boutons de vaccine et non point des boutons de variole?

Maintenant j'arrive à mes conclusions, et je répète: 1° qu'il existe chez le cheval une maladie spéciale, ayant des caractères précis et déterminés, contagieuse du cheval à la vache; 2° que cette maladie est très-commune; 3° qu'on peut, en l'inoculant à la vache, régénérer le cowpox; 4° que, grâce aux faits récemment observés à Toulouse et à Alfort, tous les faits restés obscurs jusqu'à présent sont élucidés, et nous savons ce qu'il faut entendre par les maladies que nos devanciers ont décrites sous les noms de grease, sore-hills, javart, eaux aux jambes.

M. Depaul reproche aux vétérinaires de ramper, de marcher terre à terre; il aime mieux les ascensions et les nuages. Qu'il prenne garde de s'exposer à la triste aventure d'Icare ou de Nadar.

M. Bouley, en descendant de la tribune, proteste qu'il ne conserve aucun ressentiment des procédés peu obligeants et des paroles un peu dures de son contradicteur, et il lui dit, comme Chimène à Rodrigue: « Va, je ne te hais pas! »

Obstétrique. — M. le docteur *Joulin*, agrégé de la Faculté, lit un *Mémoire sur l'anatomie et la physiologie comparée du bassin*. Voici les conclusions de ce travail:

1° La conformation générale du bassin des mammifères présente de très-nombreuses variétés. Les modifications portent sur l'ensemble et sur des parties isolées, et se combinent de manière à multiplier les formes fondamentales, à en modifier les caractères importants, non-seulement chez les sujets appartenant à des ordres différents, mais encore souvent chez ceux qui appartiennent à une même famille.

2° Il est impossible de donner une idée du bassin des animaux en le décrivant d'après un sujet quelconque servant de type, et ce n'est que par une description en quelque sorte simultanée des différentes espèces que j'ai pu faire connaître la disposition générale de ses éléments, et les différences qu'il présente avec le bassin de la femme au point de vue anatomique et physiologique.

3° Il n'existe aucune corrélation de formes entre la portion abdominale du bassin et l'excavation, et l'on ne peut réunir par l'examen des pelvis isolés, au moyen de transitions graduelles, les deux extrémités de la chaîne des mammifères. Lorsqu'on étudie à ce point de vue une même tribu, on constate parfois d'un individu à un autre de brusques changements qui brisent le lien anatomique.

4° Il est cependant quelques particularités anatomiques qui sont communes à la plupart des animaux, telles que, la hauteur considérable de la symphyse pubienne, l'inclinaison du détroit supérieur, et, par suite, la situation relativement élevée du sacrum, et l'absence, pour un certain nombre, de cavité pelvienne; l'absence d'épines sciatiques et la rectitude du sacrum.

5° Chez aucun animal on n'observe, comme chez la femme, la convergence des quatre parois vers le centre de l'excavation.

6° Chez aucun mammifère, la femme excepté, on ne constate la prédominance du diamètre transversal en haut, et du diamètre antéro-postérieur en bas.

7° Dans toutes les races humaines, *sans exception*, on observe la prédominance du diamètre transversal au détroit supérieur. Chez tous les animaux, le diamètre antéro-postérieur est prédominant.

8° Le fœtus animal ne subit pas dans l'excavation de rotation sur son axe, comme le fœtus humain; cela tient à la différence de disposition des parois de l'excavation.

9° Les variétés de forme du bassin des animaux ne permettent pas de prendre le caractère anatomique pour base d'une classification. J'ai dû prendre comme caractéristique la fonction physiologique.

10° J'ai donc divisé le bassin des mammifères en trois classes. J'ai placé dans la première ceux dans lesquels la parturition est *anté-ischiatique*, le fœtus passant en avant des ischions. Dans la deuxième, *inter-ischiatique*, le fœtus passe entre les ischions. Dans la troisième, *rétro-ischiatique*, le fœtus passe en arrière des ischions.

11° Les différences anatomiques et physiologiques qui séparent le bassin de la femme de celui des grands singes *anthropomorphes* ne permettent pas de les unir par un lien au moyen d'une transition; ils sont séparés par une distance infranchissable.

12° On ne peut pas affirmer que le bassin de la négresse présente des caractères d'*animalité*; les points sur lesquels on a insisté pour le démontrer font complétement défaut chez les animaux.

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1863.

KYSTE DU FOIE. — MALADIES SIMULÉES.

Dans la séance du 25 novembre, M. *Desnos* rapporte un cas de kyste épigastrique qu'il a eu l'occasion d'observer à l'hôpital Beaujon pendant le mois de septembre. Le sujet, âgé de trente-quatre ans, racontait que, six mois auparavant, à la suite d'un effort exercé dans son métier de palefrenier, il avait éprouvé une vive douleur à la région épigastrique. Cette douleur s'était ensuite atténuée; mais il avait toujours conservé une sensation de pesanteur à la région de l'estomac, et, deux mois plus tard, il avait vu s'y développer une tumeur qui n'avait cessé d'augmenter de volume jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. A cette époque, on pouvait s'assurer que toutes les fonctions étaient intactes, à l'exception de celles des voies digestives et de leurs annexes. En effet, cet homme, qui présentait un certain degré d'émaciation, sans toutefois offrir l'aspect propre aux sujets placés sous le coup de la diathèse cancéreuse, vomissait incessamment, soit des matières alimentaires après ses repas, soit de la bile dans l'intervalle de ceux-ci. Il avait, du reste, perdu l'appétit; ses conjonctives étaient jaunes, son urine chargée de la matière colorante de la bile, comme on pouvait s'en assurer par l'acide nitrique. Il n'y avait pas de fièvre.

La région épigastrique offrait, au lieu de sa dépression normale, une voussure considérable. La palpation et la percussion permettaient de limiter la tumeur. Celle-ci, mesurant environ 12 centimètres dans son diamètre vertical et 14 à 15 centimètres dans son diamètre horizontal, s'élevait jusqu'à l'appendice xiphoïde, et descendait jusqu'à la limite des régions épigastrique et ombilicale. Elle occupait même les limites de l'épigastre et des hypochondres, en s'avançant pourtant davantage vers l'hypochondre gauche. La percussion limitait parfaitement la rate et montrait que celle-ci, conservant ses dimensions normales, était séparée de la tumeur par un intervalle de deux à trois travers de doigt. Le foie, au contraire,

était hypertrophié ; il dépassait de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes, et sa matité se continuait sans interruption avec celle de la tumeur. Quant à sa consistance, elle présentait une fluctuation manifeste. Lorsque, plaçant les doigts de la main gauche sur son extrémité droite, on exerçait sur son extrémité gauche une pression avec la main gauche, on apercevait le soulèvement des doigts de la main droite. En pratiquant une percussion rapide sur une extrémité, M. Desnos croit même avoir perçu à l'autre extrémité une sensation de flot, sensation obscure, qui ne parut pas évidente à d'autres personnes.

L'auteur s'arrêta au diagnostic d'un kyste et songea à l'évacuer. Les parois abdominales n'étaient pas adhérentes au kyste, et le procédé de Récamier paraissait indiqué. M. Desnos inclina, toutefois, davantage vers la ponction avec un trocart capillaire. Cette opération fut pratiquée par M. Marcowitz, interne du service, au point culminant de la tumeur et à peu près à son centre ; mais, au lieu d'un liquide limpide comme de l'eau de roche et incoagulable que l'on s'attendait à voir jaillir, la canule donna issue à un litre, exactement mesuré, d'un liquide assez dense, couleur de café noir très-chargé. Ce liquide alcalin et coagulable ne fournit pas les réactions de la matière colorante de la bile. Il prenait par l'acide nitrique l'aspect de suie délayée que l'on observe dans le liquide des vomissements dus à une affection organique de l'estomac. L'analyse microscopique et chimique en a été faite par M. le pharmacien en chef de l'hôpital Necker : il n'y existait pas de crochets d'échinocoques, pas de globules sanguins, mais seulement de la matière colorante du sang.

La ponction fut suivie de quelques phénomènes inflammatoires qui furent facilement maîtrisés par des applications de cataplasmes et une diète sévère maintenue pendant un ou deux jours. Cependant les vomissements n'avaient pas cessé, et, au bout de quelques jours, le kyste était aussi plein qu'avant la ponction. Il resta stationnaire pendant un très-court espace de temps, puis commença à diminuer pour disparaître complétement en très-peu de jours. La ponction avait modifié sans doute la vitalité des parois du kyste, de manière à provoquer la résorption du liquide.

Quant aux vomissements, ils avaient promptement cédé pour ne plus reparaître, lorsque le malade, au bout de trois semaines de séjour à l'hôpital, exigea sa sortie ; il paraissait complétement guéri, c'est-à-dire que l'ictère et les troubles digestifs n'existaient plus ; il mangeait avec appétit et digérait parfaitement ses quatre portions ; on pouvait enfoncer aussi profondément que possible les doigts dans le creux épigastrique sans trouver trace de tumeur. Le malade n'a pas été revu ; mais il est probable que, sur les recommandations de M. Desnos, il serait revenu le trouver s'il avait éprouvé quelque accident.

Sans insister sur les résultats de la ponction, l'auteur se demande quels étaient le siége et la nature de ce kyste, et à quoi était due la coloration du liquide qu'il contenait? Pour le siége, la rate étant hors de cause, on pouvait songer à un kyste développé dans le grand épiploon, et dans lequel se serait fait un épanchement de sang ; mais, en tenant compte de l'hypertrophie du lobe droit du foie et de l'ictère, on doit plutôt se rattacher à l'idée d'un kyste du lobe gauche de cet organe. Mais quelle était la nature de ce kyste? Malgré l'absence des crochets d'échinocoques, malgré la coloration du liquide, c'est encore à un kyste hydatique qu'il est le plus probable qu'on a eu affaire. La guérison a eu lieu sans doute par résorption, après destruction des hydatides. La coloration du liquide n'étant pas due à la matière colorante de la bile, puisque l'acide nitrique ne décelait pas la présence de celle-ci, c'est sans doute à la matière colorante du sang qu'il faut l'attribuer.

L'auteur rappelle à ce sujet que c'est dans un kyste du foie que M. Ch. Robin a trouvé, il y a quelques années, une petite masse grosse comme une noisette, formée de cristaux d'hémato-cristalline dont cet anatomiste a pu faire l'analyse élémentaire. M. Tardieu a trouvé un dépôt semblable dans une autopsie médico-légale.

M. *Potain* se demande s'il ne s'agit pas ici d'un kyste bilieux? Dans un cas de kyste de cette nature, il a rencontré au milieu de la tumeur des cristaux identiques, par leur forme et leur composition, avec les cristaux d'hématoïdine. Aussi croit-il qu'on n'est pas fondé à affirmer qu'il y a eu dépôt de matière colorante du sang plutôt que de matière colorante de la bile.

M. *Desnos* est heureux de cette observation, et il se rallie volontiers à cette manière de voir, car la matière colorante de la bile n'est qu'un dérivé de la matière colorante du sang.

— M. *Axenfeld* entretient la Société d'un prétendu cas de *catalepsie* dont il a été fait quelque bruit en ville, et qu'il a été invité par un confrère à visiter. Il a assisté à une espèce de représentation d'un accès annoncé d'avance, en présence d'un public de gens du monde, de littérateurs, parmi lesquels on comptait cependant deux médecins de bonne foi.

M. Axenfeld, convaincu qu'il n'y avait là qu'un fait de simulation, eut recours au moyen indiqué par M. Rayer pour découvrir la supercherie : annoncer, en langue intelligible pour la malade, qu'on va vérifier un signe soi-disant infaillible, lequel signe est purement imaginaire. La prétendue malade donna complétement dans le piége. Dans une seconde séance, à laquelle assistaient MM. Potain et Gratiolet, la personne fut encore plus incapable de fournir des signes réels de catalepsie, et ces messieurs furent convaincus qu'il n'y avait là qu'un cas de simulation.

M. *Roger* rappelle à ce propos quelques faits relatifs à la personne qu'on avait autrefois présentée à la Société comme un modèle de chromhidrose.

M. *Vidal* partage l'opinion de M. Roger sur la personne dont il s'agit ; mais il a déclaré que M. Ch. Robin a montré à la Société de biologie une peau de cadavre exsudant une matière sébacée noirâtre qui fut étudiée au microscope.

M. *Potain* rapporte un fait qui prouve à quel point peut être poussé l'entêtement des simulateurs et leur résistance aux épreuves plus ou moins douloureuses qu'on peut leur faire subir : chez un vieillard qui simulait une paralysie, il fit jouer à plusieurs reprises un puissant appareil électrique qui put arracher un cri au patient, mais non un désaveu. M. Potain n'insista pas sur cette épreuve, qui aurait pu devenir cruelle, mais il annonça son intention de recommencer plus tard ; à peine fut-il éloigné que le sujet réclama sa sortie.

Quelques faits analogues sont encore cités par différents membres.

Dr E. ISAMBERT.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Sur l'emploi de l'alcool dans le traitement de l'asthme, par le docteur HYDE SALTER, médecin assistant du *Charing-Cross Hospital*, à Londres.

L'usage des alcooliques doit en général, suivant M. Salter, être interdit aux asthmatiques, et il proscrit surtout chez eux les bières fortes, très-chargées d'acide carbonique, telles que le *scotch ale* par exemple. Mais si les boissons alcooliques, prises habituellement, sont nuisibles à la plupart des asthmatiques, il en est quelques-uns qui s'en trouvent admirablement bien au moment des accès.

M. Salter a d'abord remarqué cette particularité chez une dame écossaise qui le consulta en mai 1862. Les accès de cette malade étaient complétement réfractaires aux cigarettes nitrées, à l'éther, à la stramoine, au café, au lobélia, aux vomitifs, bref à tous les palliatifs essayés à tour de rôle ; mais ils cédaient rapidement et infailliblement au *whisky*, dont cette dame

faisait une grande consommation depuis fort longtemps. Ce n'est pas qu'elle eût en aucune manière des habitudes d'ivrognerie; elle était, au contraire, fort ennuyée de n'avoir aucun autre remède à ses souffrances, et cela d'autant plus qu'elle était souvent obligée d'aller jusqu'à des doses qui produisaient une ivresse fort évidente. Elle avait commencé par de très-petites quantités de whisky fortement étendues d'eau chaude; mais elle était arrivée assez rapidement à le prendre presque pur et à des doses de 30 grammes deux ou trois fois répétées. Jamais un accès n'avait résisté à cette médication, pourvu qu'elle fût portée assez loin, et il était assez naturel que la malade ne renonçât pas facilement à cet unique moyen d'échapper aux angoisses des paroxysmes asthmatiques.

Deux autres faits semblables se sont encore présentés à M. Salter, qui fait remarquer que, chez tous ses malades, il était indispensable d'employer des boissons alcooliques aussi concentrées que possible et *très-chaudes*.

Sans doute, il ne faudrait pas recourir trop facilement à un pareil mode de traitement. Il n'est pas indifférent d'exposer les malades à contracter des habitudes d'ivrognerie ou à être atteints, par le fait d'une médication, des accidents trop souvent irrémédiables de l'alcoolisme chronique. Mais on ne saurait, d'une autre part, priver de cette source de soulagement des malades qui sont en proie à des accès fréquents et violents, et chez lesquels l'impuissance des palliatifs ordinaires est un fait acquis à l'observation. M. Salter ajoute que l'asthme, affection capricieuse par excellence, peut à la rigueur se terminer par une guérison spontanée au bout d'un certain nombre d'années; mais c'est là une considération dont on ne peut tenir compte bien sérieusement. Les exceptions, quand il s'agit d'une question de thérapeutique, n'ont guère que la valeur d'un coup de dé. (*The Lancet*, 14 novembre 1863.)

Exfoliation de la muqueuse vésicale, par M. Henry Lee.

M. Lee a présenté à la Société pathologique de Londres, dans la séance du 3 novembre dernier, une vessie qui était le siége d'une lésion à coup sûr fort rare : une grande partie de la muqueuse était détachée de la membrane musculeuse; ce lambeau membraneux était enroulé sur lui-même, couvert de phosphates, et nageait librement dans l'urine. La tunique moyenne était mise à nu dans une étendue correspondante. Le malade, atteint d'un rétrécissement de l'urèthre, était entré à l'hôpital pour une orchite et des hématuries, et avait succombé au bout de trois semaines.

A l'occasion de cette communication, quelques faits analogues ont été cités par divers membres de la Société. M. Martin a retiré une dépouille muqueuse analogue de la vessie d'une femme qui avait été atteinte de cystite et de rétention d'urine, avec décomposition ammoniacale de ce liquide. M. Maunder a rappelé que Liston a retiré de la vessie d'un vieillard, par la taille sus-pubienne, la muqueuse vésicale tout entière. La pièce est conservée dans le musée du Collége des chirurgiens de Londres. Une pièce analogue existe également dans le musée de l'hôpital de Guy.

M. Graily Hewitt a vu une pièce du même genre qui a été présentée à la Société obstétricale de Londres. On s'est assuré, dans ce cas, que la poche membraneuse n'était pas formée seulement par la muqueuse, mais qu'elle était doublée extérieurement par une couche composée de fibres musculaires lisses et évidemment détachée de la tunique moyenne. Cette pièce provenait d'une femme qui avait eu une rétention d'urine prolongée à la suite d'un accouchement, et l'on supposait que la pression exercée sur les tuniques vésicales par l'urine accumulée avait produit la mortification d'une partie de leur épaisseur.

On a encore rappelé à cette occasion, au point de vue des erreurs possibles en pareille matière, le fait d'une jeune fille hystérique qui s'était introduit dans la vessie une petite vessie qu'elle avait prise sur un animal domestique. On avait cru d'abord qu'il s'agissait d'un fait semblable à ceux qui viennent d'être cités, et ce n'est qu'après un examen très-minutieux, fait par MM. Thompson et Murchison, que l'erreur fut reconnue. (*The Lancet*, 14 novembre 1863.)

Extraction de 45 calculs vésicaux et uréthraux chez un enfant de douze ans, par M. Sandford, de Keokuk (Jowa).

W. Elliot, âgé de douze ans, et né dans la Caroline du Sud, commença dès l'âge de trois ans à ressentir les symptômes ordinaires des calculs vésicaux. La difficulté dans la miction alla en augmentant et arriva quelquefois jusqu'à la rétention complète d'urine. En août 1862, une vive inflammation envahit le scrotum et les parties voisines; un abcès se forma au périnée et fut suivi d'une fistule. Lorsque M. Sandford fut appelé à lui donner des soins, l'enfant était très-émacié et souffrait d'intolérables douleurs. Une sonde de petit calibre put être introduite jusque dans la vessie, et l'on put constater qu'il existait dans l'urèthre deux calculs et plusieurs autres dans la vessie. La taille fut proposée et pratiquée le 13 décembre 1862. Le bistouri rencontra dans la portion membraneuse de l'urèthre un gros calcul tellement enchatonné qu'on ne put le retirer avec les tenettes et qu'il fallut le dégager au moyen d'un levier d'acier promené alternativement sur tous les points de sa surface.

Une sonde de femme fut alors introduite dans la vessie et permit de constater que le réservoir urinaire était complétement rempli de calculs. L'incision fut agrandie avec le bistouri, dilatée avec le doigt, et quelques-uns des plus gros calculs furent enlevés; les autres suivirent ensuite, et il ne resta plus que des débris, assez considérables toutefois, accumulés dans le bas-fond de la vessie. Le doigt en détacha et en enleva la plus grande partie; des injections répétées firent sortir le reste. L'enfant guérit en quinze jours sans aucun accident. L'analyse chimique montra que ces calculs, au nombre de 45, étaient composés de phosphate de chaux, d'ammoniaque et de magnésie. (*American Medical Times.*)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur l'exploration de l'œil et sur les applications de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies des yeux, par E. Follin. Paris, Adrien Delahaye, 1863.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par Wecker. 2e fascicule. Paris, Adrien Delahaye, 1863.

Leçons sur le strabisme et la diplopie, par Giraud-Teulon. Paris, J. B. Baillière, 1863.

Recherches ophthalmoscopiques sur les maladies de la rétine et du nerf optique, par X. Galezowski. Paris, Germer Baillière, 1863.

The Progress of Ophthalmic Surgery from the Invention of the Ophthalmoscope up to the Present Time, par J. Zachariah Laurence. London, 1863.

L'astigmatisme et les verres cylindriques, par Donders. Paris, Germer Baillière, 1862.

Études cliniques sur l'évacuation répétée de l'humeur aqueuse dans les maladies de l'œil, par Sperino. Paris, Adrien Delahaye, 1862.

Les publications scientifiques sur l'étude et la thérapeutique des maladies des yeux sont devenues, depuis ces dernières années, beaucoup plus nombreuses, non pas seulement d'une manière absolue, mais encore et surtout relativement à celles qui ont pour objet les autres parties de l'art médical. Cette abondance de biens, qui certes ne saurait nuire, s'explique tout naturellement quand on songe quelle révolution s'est faite depuis dix ans dans l'ophthalmologie par l'invention de

l'ophthalmoscope, invention qui devait jeter dans une nouvelle voie la science de l'oculistique et lui ouvrir des horizons nouveaux. La démonstration de la muscularité du ligament ciliaire amenait avec elle une nouvelle théorie de l'accommodation de l'œil aux distances; elle créait dans le cadre nosologique une nouvelle classe d'affections : les maladies de l'accommodation. Wheastone enfin, en créant le stéréoscope, ne nous donnait pas seulement un instrument précieux, qui, grâce à la photographie, nous transporte à travers les mers et nous fait voir, sans quitter notre paisible foyer, les glaces du pôle et les sables de l'Afrique; il donnait surtout à la physiologie une théorie et une démonstration de la vision simple avec les deux yeux, des causes et du mécanisme de la sensation du relief; il donnait en même temps les moyens de créer des instruments précieux nous mettant à l'abri des illusions optiques, et fournissait à l'oculiste les moyens de faire disparaître, en en faisant connaître la véritable cause, les inconvénients de certains strabismes et de quelques diplopies.

C'est cette série de remarquables découvertes que M. John Laurence, chirurgien de l'hôpital ophthalmique de Surrey à Londres, a brièvement exposées dans un discours prononcé cette année devant *The North London Medical Society*, passant rapidement en revue le traitement du glaucome aigu par l'iridectomie, l'iridésis de M. Critchett, l'opération de la cataracte par les procédés de Schuft et de Mooren, les ophthalmoscopes, et surtout l'ophthalmoscope binoculaire de M. Giraud-Teulon, l'astigmatisme, etc.

La plupart des procédés et des méthodes thérapeutiques nouvelles ont presque toujours leur point de départ dans une connaissance plus parfaite des lésions qu'il s'agit de combattre. Or, pour la thérapeutique oculaire, c'est surtout à l'invention de nouveaux et meilleurs moyens d'exploration que nous avons dû ces perfectionnements et ces progrès. Ignorer, dans leur nature et leur mode d'application, les moyens nouveaux, c'est faire de l'oculistique d'une façon empirique, c'est être non pas seulement comme savant, mais comme praticien, un médecin arriéré; c'est, en raison non du temps écoulé, mais de la somme des progrès accomplis rapidement en quelques années, être en retard non de dix ou douze ans, mais d'un siècle. Vulgariser ces nouveaux procédés d'investigation, les faire connaître à tous, aux maîtres comme aux élèves, c'est le résultat qu'atteindra le livre que vient de publier M. Follin.

Ces Leçons sur l'exploration de l'œil, avant d'être publiées en volume, ont été professées oralement par M. Follin à différentes époques, et surtout dans le cours complémentaire dont l'habile chirurgien fut chargé l'année dernière par la Faculté de médecine. Le livre n'est pas toutefois la reproduction textuelle des leçons orales; l'auteur l'a complété en y faisant entrer des détails et des développements qui n'eussent pu sans inconvénient trouver leur place dans un cours élémentaire, destiné surtout à des élèves.

Après une introduction dans laquelle il parcourt l'histoire de l'oculistique, M. Follin consacre la première leçon à la recherche des signes objectifs à l'aide de la lumière naturelle; à l'examen des parties extérieures de l'œil (sourcil, cavité orbitaire, paupières, voies lacrymales); à l'examen du globe de l'œil, de la cornée, de l'iris, du cristallin, du corps vitré au moyen de la vue simple ou aidée de la loupe simple, de la loupe de Brücke, du prisme de Nicot, etc. L'emploi des mydriatiques appartient à ce chapitre, et nous trouvons à ce sujet d'excellents conseils. En effet, il n'est pas indifférent d'employer pour dilater la pupille des solutions d'atropine fortes ou faibles.

La dilatation artificielle de la pupille a un inconvénient grave : dans la plupart des cas, elle persiste trop longtemps plusieurs jours, quelquefois plus d'une semaine, et nous avons pu, à propos d'autres expériences, constater sur nous-même tout ce qu'il y a de désagréable et de gênant à perdre pour huit jours la faculté de voir nettement les objets. Plusieurs fois nous avons vu des malades venir nous demander avis aux consultations des hôpitaux, se plaignant de ce qu'un médecin leur avait troublé davantage encore la vue en leur mettant dans l'œil quelques gouttes de liquide atropiné, et ne voulant pas croire que quelques jours de patience suffiraient pour faire disparaître spontanément ce surcroît d'infirmité.

Que faut-il chercher avec l'atropine employée pour faciliter l'exploration par l'ophthalmoscope? Une dilatation pupillaire de quelques minutes; il ne faut pas inutilement faire prolonger cette dilatation pendant quelques jours. M. Follin, par une suite de recherches et d'expériences, est arrivé à conseiller une solution de 1 centigramme de sulfate d'atropine sur 100 grammes d'eau. L'effet cherché se produit en dix ou quinze minutes, et la mydriase disparaît dans la journée. Bientôt, on peut l'espérer, la possibilité de se procurer de la fève de Calabar permettra de neutraliser l'atropine après l'examen ophthalmoscopique, et de faire à l'instant disparaître l'effet désagréable de la mydriase artificielle.

La deuxième leçon traite de l'exploration de l'œil à la lumière artificielle par l'éclairage latéral ou oblique et par l'éclairage direct, mieux connu sous le nom d'examen ophthalmoscopique. Des pages intéressantes nous apprennent comment les recherches de Brücke, de Cumming, de Kussmaul sur le miroitement du fond de l'œil, ont amené Helmholtz à la découverte de l'ophthalmoscope, que perfectionnèrent ensuite Coccius, Cusco, Liebreich, Ruete, Nachet et Follin, et que M. Giraud-Teulon améliora encore en le rendant binoculaire, et en faisant construire un instrument avec lequel on obtient la sensation la plus parfaite du relief des objets apparents au fond de l'œil.

Mais avant d'appliquer l'ophthalmoscope au diagnostic des lésions oculaires, il faut bien connaître quel est l'aspect que présentent à l'état normal la rétine, la choroïde, la papille optique et les vaisseaux qui en émergent. L'étude de l'œil normal fait le sujet de la première partie de la troisième leçon; l'étude des lésions en occupe la seconde partie. La quatrième leçon traite des lésions de la rétine, telles que ses hémorrhagies, son décollement, l'anémie, l'atrophie et l'excavation de la papille optique.

Cette étude fait également le sujet d'une publication de M. Galezowski. Ses recherches ophthalmologiques ont été présentées sous forme de mémoire au congrès ophthalmologique de Paris, et ont été consignées dans les Annales d'oculistique. Les faits qui en font la base et le point de départ ont été observés dans la clinique de M. Desmarres. Ce travail n'est pas seulement un résumé des connaissances acquises sur quelques lésions de la rétine et du nerf optique, on y trouve encore un certain nombre d'observations intéressantes, de faits de rétinites franche, albuminurique, glycosurique, pigmentaire; d'apoplexie, de décollement de la membrane rétinienne, etc.

L'ophthalmoscope pouvait seul donner la connaissance de ces altérations des parties profondes de l'œil, altérations inconnues jusqu'alors, et qu'on caractérisait sous le nom d'*amaurose*. Aujourd'hui une révolution complète s'est opérée dans l'oculistique, et le mot amaurose, si souvent employé jadis, ne figure plus que très-rarement pour représenter, non une maladie, mais le symptôme de maladies très-diverses.

Parmi ces affections, dont la connaissance est toute récente, nous devons surtout citer le glaucome aigu. Comment, en effet, reconnaître sans l'ophthalmoscope le battement des artères rétiniennes, la déformation de la papille, le déplacement des vaisseaux qui en sortent? Comment, si l'on ne sait reconnaître une affection méconnue trop souvent encore par les chirurgiens français, y apporter les remèdes nécessaires? Or, ici le progrès n'a pas consisté seulement à distinguer des autres une variété pathologique; avec une entité pathologique nouvelle, un procédé thérapeutique nouveau a été introduit dans la science; ce procédé c'est l'iridectomie imaginée, au moins dans son application au traitement du glaucome, par Von Græfe (de Berlin). La plupart des procédés employés pour la formation d'une pupille artificielle ont été appliqués dans cette

circonstance. Ils sont successivement passés en revue et parfaitement décrits dans la nouvelle livraison du TRAITÉ DES MALADIES DES YEUX, de M. Wecker. Le nouveau livre, encore en voie de publication, est tout à fait au niveau de la science; il renferme tout ce que les études les plus récentes ont suggéré de perfectionnements, non-seulement en France, mais encore et surtout en Allemagne et en Angleterre, là où l'ophthalmologie est étudiée avec tant de zèle et de succès par des hommes tels que Von Græfe, Jæger, Von Ammon, Critchett, Bowmann, Hulke, etc.

L'iridectomie, encore peu connue, et surtout peu pratiquée en France, excepté toutefois par les maîtres en oculistique, Desmarres, Sichel, Follin, Testelin, etc., est entrée dans la thérapeutique régulière en Angleterre, en Allemagne, en Hollande, en Belgique, nous pourrions ajouter aussi en Italie. En effet, M. Sperino (de Turin) l'a mise en pratique un grand nombre de fois, ainsi que le prouvent les observations publiées par lui; mais il semble s'être mieux trouvé de la simple paracentèse oculaire. Le livre de M. Sperino, intitulé : ÉTUDES CLINIQUES SUR L'ÉVACUATION RÉPÉTÉE DE L'HUMEUR AQUEUSE DANS LES MALADIES DE L'ŒIL, est surtout destiné à préconiser ce mode de traitement. Ce procédé paraît, au premier abord, très-applicable au glaucome aigu, puisque le symptôme qu'on pourrait appeler principal est l'augmentation de la pression intra-oculaire; c'est à l'exagération de cette pression que la plupart des auteurs rapportent les douleurs, les battements des artères rétiniennes, l'excavation de la pupille, et il semble tout d'abord qu'en diminuant ou en supprimant cet excès de pression on amènera ainsi la diminution et la cessation des accidents. M. Sperino agissait donc logiquement en répétant à de courts intervalles une opération d'ailleurs presque toujours innocente par elle-même. Plusieurs fois la guérison a été le résultat de ces tentatives; mais ces succès obtenus par M. Sperino n'ont pas paru à d'autres chirurgiens aussi constants et aussi complets que ceux que procurait l'iridectomie.

Le chirurgien de Turin avait tenté également la même méthode dans la cataracte, et en avait obtenu des succès; mais ici encore l'évacuation de l'humeur aqueuse n'a pas donné les mêmes succès aux chirurgiens anglais qui l'ont depuis mise en pratique. Mais si d'autres procédés nous paraissent aussi devoir être préférés à la ponction répétée de la chambre antérieure, il ne s'ensuit pas pour cela que nous les rejetions absolument. Parmi les nombreuses observations qui composent surtout le livre de M. Sperino, il en est quelques-unes qui montrent les avantages que l'on peut, dans quelques circonstances, retirer de ce procédé, recommandable du moins par sa bénignité.

L'ophthalmoscope, en ouvrant un nouveau champ d'investigation, faisait aussi entrer la thérapeutique oculaire dans une voie nouvelle. Ce que la découverte de l'ophthalmoscope a fait pour les lésions anatomiques, la découverte de la muscularité du cercle ciliaire l'a fait pour les lésions fonctionnelles. Une connaissance plus parfaite des lois de la vision simple, de l'accommodation de l'œil aux distances, de la vision simple avec les deux yeux, des causes de la sensation du relief, a amené également une véritable révolution dans la physiologie de la vision; ici encore des connaissances physiologiques plus parfaites ont été le point de départ de nouvelles conquêtes en thérapeutique. Deux points surtout méritent l'attention, l'astigmatisme et le strabisme.

L'astigmatisme régulier, signalé pour la première fois par Th. Young et par Airy, n'est pas un fait rare, ainsi qu'on l'a cru jusqu'à ce jour; c'est, au contraire, un fait presque normal. Cette aberration dans la réfraction opérée par les milieux de l'œil ou même par la cornée a été, on peut le dire, découverte, et dans tous les cas a été bien étudiée par Donders. En traduisant en français, sous le titre : L'ASTIGMATISME ET LES VERRES CYLINDRIQUES, le traité publié en hollandais par le professeur de l'Université d'Utrecht, le docteur Dor de Vevey nous a rendu un véritable service. Cependant, disons-le tout de suite, le livre de Donders est, pour nous du moins, des plus difficiles à lire, les x, les y, les formules algébriques y fourmillent, et, cédant devant la fatigue, nous avons été obligé d'en passer bien des pages. Quoique considérablement atténué, c'est encore un reproche que nous ferons au livre de M. Giraud-Teulon sur le *strabisme* et la *diplopie;* l'algèbre agit assez souvent (trop souvent si l'on veut) sur le médecin comme un épouvantail, et elle ne nous paraît pas indispensable, car dans ses leçons sur l'exploration de l'œil, M. Follin a su, sans le secours des formules, se faire comprendre sans fatigue ou sans excès d'attention, de ses auditeurs et de ses lecteurs.

Qu'est-ce donc que l'astigmatisme? Supposons le globe de l'œil divisé en deux par un plan vertical passant par l'axe optique, ce plan sera le méridien vertical de l'œil, nous aurons de même un méridien horizontal.

Les recherches de Donders ont montré que les divers méridiens de l'œil n'ont pas une réfringence égale : si le cristallin est plus réfringent dans son méridien vertical, les rayons lumineux passant par ce méridien iront former leur image en avant de la rétine; si alors l'œil s'accommode pour combattre cet excès de réfringence, et pour reporter l'image sur la membrane rétinienne, les rayons passant par le méridien horizontal étant moins réfractés iront former leur image au delà de la rétine et ne seront pas perçus. Cette inégalité de réfraction a reçu le nom d'astigmatisme. Une expérience assez simple permet de s'assurer qu'un certain degré d'astigmatisme existe dans presque tous les yeux : si l'on tend deux fils, l'un horizontal, l'autre vertical, se croisant dans un même plan, il arrivera le plus souvent qu'on ne pourra voir à la même distance le fil vertical et le fil horizontal. Suivant qu'on s'éloignera plus ou moins, l'un disparaîtra pour reparaître quand le second, visible d'abord, disparaîtra à son tour.

Le cristallin ne jouit pas seul de la faculté de réfracter ainsi inégalement les rayons qui passent par ses méridiens verticaux, horizontaux, obliques; la cornée présente également ce phénomène : de là deux astigmatismes, le cornéen et le cristallinien.

Donders ne s'est pas seulement occupé de l'étude et de la démonstration de ce phénomène d'optique, il a cherché encore les moyens de remédier aux inconvénients qu'il amène lorsque l'astigmatisme est considérable, et il a pu y parvenir en employant des verres cylindriques dont l'axe est placé horizontalement ou verticalement, suivant que l'astigmatisme est vertical ou oblique.

C'est encore au moyen de verres spéciaux qu'on arrive à supprimer les inconvénients du strabisme et de la diplopie; il y a quelques années déjà les sections des muscles de l'œil étaient le seul moyen employé pour chercher ce qu'on n'obtenait guère, la guérison du strabisme. Pour tous ou presque tous les chirurgiens, la déviation était due au raccourcissement d'un des muscles du globe, et la section était l'*ultima ratio* d'une thérapeutique trop souvent impuissante.

C'est à Von Græfe (de Berlin) que nous devons encore les progrès si importants réalisés dans cette partie de l'oculistique. Le livre de M. Giraud-Teulon est surtout destiné à les mettre en lumière. Von Græfe a montré que le strabisme divergent périodique des myopes est dû, non à la contraction des muscles droits externes, mais à l'affaiblissement des muscles internes. C'est également à la faiblesse des muscles droits externes que M. Giraud-Teulon croit pouvoir rattacher le strabisme convergent périodique des hypermétropes.

Dans ces cas encore, l'application de verres appropriés permet de faire disparaître ou du moins de pallier tous les inconvénients de cette variété de strabisme. Il suffit, en effet, de faire porter des verres en forme de prismes allongés, dont la base sera située en dedans ou en dehors, selon que le strabisme sera convergent ou divergent; ou bien, si l'on veut obtenir la guérison radicale, on pourra avoir recours à la strabotomie en coupant, par exemple, le droit externe lorsque le droit interne n'est pas assez fort, et que le strabisme est diver-

gent. Cette opération a été soumise par Von Græfe à de nouvelles expériences, et l'on sectionnera plus ou moins loin le tendon du muscle, selon le degré de strabisme qu'il faudra combattre.

Nous aurions encore bien d'autres points importants à examiner; mais ce que nous avons dit peut suffire à indiquer quels immenses progrès ont été faits depuis dix ans en oculistique, et pour montrer combien de sujets importants d'études sont passés en revue dans les livres qu'ont publiés, dans ces derniers temps, MM. Sperino, Wecker, Giraud-Teulon, Donders et Follin.

LÉON LE FORT.

VII

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — DÉCLARATION DE CONSTITUTION DE LA CAISSE DES PENSIONS VIAGÈRES D'ASSISTANCE. — Les statuts de la caisse des pensions viagères d'assistance, présentés par le conseil général, ayant reçu la sanction de l'assemblée générale de l'Association et l'approbation de Son Exc. M. le ministre de l'intérieur, le conseil général, dans sa séance du 2 décembre 1863, a déclaré la caisse des pensions viagères d'assistance définitivement constituée.

En conséquence de cette déclaration, et conformément aux statuts de la caisse, M. le président de l'Association s'est chargé de faire ouvrir au 1er janvier 1864, par le directeur de la caisse des dépôts et consignations, un compte spécial à la *caisse des pensions viagères d'assistance de l'Association générale des médecins de France*, et d'y faire verser immédiatement, par l'agent comptable de l'Association, la somme de 30 000 francs pour première mise de fonds de dotation de la caisse, et les dons, legs, subventions et autres sommes que la caisse pourra recueillir lui seront versés successivement en augmentation de sa dotation.

Aussitôt après la déclarntion de la constitution de la caisse des pensions viagères d'assistance, M. le docteur Brun a fait don à cette institution de la somme de 1000 francs.

Le conseil général avait déjà reçu, avec la même destination, de M. Henri Roger 500 fr.; — de M. le baron Larrey, 100 francs; — de M. Gallard, 200 francs.

Voici les statuts de la caisse des pensions viagères d'assistance :

Le conseil général,

Vu les art. 6 (§ 7) et 46 de l'Association générale;

Vu l'art. 2 de l'arrêté du ministre de l'intérieur approbatif de ces statuts, en date du 31 août 1858;

Vu l'art. 8, § 2, du décret organique du 26 mars 1852, sur les Sociétés de secours mutuels;

Considérant qu'un des premiers besoins de l'Association auquel il importe de pourvoir est la fondation d'une caisse pour servir des pensions viagères, dont l'obtention sera subordonnée à des conditions déterminées par un règlement spécial,

Arrête les dispositions suivantes :

Article premier. — En exécution des art. 6 et 46 des statuts de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, il est créé une caisse dans le but de servir des pensions viagères d'assistance dont l'importance et les conditions d'attribution sont ci-après déterminées.

Art. 2. — La dotation de la caisse de pensions viagères d'assistance est formée : 1° par une première mise de fonds de 30 000 francs fournie par la caisse de l'Association générale ; 2° par une somme de 6000 francs prélevée annuellement sur la caisse de l'Association générale, à titre de subvention, à la condition toutefois que le fonds de réserve de l'Association restera toujours d'au moins 30 000 francs; 3° par le versement annuel de l'excédant de l'avoir de l'Association générale au delà de la somme de 50 000 francs, qui constituera le maximum de son fonds de réserve; 4° par le produit des dons et legs faits à l'Association générale au profit de la caisse de pensions viagères d'assistance; 5° enfin par les intérêts accumulés de tous les capitaux versés à ladite caisse.

Art. 3. — Toutes les sommes appartenant à la caisse de pensions viagères d'assistance seront placées à la caisse des dépôts et consignations pour porter intérêt au compte particulier intitulé : *Compte de la caisse de pensions viagères de l'Association générale des médecins de France*, et capitalisées avec les intérêts jusqu'au 1er janvier 1878, époque où commencera le service des pensions, comme il est dit ci-après.

Art. 4. — D'ici au 1er janvier 1878, l'agent comptable de l'Association demeurera chargé de toutes les opérations de comptabilité de la caisse de pensions viagères dans ses rapports avec la caisse des dépôts et consignations, et ce sous l'autorité et avec la signature du président de l'Association générale.

Art. 5. — Lorsque commencera le service des pensions, un directeur de la caisse de pensions choisi parmi les membres de l'Association sera nommé par le conseil général. Les fonctions de directeur de la caisse de pensions seront gratuites, la nature et la durée de ces fonctions seront déterminées par un règlement spécial arrêté en conseil général.

Art. 6. — Une commission de surveillance composée de trois membres de l'Associationn générale est instituée à l'effet de prendre connaissance de toutes les opérations de la caisse de pensions, et d'en faire rapport au conseil général à la fin de chaque année. Tous les six mois au moins, et plus souvent si elle le demande, l'agent comptable ou le directeur qui doit lui succéder, lui fournira un état de situation de la caisse avec les pièces à l'appui. Les membres de la commission de surveillance sont nommés par le conseil général pour trois ans : ils peuvent être réélus.

Art. 7. — Les frais d'administration de la caisse de pensions sont à sa charge.

Art. 8. — Dans quinze ans, soit à dater du 1er janvier 1878, lorsque la dotation de la caisse de pensions aura été définitivement constituée, il pourra être accordé, dans les limites des revenus de la caisse, des pensions viagères aux sociétaires faisant partie de l'Association depuis dix ans au moins, qui se trouveront sous les rapports de l'âge, des infirmités ou de la maladie, dans une des catégories suivantes ,

1° Les sociétaires octogénaires;

2° Les sociétaires atteints de maladies ou d'infirmités incurables qui les mettent dans l'impossibilité absolue de se livrer à l'exercice de la médecine;

3° Les sociétaires âgés de soixante-cinq ans au moins atteints d'infirmités graves.

Art. 9. — Le taux des pensions sera de 600 fr. par an au moins, et de 1200 fr. au plus.

Art. 10. — Les pensions ne seront accordées par le conseil général que sur la demande du bureau et de la commission administrative de la Société à laquelle appartient le sociétaire qui la réclame, et sur l'avis de la commission de surveillance de la caisse de retraites.

Art. 11. — En aucun cas, l'aptitude à l'obtention d'une pension de retraite ne peut constituer un droit.

C'est au conseil général qu'il appartient de décider, selon les circonstances qu'il apprécie, s'il y a lieu ou non de l'accorder. La pension cessera de plein droit du jour où le sociétaire, pour un motif quelconque, ne fera plus partie de l'Association.

Art. 12. — Toutes les difficultés qui pourraient s'élever au sujet de l'administration de la caisse de pensions, ou du service des pensions, seront jugées par le conseil général et sans appel.

Art. 13. — Les dispositions de l'article 2, qui ont pour but de créer les moyens de constituer la dotation de la caisse de pensions, pourront être modifiées lorsque le conseil général jugera que le capital de cette caisse est suffisant pour satisfaire à ses besoins, et dans le but d'instituer les autres fondations d'assistance prévues par l'article 6 des statuts de l'Association générale.

Art. 14. — Au moment où commencera le service des pensions, un règlement, arrêté en conseil général, déterminera le mode d'exécution des présentes dispositions.

Art. 15. — En cas de dissolution de l'Association, tous les fonds appartenant à la caisse de pensions feront retour à la caisse de l'Association générale.

La Société d'anthropologie a renouvelé son bureau dans la séance du 3 décembre. Le nouveau mode de votation, qui permet aux membres non résidents de prendre part au scrutin, a été appliqué pour la première fois sans aucune difficulté. On a même remarqué que le scrutin avait été plus rapide que les années précédentes, quoique le nombre des votants fût presque doublé.

Le bureau de l'année 1864 est ainsi composé : président, M. Gratiolet; — vice-président, M. Pruner-Bey; — secrétaire général, M. Broca; — secrétaires annuels, MM. Dally et Simonot; — archiviste, M. Lemercier; — trésorier, M. Bertillon; — commission de publication, MM. Béclard, Lemercier et Périer.

REMARQUES SUR LES ALIÉNÉS ET LES CRIMINELS AU POINT DE VUE DE LA RESPONSABILITÉ MORALE ET LÉGALE, par le docteur *E. Dally*. In-8 de 46 pages. Paris, Victor Masson et fils. 1 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X. PARIS, 18 DÉCEMBRE 1863. N° 51.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** Académie de médecine : Séance annuelle. M. de Blainville. — II. **Travaux originaux.** Pathologie interne : Coxalgie tuberculeuse à marche rapide. — Autopsie. — Considérations générales. — III. **Revue clinique.** Pathologie interne : Sur un cas de sclérème chez un enfant de treize mois. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine du département de la Seine — Société de chirurgie. — V. **Revue des journaux.** Documents statistiques relatifs au traitement des fièvres continues. — Sur les préparations d'asa fœtida et de gomme ammoniaque. — Emplâtres de glycérine. — Sur les pilules de copahu. — VI. **Variétés.** — VII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres.

I

Paris, 17 décembre 1863.

Académie de médecine : SÉANCE ANNUELLE. M. DE BLAINVILLE.

La séance annuelle de l'Académie de médecine a eu, cette année, tout à la fois un éclat et un piquant inaccoutumés. M. le ministre de l'instruction publique s'est souvenu que les corps savants étaient rentrés sous la direction de son département après avoir été longtemps dépaysés dans le domaine de l'agriculture et du commerce ; et il a voulu offrir, en prenant place au bureau, un témoignage significatif du sérieux intérêt qu'il attache à ses attributions nouvelles. Les circonstances d'ailleurs donnaient à cette démarche un à-propos particulier. L'Académie, on le sait, va encore une fois perdre son local, et il était difficile que le ministre vînt ainsi affirmer en séance solennelle son haut patronage, sans être plus frappé encore de la convenance qu'il y aurait à donner à la Compagnie une hospitalité plus large et plus stable. C'est sur quoi il s'est expliqué en termes très-explicites et tout empreints de bonne volonté. De plus, le sujet du principal discours, l'éloge de Blainville, devait amener l'orateur sur un terrain où la science et l'histoire se donnent la main ; l'histoire, à laquelle M. Duruy a devoué sa vie et qui vient de lui payer si magnifiquement ses services ! Les travaux de Blainville, en effet, conduisent aux origines de l'homme et à la succession des races par la paléontologie, et, par des publications d'un autre ordre, de l'ordre politique ou de l'ordre social, ils conduisent au cœur des problèmes qui tombent directement sous les appréciations de l'historien. Si l'on eût ignoré pourquoi, dans ce siècle en travail, dans cette association sans cesse élargie de toutes les forces vives de l'intelligence, dans cette solidarité toujours croissante et cette sorte d'enlacement de toutes les branches du savoir humain, si l'on eût ignoré pourquoi il était juste de renouer les académies à la direction de l'instruction publique, on l'eût compris dans cette séance.

Voilà pour l'éclat. Quant au piquant, il tenait à ce que, cette fois, le secrétaire perpétuel et le secrétaire annuel avaient échangé leurs rôles. Contrairement à la coutume, c'est le premier qui a lu le rapport sur les prix, et c'est M. Béclard qui a été chargé de la notice sur un membre défunt de la Compagnie. M. Fr. Dubois a indiqué lui-même cette situation avec beaucoup de tact et de goût. Livré désormais aux soins de l'impression de ses nombreux discours, il est résolu, paraît-il, à déposer, du moins à l'Académie, sa plume d'historien. Ce serait un adieu dont l'Académie aurait le droit de se montrer peinée, parce qu'elle ne sentait aucunement s'émousser son goût pour la fête littéraire à laquelle la conviait chaque année son secrétaire perpétuel. Quelques réserves sur certaines appréciations scientifiques ou sur certaines sévérités de jugement, n'avaient fait oublier à personne, pas même à nous qui les avions franchement exprimées, ni le sentiment d'équité, ni le savoir varié, ni la justesse d'esprit, ni le mérite littéraire, qui distinguent l'ensemble de l'œuvre.

Le début de M. Béclard a été brillant et décisif. Nos lecteurs auraient pu s'y attendre, sachant qu'il s'agissait de Blainville. M. le secrétaire leur avait donné, en effet, comme un avant-goût de ce bel éloge dans le tome Ier de la GAZETTE (p. 261), à propos d'une notice de M. Flourens sur le célèbre naturaliste. Mais le discours de mardi ne ressemble que par le sujet à l'article du journal. C'est une étude large, complète, où l'homme est peint avec vérité, où le savant est rattaché avec beaucoup d'art à ses contemporains, et où l'origine comme la destinée actuelle et future de ses doctrines sont marquées avec une sûreté de maître. L'assemblée entière, par de vifs applaudissements, et M. le ministre par quelques paroles convaincues, ont rendu justice au talent de l'orateur(1). Un style sobre et clair, une pensée toujours ferme, où l'indépendance en toute chose, en philosophie comme en science, ne se perd pas dans un fonds banal d'aménité, une diction

(1) M. Fr. Dubois a eu, dans cet éloge du ministre, une part bien méritée.

enfin parfaitement nette et accentuée, promettent à l'Académie, dans la personne de son secrétaire annuel, le panégyriste dont une retraite inattendue lui fait une nécessité.

Nous publions ci-après toute la partie du discours relative à la philosophie anatomique.

Appelé presque au sortir des bancs, dans la chaire du professeur, M. de Blainville s'arrêta d'abord aux questions de méthodes et de classifications, ces instruments logiques de la connaissance.

Dans son discours sur les animaux, Buffon avait dit : « Il y a en quelque sorte dans l'animal deux êtres, deux existences : l'animal intérieur où se passent les mouvements du fluide nourricier, et l'animal périphérique en rapport avec le monde extérieur. » Cette grande image qui avait illuminé Bichat frappa non moins vivement l'esprit pénétrant de M. de Blainville. Le sentiment et le mouvement, voilà bien la caractéristique de l'animal; c'est de là qu'il partira. Le principe, la raison de la classification méthodique des animaux, ce sera ce qu'il appelle l'*animalité*. A l'opposé du végétal, l'animal a la conscience de son existence, et c'est à la sensibilité qu'il la doit. La locomobilité, pour nous servir du terme qu'il emploie, n'est qu'une manifestation de la sensibilité; évidemment elle en dérive. Ce n'est donc ni par la composition moléculaire, ni par la structure anatomique qu'on peut définir l'être vivant : la sensibilité et la locomobilité, tels sont ses premiers attributs.

Dès l'abord, M. de Blainville se rencontre avec la célèbre définition de Linné. Mais voici où il apparaît lui-même. La sensibilité, qui tient la locomobilité sous sa dépendance, est une propriété nécessairement périphérique, en contact avec le monde extérieur qu'elle doit sentir et qui la complète. Ces deux ordres d'organes, organes sensoriaux et organes locomoteurs, sont liés au milieu dans lequel l'animal est appelé à vivre. Donc, la forme qui limite l'animal, et la surface qui le sépare du milieu nécessaire, constituent dans l'ordre naturel ce qu'il y a d'essentiel et de primordial.

Tel est le principe de la classification de M. de Blainville; elle procède de la forme, et l'on peut à bon droit l'appeler morphologique. Cette classification, l'auteur l'a exposée dans divers mémoires et développée dans son Traité de l'organisation des animaux, ouvrage resté malheureusement inachevé.

« Mon point de départ, dit M. de Blainville dans le livre dont nous parlons, je le prendrai en moi, parce que les phénomènes de la vie me sont mieux connus par ceux que je sens, que j'observe sur moi-même ou dans les individus de mon espèce, que ceux que j'observe dans les autres êtres. » On a souvent reproché à M. de Blainville le passage que je cite; on a dit que sa classification des animaux, et on a cru l'avoir ainsi condamnée, était fondée sur la méthode à priori. Cette expression, il l'employait volontiers lui-même, parce qu'il pensait, et il l'a souvent répété, que pour se faire une idée abstraite de l'animal, l'homme ne pouvait évidemment concevoir ce type qu'en lui et d'après lui. Sans doute, la méthode expérimentale à l'aide de laquelle on recherche dans les espèces dont la composition est la plus simple, la solution des problèmes réduits à leurs conditions les plus essentielles; sans doute, cette méthode est précieuse. Mais alors que l'homme poursuit le composé dans le simple, que veut-il découvrir, sinon le secret de ce qui est complexe, et que pourrait être une semblable étude s'il ne savait ce qu'il y cherche?

La classification de M. de Blainville, au moins dans les grandes divisions, présente une certaine analogie avec celle de Cuvier. Cela est tout simple. Le système nerveux, c'est-à-dire l'appareil de la sensibilité, est aussi le centre autour duquel gravite la classification de Cuvier, classification dite naturelle qui procède évidemment de Linné, et dont les Jussieu avaient fourni le modèle. En avance sur l'état présent de la science, moins appropriée aux nécessités actuelles de l'enseignement didactique, la conception systématique de M. de Blainville n'a pas eu et ne pouvait avoir la même fortune que celle de Cuvier, mais elle repose sur une grande idée qui préoccupe aujourd'hui tous les naturalistes, et déjà l'on peut prévoir le jour où la morphologie prendra dans l'étude des êtres vivants la première place.

La science des animaux consiste-t-elle uniquement à former des groupes et à les disposer dans un ordre plus ou moins conforme à l'ensemble de leurs affinités? En vérité, on serait tenté de le croire, à en juger par les résistances que les tentatives faites en dehors du domaine de la zoologie descriptive ont trop souvent rencontrées.

Cuvier, sous l'autorité duquel on se retranche volontiers, ne l'avait pas pensé ainsi. Lorsqu'il cherchait à reconstituer, à ressusciter, pour ainsi dire, les espèces fossiles à l'aide de quelques débris épars au sein de la terre, deux grands principes nés de l'étude comparative des êtres vivants présidèrent à son entreprise : le principe de *subordination* et le principe de *corrélation*. Il savait que les organes n'occupent pas le même rang dans l'échelle des nécessités vitales; que leur coordination est assujettie à un ordre déterminé, qu'en un mot les animaux sont des combinaisons définies où il n'y a point de place pour les associations fortuites.

Plus frappé par les différences que par les analogies, peu disposé à abandonner la recherche des faits et de leurs conséquences les plus immédiates, Cuvier, de crainte de s'égarer, n'alla pas plus loin. Mais les principes qu'il avait lui-même posés ne se rattachent-ils pas à une donnée plus générale et plus élevée? Serait-il donc interdit au naturaliste de poursuivre dans l'ordre des organismes l'admirable série de rapports qui enchaîne si harmonieusement tous les phénomènes de l'univers? Le langage, encore mystérieux, de cette innombrable variété de formes que la nature étale à nos yeux, serions-nous condamnés à ne le jamais comprendre?

Il appartenait à l'un des hommes les plus extraordinaires de son temps, qui fut à la fois un poëte illustre, un profond romancier, un historien habile et un grand botaniste, il appartenait à Gœthe d'aborder ce problème, et d'affirmer l'unité fondamentale du plan de construction des êtres organisés. Geoffroy Saint-Hilaire et Oken, avec des tendances diverses, l'un plus anatomiste et l'autre plus naturaliste, se sont proclamés les disciples de la doctrine de l'unité. Pour eux, les différences de l'organisation procèdent toutes d'un fond commun; il n'y a que des inégalités de développement dans les limites d'un même type. Rattachant le développement de certaines parties et l'état rudimentaire de certaines autres au double principe des connexions et du balancement des organes, Geoffroy Saint-Hilaire avait principalement édifié sa théorie des analogues sur le squelette des animaux vertébrés : sa doctrine n'était pas complète. Il a dû faire effort pour relier les types inférieurs aux types supérieurs, et lorsqu'il a voulu voir des vertèbres dans les anneaux des animaux articulés, lorsqu'il a cherché à

plier les mollusques à sa loi des analogies, les oppositions ne lui ont pas manqué. C'est à cette occasion que prit naissance cette lutte avec Cuvier qui eut autrefois tant de retentissement. D'abord circonscrite autour du point en litige, la discussion ne tarda pas à sortir des limites dans lesquelles elle était primitivement renfermée, et la doctrine de l'unité devint bientôt le sujet principal du débat. Froid, mesuré, toujours maître de lui et de sa parole, Cuvier avait une supériorité marquée sur un adversaire ému et impatient. Cuvier avait encore un autre avantage : prudent en matière de science, comme en toutes choses, il combattait un système, et n'en avait pas lui-même à défendre.

Sans doute, il y a dans la doctrine de Geoffroy Saint-Hilaire plus d'un point vulnérable. Quand on s'engage dans une voie nouvelle, il faut s'attendre à rencontrer plus d'un obstacle. Mais si la critique a ses droits, la justice a aussi les siens, et l'illustre auteur de la philosophie anatomique a été glorifié dans cette enceinte comme il méritait de l'être.

Lorsque Cuvier, qualifiant dédaigneusement d'idéale toute tentative de ce genre, affirme, de son côté, que les divers embranchements du règne animal sont nettement limités, absolument distincts, qu'on ne peut passer de l'un à l'autre, et qu'une circonvallation infranchissable les sépare, on se rappelle involontairement la dispute fameuse de Guillaume de Champaux et d'Abeilard. Les universaux ont-ils donc une existence réelle et concrète? Les embranchements, les ordres que représentent-ils, sinon des catégories subjectives et nominales? Que sont-ils, sinon des concepts revêtus d'un mot et n'ayant d'existence réelle que dans l'esprit?

M. de Blainville, qui avait placé la sensibilité au sommet de sa doctrine, devait s'associer à ce mouvement. De l'unité de composition à l'unité de fonction il n'y a qu'un pas. Plus physiologiste qu'anatomiste, il chercha cette unité bien moins dans la comparaison des pièces du squelette que dans celle des appareils, et il s'attacha par-dessus tout à ce qui lui parut être le véritable problème de la zoologie, c'est-à-dire à l'étude des rapports des groupes animaux les uns avec les autres, et comme conséquence à leur coordination en série.

Transportant dans le domaine des applications l'idée philosophique de Leibnitz, il entreprit d'établir sur une base scientifique la doctrine de l'échelle des êtres que Bonnet n'avait entrevue que d'une manière vague et confuse. De même qu'il avait cherché à saisir les relations de l'être avec le milieu qui l'entoure, de même il chercha les relations des êtres entre eux.

Embrasser dans sa pensée, non-seulement toutes les espèces vivantes, mais remonter le cours des siècles par delà les époques historiques et jusque dans les profondeurs d'un passé où l'homme n'existait pas encore, interroger les couches du globe, consulter ces vastes feuillets qui nous enseignent la longue histoire des transformations qu'il a subies, retrouver les formes perdues, combler les lacunes dont il a lui-même mesuré l'étendue, rétablir enfin la continuité en apparence interrompue de la série des êtres : telle est l'œuvre qu'a tentée M. de Blainville, et voilà ce qui imprime à sa conception le sceau d'une véritable grandeur.

Science toute récente encore, née des recherches de Pallas et du génie de Cuvier, la paléontologie est en quelque sorte le lien à l'aide duquel il assemble et réunit les parties disjointes de la nature vivante. Partout cette grande pensée se fait jour. C'est pour donner à la démonstration qu'il poursuit, plus d'évidence encore, qu'à l'âge de soixante ans, il entreprend le grand ouvrage d'ostéographie auquel il travaillait encore quelques heures avant sa mort, et qui restera dans l'avenir comme le principal monument de sa gloire.

Mais M. de Blainville n'a pas eu seulement cette belle et lumineuse idée de fondre en une grande unité tout l'ensemble de la création animale; on peut dire aussi qu'il a été l'un des fondateurs de la paléontologie. Dans son mémoire sur les bélemnites il montra de bonne heure toute la sagacité de son esprit. Dès l'année 1827, il avait affirmé que ces corps allongés, coniques, de consistance pierreuse, qu'on avait pris souvent pour des productions minérales, n'étaient que l'os intérieur d'un mollusque céphalopode analogue aux sèches et aux calmars; et lorsqu'en 1844, M. Owen découvrit des échantillons plus complets de bélemnites, les prévisions de M. de Blainville qui avaient été contestées, se trouvèrent entièrement vérifiées. Une autre fois, il montra que les os conservés dans une habitation des environs de Bordeaux et que la croyance populaire avait longtemps pris pour la dépouille du prétendu géant Teutobochus, roi des Cimbres, n'étaient que des ossements fossiles de *Dinotherium*. Ai-je besoin de rappeler encore l'important mémoire sur les poissons fossiles, l'une des premières œuvres sorties de sa plume?

Dans son *Traité d'ostéographie*, M. de Blainville s'est attaché, je le répète, à faire rentrer dans la série des êtres vivants tous les fossiles connus; il a voulu démontrer que les diverses formes animales qui se sont succédé depuis les époques géologiques les plus reculées jusqu'à nos jours, appartiennent en réalité à une même série, et correspondent à un seul plan. Chacun sait que Cuvier avait subdivisé les animaux vertébrés en quatre grandes classes : les mammifères, les oiseaux, les reptiles et les poissons. M. de Blainville, dont la classification embrasse à la fois les êtres vivants et les êtres fossiles, partage les ostéozoaires, qui correspondent aux vertébrés de Cuvier, en sept classes. Comme groupes de transition, il interpose les ptérodactyles entre les oiseaux et les reptiles; et entre les reptiles et les poissons, les ichthyosauriens et les amphibiens. Au reste, l'échelle de M. de Blainville est plutôt l'échelle des groupes que celle des espèces. Dans la comparaison des êtres et dans l'étude de leurs liaisons réciproques, il tient compte bien moins des individus, dont un grand nombre nous sont encore inconnus, que de la somme de leurs caractères fondamentaux.

Cuvier croyait aux créations successives. Il supposait qu'à la suite de chacune des révolutions géologiques, de nouveaux êtres vivants étaient apparus, entièrement différents de ceux qui les avaient précédés. Persuadé que ce besoin de faire intervenir l'action sans cesse répétée d'une cause suprême n'est de la part de la science qu'un aveu d'impuissance, M. de Blainville ne concevait pas les retours d'une force qui recommence d'un côté ce qu'elle anéantit de l'autre. Pour expliquer l'apparition première des êtres vivants au sein du monde inorganique, il invoquait l'intervention d'un Dieu créateur, mais il était fermement attaché à la croyance d'une création unique. Pour lui, l'unité de plan dans la série des êtres impliquait l'unité de création. Tous les animaux existant à la surface du globe ou enfouis dans le sein de la terre sont sortis du même coup des mains du Créateur. Chaque espèce vivante qui s'éteint s'ajoute à la série fossile, et chaque espèce disparue que

l'on ramène à la lumière vient remplir une lacune dans l'ensemble des êtres. Quant à la série entière, nous ne la posséderons, nous ne la connaîtrons qu'après avoir découvert toutes les espèces fossiles, si jamais il nous est donné de les retrouver toutes.

L'opposition de M. de Blainville à la doctrine de Cuvier n'a pas tardé à porter ses fruits. La croyance à l'extinction absolue des diverses populations vivantes qu'aurait fait surgir la succession des révolutions géologiques, a été chaque jour s'affaiblissant. La doctrine de M. de Blainville s'accorde-t-elle mieux avec les faits aujourd'hui connus de la paléontologie ? Les animaux passés et présents ont-ils été tirés du néant tous ensemble ; la chaîne était-elle complète dès le premier jour ? Il faut bien le dire, la composition des couches fossiles les premières formées ne témoigne guère en faveur de cette supposition. Est-il vrai, comme M. de Blainville semble aussi le croire, que dès le moment où ils sont sortis des mains du divin Ouvrier, les anneaux de cette chaîne vivante étaient assujettis à une inaltérable constance ?

Sans doute, lorsqu'on envisage l'état actuel de notre globe, lorsqu'on se renferme dans cette période d'un jour que l'homme peut remonter dans sa propre histoire, tout semble fixe et immuable. Mais cette terre sur laquelle nous vivons n'a pas toujours été ce que nous la voyons aujourd'hui. De nombreuses révolutions en ont bouleversé la surface. Le sol, les eaux, l'atmosphère, d'abord confondus, et plus tard distincts, tout a subi l'action d'une force sans cesse agissante. Comment et à quel moment la vie, d'abord absente, est apparue dans les abîmes de la mer et sur la croûte solidifiée de notre planète ? nous l'ignorons ; peut-être l'ignorerons-nous toujours. Tout ce que nous pouvons présumer ici, c'est qu'une série incalculable de siècles nous sépare de ce mémorable instant.

Mais descendons dans les entrailles de la terre, remontons les gigantesques degrés superposés par la lente action des siècles, et, pour emprunter à Geoffroy Saint-Hilaire une belle image, consultons les vestiges autrefois animés qui éternisent dans la mort les formes de la vie. Que voyons-nous? A des êtres d'une composition plus simple succèdent des êtres plus composés. A mesure que nous nous rapprochons des assises les plus récentes, les espèces disparues se montrent de plus en lus semblables aux espèces actuellement vivantes. A aucune époque, depuis que la vie est apparue, les êtres vivants n'ont été les victimes d'une entière destruction. Les faunes superposées présentent entre elles des ressemblances, des affinités, une véritable filiation dans la succession des types organiques. Un grand principe domine l'histoire des êtres fossiles, le progrès.

L'espèce, cette catégorie première que rencontre le naturaliste, est-elle immuable et toujours identique avec elle-même, ou bien n'est-elle, à un moment donné de l'évolution de notre système, que l'une des phases du mouvement continu qui transforme toutes choses? Lamarck, dans sa Philosophie zoologique, en faisant dériver des besoins et des facultés de l'animal les modifications des formes organiques et la succession des changements par lesquels elles ont passé, plaçait dans l'être vivant lui-même la raison de ses métamorphoses, et n'avait convaincu personne. Mais, parce que la loi de ces changements nous échappe encore, devons-nous renoncer à la jamais connaître ?

Quelles que soient les ressemblances que présente la collection des individus qui se reproduisent entre eux, et qu'on appelle l'espèce, ces individus ne sont pas identiques. C'est en vertu de leur tendance à la variabilité que l'homme, qui peut, dans une certaine mesure, précipiter ou ralentir le cours des fatalités naturelles, est parvenu par les croisements, le régime et les habitudes, à créer ce qu'il appelle des variétés. Dans sa courte expérience, l'homme, il est vrai, croit avoir atteint la limite du possible, et la barrière qui sépare la variété de l'espèce, il semble ne pas pouvoir la franchir. L'espèce se maintient avec une constance relative qui permet de la distinguer comme si elle était réellement fixe et invariable; les dépouilles des animaux conservés dans les catacombes de l'ancienne Égypte nous offrent des formes qui rappellent les espèces actuellement vivantes. Mais qu'est-ce que six mille ans dans l'histoire du monde? Qu'est-ce que deux cents générations d'hommes dans l'histoire de l'humanité?

Ces ossements humains, retrouvés dans les cavernes de Pondres, de Bize, de Néanderthal, d'Engis et d'Aurignac, sur les récifs coralliens de la Floride, ou dans les bancs de gravier de Moulin-Quignon ; ces os d'animaux fossiles, coupés, taillés par une main intelligente ; ces haches de silex enfouies dans des terrains dont la formation remonte aux dernières convulsions de notre planète; ces objets, travaillés, recueillis dans les tourbières du Danemark et dans le lac Prasias de l'ancienne Péonie ; ces vestiges d'une industrie naissante, épars au milieu des débris engloutis des habitations lacustres de l'Irlande et de la Suisse, tout indique que l'homme est apparu sur la surface de la terre à une époque dont il est impossible de fixer la date, mais dont on peut dès aujourd'hui affirmer la haute antiquité. Les quelques milliers d'années, qu'à l'aide des monuments écrits ou de la tradition l'homme peut remonter en arrière, ne représentent qu'un moment de son histoire, et tout annonce que l'espèce perfectible à laquelle il appartient a passé par une longue enfance.

Pour embrasser dans toutes les phases de son existence une seule espèce, la dernière venue, pour connaître l'homme tout entier, le naturaliste s'enfonce dans la nuit du passé. Pourrait-il s'isoler dans la contemplation du temps présent, lorsqu'il s'agit des êtres qui ont précédé l'homme sur la scène du monde?

Certes, on ne peut pas ne pas être frappé de deux grands faits qui semblent régler la succession des êtres vivants. D'une part, la difficulté du croisement des espèces, garantie par l'instinct, et, d'autre part, l'infécondité plus ou moins immédiate des produits accidentels de l'hybridité. Cette double barrière, en portant obstacle au mélange indéfini des individus, assure l'existence des espèces et leur assigne une durée déterminée dans le temps. Mais implique-t-elle leur invariabilité dans la série des siècles? Voilà ce que la zoologie, exclusivement appliquée à la connaissance des êtres qui vivent aujourd'hui, et renfermée dans le cercle d'une observation nécessairement limitée, est tout à fait impuissante à décider. Intimement lié à l'étude des transformations par lesquelles la terre a passé, ce problème ne peut être résolu que par la connaissance et la comparaison des faunes disparues. La puissance des couches géologiques peut seule nous donner une idée de la prodigieuse durée des périodes pendant lesquelles ces populations ont vécu. Des changements, dont l'extrême lenteur échappe à notre courte vue, se trouvent imprimés par la main du temps dans le sein de ces immenses dépôts. Ces vastes archives, en

partie perdues dans la profondeur des mers et dont nous ne connaissons que des lambeaux, recèlent le secret de la genèse morphologique dont nous cherchons les lois.

En retirant la science des êtres fossiles des voies fermées où son fondateur l'avait en quelque sorte immobilisée, M. de Blainville, on peut le dire, a été le principal promoteur du grand mouvement qui agite aujourd'hui la paléontologie. La question de l'espèce est devenue et restera désormais le grand problème des sciences naturelles.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Coxalgie tuberculeuse a marche rapide. — Autopsie. — Considérations générales. — Lu à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 4 décembre 1863, par M. le docteur Collineau.

Les exemples de coxalgie avec perforation de la cavité cotyloïde ne sont pas d'observation très-rare. Dès la fin du siècle dernier, Paletta (*Exercitationes pathologicæ*, ch. v) a donné sur plusieurs cas de ce genre des documents instructifs et précis. Maintes fois depuis, les chirurgiens se sont trouvés en présence de circonstances analogues, et les musées d'anatomie pathologique se sont enrichis de pièces curieuses où l'on retrouve les traces des degrés divers de l'affection. Tous ceux pourtant qui ont prêté à l'étude de la coxalgie l'attention dont elle est digne, sont d'accord pour regretter que les pièces conservées dans les collections, pour la plupart ne soient pas accompagnées d'une note explicative. C'eût été un guide pour ressaisir la série des déterminations cliniques qui ont pu précéder ou suivre les désorganisations qu'on a sous les yeux. Aussi bien, n'est-ce qu'à grand'peine que l'induction remonte de ces altérations d'organes susceptibles de se garder aux lésions plus fugitives que quelques jours effacent ; et cependant celles-ci renferment d'ordinaire le principe dont les autres ne sont qu'une conséquence. Toujours est-il, messieurs, que l'occasion m'étant offerte de relever un fait de cet ordre, j'ai pensé qu'il y aurait quelque intérêt à ne point le laisser passer sans exposer les conditions au milieu desquelles il s'est produit.

Voici donc résumée aussi exactement que possible l'histoire du malade que j'ai été en demeure d'étudier :

Obs. — Le 3 janvier 1863, le nommé Duguet, âgé de vingt-cinq ans soldat au 16e bataillon de chasseurs à pied, est entré à l'hôpital de Vincennes dans le service de M. le médecin principal J. Périer.

Cet homme, d'une santé habituellement bonne, d'une constitution moyenne, est malade depuis quatre jours seulement, et l'examen ne décèle rien de plus chez lui qu'un engouement pulmonaire.

A partir du 10 janvier, il accuse dans la longueur du membre inférieur droit des douleurs vagues erratiques offrant tous les caractères d'une névralgie sciatique, et qui, considérées comme telles, furent combattues par l'application réitérée de vésicatoires suivis de pansements morphinés.

Vers le 11 février, les douleurs, loin de céder, deviennent plus aiguës ; elles siégent à la région fessière, et particulièrement au niveau du genou, des deux côtés de la rotule. A l'approche de la nuit, elles ne présentent pas d'exacerbation. En outre, depuis quelques jours, la position gardée de préférence est le décubitus dorsal ; la cuisse est légèrement fléchie ; elle affecte l'abduction et la rotation en dehors. Un examen attentif permet de reconnaître que le membre droit paraît un peu plus long que le gauche, et que le talon de ce côté dépasse de quelques millimètres celui du côté opposé. On fait alors lever le malade, et l'on voit se succéder, avec une régularité parfaite, les phénomènes suivants :

D'abord, dans la station verticale, la cuisse droite (côté malade) reste fléchie et portée dans l'abduction et la rotation externe ; la jambe s'étend ; la pointe du pied, déviée en dehors, arrive à effleurer le sol un peu en avant du plan sur lequel repose la partie congénère.

Invité alors à marcher, le malade ramène la pointe du pied droit vers l'axe du corps, de manière que sa face plantaire s'appuie sur le sol. A mesure que ce mouvement s'exécute, l'épine iliaque droite s'abaisse et se porte en avant. Le bassin, par un mouvement combiné de torsion et de bascule, se dévie pour suppléer à la rigidité qui maintient au même degré qu'auparavant la flexion de la cuisse. On dirait l'extrémité supérieure du fémur rivée à l'os iliaque par une ankylose. Enfin, pour replacer les épaules sur le même plan horizontal, et ramener la tête dans la rectitude, on voit le malade infléchir, incliner la colonne lombaire.

Il est placé de nouveau dans le décubitus dorsal. L'attitude caractéristique préalablement acquise, mais que vient d'accentuer l'exploration de tout à l'heure, persiste désormais sans subir la plus légère atténuation. De ce moment, on constate une différence de niveau de 15 millimètres entre les deux talons. Le membre du côté malade paraît allongé d'autant. L'épine iliaque antéro-supérieure correspondante occupe un plan antérieur, et de 25 millimètres plus bas que la même éminence du côté sain.

Diagnostic. — Coxalgie. Évacuation du malade dans un service de chirurgie.

Jusqu'au milieu du mois de mars, état stationnaire ; plusieurs plaques de cautère sont appliquées sans avantage autour de l'articulation coxo-fémorale.

Vers le 15 mars, la santé générale, qui s'était soutenue jusque-là, se prit à s'altérer. La cause déterminante de ces troubles nouveaux fut une bronchite, qui ne tarda pas à contracter une forme chronique, et à mettre en évidence les signes stéthoscopiques du plus mauvais aloi : craquements humides des deux côtés, au niveau des fosses sus et sous-épineuses ; expectoration muco-purulente ; sueurs fréquentes ; amaigrissement rapide.

Dans le même temps (durant le cours des mois de mars et d'avril), l'intensité des douleurs articulaires s'est accrue notablement, seulement le siége de leur localisation et leurs caractères se sont modifiés. Le genou en est exempt d'une manière à peu près complète. Désormais c'est à la hanche presque exclusivement qu'elles se font ressentir. La pression sur le grand trochanter les réveille ; mais le plus sûr moyen de les exciter consiste à provoquer dans la cuisse des efforts d'extension. Les retentissements de ces douleurs se concentrent sur le côté antérieur et interne de l'article. Plus violentes la nuit, elles déterminent dans les muscles des soubresauts, des contractions spasmodiques, cause incessante d'exacerbation.

Dès le commencement de mai, une modification remarquable s'opère dans la longueur et la position du membre : au lieu de paraître allongé, il est raccourci ; le degré de la flexion toutefois ne varie pas ; l'abduction et la rotation externe persistent, mais elles sont moins prononcées ; la cuisse a subi un retour évident vers la ligne médiane ; la torsion et l'inclinaison pelvienne et vertébrale sont les mêmes; le talon du côté malade occupe un plan plus élevé que celui du côté sain ; la mensuration permet d'évaluer à 8 millimètres le raccourcissement réel.

Jusqu'à la fin de juin, état local stationnaire; affaiblissement progressif; fièvre le soir.

Le mois de juillet est marqué par une rémittence sensible dans les douleurs articulaires, et par une accentuation plus forte du raccourcissement. La différence de longueur entre les deux membres est évaluée, par la mensuration, à 15 millimètres. Aggravation simultanée des troubles respiratoires; râles caverneux; expectoration puriforme; sueurs profuses ; diarrhée colliquative.

Dès les premiers jours d'août, réaction fébrile continue ; dyspnée progressive ; infiltration des extrémités inférieures ; marasme.

Le 10 août, subdelirium ; dyspnée suffocante.

Le 11, mort.

Autopsie (vingt-quatre heures après la mort). — Rigidité cadavérique assez prononcée ; sur la table à dissections, le membre droit est dans l'attitude qu'il a conservée depuis le mois de mai (quart de flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin, très-léger degré d'abduction et de rotation externe, torsion et inclinaison pelvienne, ensellure lombaire); œdème des extrémités ne dépassant pas le tiers inférieur de la jambe. Du côté malade, pas de tuméfaction de la hanche, aplatissement de la fesse.

Les muscles sont décolorés et émaciés ; leurs interstices ne contiennent aucune collection purulente ; tous les organes qui avoisinent l'articulation coxale ont conservé leur intégrité.

Isolée des couches charnues et graisseuses qui l'enveloppent, l'articulation est disséquée avec soin : la continuité de la capsule orbiculaire est intacte ; sa surface extérieure a pris une teinte mate et grisâtre ; elle est distendue par un épanchement abondant ; la fluctuation qu'il détermine indique une couche de liquide d'autant plus épaisse qu'on se rapproche pour percevoir ce signe vers le côté interne et inférieur du manchon fibreux. La tête du fémur n'est pas sortie de sa cavité.

Section de la capsule orbiculaire : un liquide séro-purulent, fluide, au sein duquel nagent des flocons de matière caséeuse, blanchâtre, semi-concrète, s'écoule en abondance. On reconnaît à la coupe un épaississe-

ment notable du ligament fibreux. La surface synoviale qui double sa paroi profonde est elle-même épaissie; elle a perdu son poli, et offre çà et là des marbrures noirâtres.

Surfaces articulaires : il n'existe plus aucun vestige ni du ligament rond, ni des cartilages; la tête fémorale, réduite au tiers de son volume, présente une surface bosselée, inégale; elle occupe l'arrière-fond de la cavité cotyloïde; la capacité de celle-ci offre une notable augmentation.

Les deux surfaces osseuses sont imprégnées d'un enduit opaque de couleur jaunâtre ou grise. Les aréoles du tissu spongieux sont pénétrées de cette matière, qui leur est assez adhérente pour résister à un filet d'eau.

L'arrière-fond de la cavité cotyloïde est le siége d'une perforation irrégulièrement triangulaire de 3 centimètres sur 2 centimètres de diamètre. Les faisceaux charnus de l'obturateur interne s'appliquent exactement contre cette perforation. Le tissu do ce muscle est intact. On constate d'une manière absolue l'absence de fusées purulentes dans la cavité pelvienne.

Le bord postéro-supérieur du sourcil cotyloïdien a subi une dépression qui le fait paraître plus élevé et moins saillant. La partie correspondante de la paroi du cotyle est le siége d'une anfractuosité de 9 millimètres de profondeur, et dont l'arrière-fond commence à se faire jour par un étroit pertuis au-dessus du sourcil cotyloïdien, à la face externe de l'os iliaque. En dedans de cette caverne se remarque une autre cavité beaucoup plus exiguë, mais de nature identique. Ces deux cavités contenaient une matière caséeuse qui s'échappe par flocons sous l'action d'un filet d'eau.

En outre, au pourtour du cotyle, la table externe de l'os iliaque est surmontée de stalactites osseuses qui donnent au tissu compacte une rugosité pathologique.

La partie antéro-inférieure du rebord cotyloïdien, au point qui correspond à la grande échancrure du sourcil, offre, ainsi que le col du fémur, une remarquable intégrité de tissu.

A l'exception enfin des poumons, qui sont le siége de cavernes multiples remplies de matière tuberculeuse ramollie, les cavités splanchniques ont conservé leurs caractères physiologiques.

Ce n'est pas avec une observation isolée qu'il est possible d'aborder tour à tour les questions litigieuses dont s'obscurcit encore l'histoire de la coxalgie. Quelque riche d'enseignements, d'ailleurs, que soit un fait particulier, il ne saurait à lui seul renfermer les documents d'ordres divers que réclame un problème aussi complexe. Quant aux déductions légitimes auxquelles il se prête, il faut se garder, en conférant un caractère de généralité à des circonstances purement individuelles, d'en exagérer la portée. Peut-être cet écueil n'a-t-il pas toujours été évité; et peut-être le fait qui vient d'être rapporté offre-t-il, sans qu'il soit besoin de le pressurer à l'excès, la contre-partie de doctrines aussi aisément admises qu'elles ont été rarement sanctionnées par la constatation nécroscopique. Puis ici, au milieu des conditions exceptionnelles de son évolution, la lésion s'est traduite par un phénomène tout particulier dont la nature et la cause ont besoin d'être indiquées.

Laissant donc toute prétention à des vues d'ensemble sur la coxalgie, je désire simplement, messieurs, appeler votre attention sur les deux points spéciaux que je viens de signaler; mais, avant tout, précisons notre diagnostic : il s'éclaire des caractères fournis par les surfaces osseuses à l'état frais, de la nature du liquide épanché dans l'article, de celle de l'affection pulmonaire concomitante.

L'articulation coxale a été, en même temps que le poumon, le théâtre d'une évolution tuberculeuse. Dans le tissu osseux, comme dans le tissu pulmonaire, sa marche a affecté une rapidité remarquable. La tuberculisation osseuse s'est présentée à la fois sous sa double forme. En même temps que les anfractuosités profondes remarquées sur divers points de la cavité cotyloïde attestent l'existence de tubercules enkystés, la couleur jaunâtre, et plus généralement grise, l'opacité, la cohésion, l'adhérence particulière de la matière, qui presque partout imprégnait les aréoles du tissu spongieux, nous révèlent une infiltration tuberculeuse.

Pas de vascularisation étendue, comme dans l'ostéite primitive; pas de fongosités saignantes, comme dans la carie; et si, à certaines places, les surfaces osseuses, dénudées de leur lame compacte, offrent un agrandissement aréolaire incontestable, à beaucoup d'autres le tissu osseux paraît avoir échappé à ce mode de raréfaction. Enfin la trame des extrémités articulaires, dont une couche déjà épaisse a été détruite, n'a pas subi dans les couches qui persistent un affaiblissement sensible de consistance. Il faut en excepter toutefois la paroi supérieure du cotyle.

Les caractères de l'épanchement sont en accord avec ceux qui précèdent. Une sérosité louche, mêlée de pus fluide, le compose. Des flocons blancs, caséeux, le surnagent, preuve du degré avancé de la lésion tuberculeuse; mais le liquide est exempt de la teinte sanguinolente que lui donne la carie, et il ne contient pas de séquestres volumineux. L'affection articulaire a donc bien pour principe une tuberculisation.

Est-ce à dire que les désorganisations profondes que nous avons sous les yeux proviennent tout entières du tubercule, et qu'il faille dénier à l'inflammation des parties molles, à celle des os, ou bien à la carie (cette autre ostéite à forme ulcéreuse), toute part dans leur production? A cause du rapide accomplissement des désordres, à cause de l'abondance et de la fluidité de l'épanchement, à cause de l'épaississement notable du ligament fibreux et de la surface synoviale, à cause enfin de l'acuité à laquelle les douleurs se sont élevées à une certaine époque de la maladie, il me répugnerait d'admettre une hypothèse aussi exclusive. Pour avoir produit dans le court espace de quelques mois les résultats pathologiques qui ont été constatés, une lésion spécifique dont le processus est d'ordinaire beaucoup plus lent a dû, ce me semble, trouver dans un travail phlegmasique un auxiliaire indispensable. Si le malade avait succombé à quelque cause de mort accidentelle avant que la fonte tuberculeuse ait été consommée dans les poumons, il est probable qu'on eût pu reconnaître dans l'articulation coxale des traces d'inflammation qui ont dû aller en s'atténuant à mesure que l'affection pulmonaire progressait. Mais, d'autre part, la lésion articulaire a conservé jusqu'à la fin des caractères de spécificité assez tranchés pour qu'on relègue au second plan l'élément inflammatoire.

Et puis, la destruction des surfaces osseuses n'a-t-elle pas été activée par une cause purement mécanique résultant des connexions conservées par ces surfaces, et du défaut d'immobilisation du membre? Peut-être les mouvements involontaires provoqués par les contractions spasmodiques, et qui retentissaient si douloureusement au centre de la jointure malade, ont-ils déterminé entre ces surfaces devenues rugueuses des frottements réciproques; et l'effet de ces frottements a-t-il été une sorte d'usure des couches osseuses préalablement altérées. Cette supposition rendrait un compte assez exact de l'état auquel le squelette de la hanche se trouve réduit.

Toujours est-il que les deux surfaces articulaires n'ont point cessé d'être en contact et que la tête du fémur était appliquée contre le fond du cotyle; or, une couche épaisse de liquide l'entourait. Bien que l'arrière-fond de la cavité cotyloïde ait été largement perforé, le muscle obturateur interne, exactement appliqué contre cette perforation, avait opposé à la migration intra-pelvienne de l'épanchement une barrière qu'il avait respectée sans paraître avoir fait d'efforts pour la franchir. La continuité de la capsule, d'autre part, était intacte; l'épanchement intra-articulaire se trouvait donc ici dans des conditions requises pour provoquer, comme on l'a dit, l'expulsion de la tête du fémur; et cependant, loin que la luxation se soit produite, la tête fémorale s'est, au contraire, enfoncée de plus en plus dans sa cavité naturelle. A mesure que les ravages de la lésion réduisaient son volume, elle a compensé, en quelque sorte, la cause qui aurait dû la séparer de la paroi cotyloïdienne, en s'engageant dans ce sens plus profondément. Le liquide au sein duquel elle était plongée, non-seulement ne l'a pas refoulée en bas, mais est resté tout à fait impuissant contre son mouvement ascensionnel; si bien que c'est le liquide, au contraire, qui a été refoulé, et qu'il est venu s'accumuler au segment inférieur du manchon capsulaire, à sa partie interne, — la plus extensible, — particulièrement.

Depuis J. L. Petit, on le sait, la plupart des auteurs qui ont écrit sur la coxalgie ont attribué à l'épanchement une action en vertu de laquelle les surfaces articulaires seraient disjointes. Le fémur serait écarté progressivement de la paroi cotyloïdienne jusqu'à ce que le sommet de son extrémité supérieure s'abaissât au niveau du bord libre du bourrelet : de là l'allongement; puis, l'expulsion de la tête osseuse hors de la cavité une fois accomplie, cette extrémité glisserait le long de la surface externe du cotyle sur la face extérieure de l'os iliaque : de là le raccourcissement. Cette ingénieuse théorie n'a reposé bien longtemps que sur des données purement spéculatives. Elle aurait enfin, suivant des opinions très-considérables, trouvé dans un fait anatomique sa tardive consécration. Publié en 1842 dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, ce fait appartient à M. Parise. Les conclusions que l'auteur en a tirées pour ériger en doctrine l'hypothèse de J. L. Petit ont trouvé de l'écho dans plusieurs travaux importants; toutefois, leurs prémisses ont dû paraître moins démonstratives à M. Gosselin, puisqu'il n'admet (*Leçons cliniques*) qu'à titre de rare exception une influence aussi décisive de la part de l'épanchement sur la disjonction des os. Sans discuter, ce n'est pas ici le lieu, le sens véritable qui s'attache à l'instructive observation de M. Parise, il importe de noter que l'acception qu'on lui a dévolue n'a été confirmée par aucun exemple nouveau. La démonstration nécroscopique de la luxation dans la coxalgie se rencontre, d'ailleurs, dans des proportions plus faibles qu'on n'est en général disposé à l'admettre. L'un des premiers, Larrey (*Mémoires et campagnes*, t. IV) a mis en relief cette vérité ; et lorsque enfin la luxation se constate, c'est de concert presque toujours avec des altérations très-profondes dans l'appareil ligamenteux.

Je ferai remarquer maintenant que, dans le cas actuel, la capsule orbiculaire intacte renfermait une quantité abondante de liquide; or, ce liquide a respecté la contiguïté des surfaces articulaires.

On n'accusera point de l'allongement observé au début de l'affection une hypersécrétion de synovie accumulée dans l'interligne de la diarthrose ; cet allongement, légèrement sensible avant que le décubitus dorsal ait été troublé, s'est prononcé en l'espace de quelques secondes par le seul fait de la station verticale imposée au malade. En se déroulant sous nos yeux, son curieux mécanisme a démontré jusqu'à l'évidence qu'ici l'allongement se réduisait à une apparence pure et simple, et que le degré de son accentuation était, comme l'ont dit plusieurs auteurs (Morgagni, J. Hunter, S. Cooper, Brodie, etc.), en raison directe de la déviation pelvienne.

Plus indépendant encore de l'épanchement, s'il est possible, est, dans l'espèce, le raccourcissement. Produit par l'épanchement, le raccourcissement ne saurait se comprendre que consécutif à la luxation ; or, la luxation n'a pas eu lieu, il serait superflu d'insister. Réel, cette fois et évalué à 15 millimètres, le raccourcissement a reconnu pour causes, d'abord la déperdition très-notable de substance osseuse subie par la tête du fémur, puis la puissance musculaire dont l'action continue a progressivement élevé cette extrémité osseuse dans la cavité cotyloïde à mesure que la désorganisation donnait un intervalle à combler. Ainsi, non-seulement a été maintenu le contact entre l'arrière-fond perforé du cotyle et la tête du fémur, mais a été déterminée la position particulière affectée par ce dernier os. Eh bien ! si tant est qu'une collection de liquide contenue dans le centre de l'articulation coxale soit imputable en certains cas de la disjonction des surfaces osseuses et de la luxation, n'éprouvera-t-on pas quelque difficulté à comprendre que, dans les circonstances données, cette influence ait gardé une neutralité aussi absolue ; et n'est-il pas plus rationnel de reconnaître que son activité a été singulièrement surfaite ?

Une terminaison moins rapide eût ménagé une éventualité prochaine : l'élargissement de la perforation cotyloïdienne et la migration intra-pelvienne du liquide contenu dans l'article. Il devenait dès lors presque impossible de se rendre compte de la tolérance réciproque dans laquelle avaient pu longtemps rester les parties articulaires, et les produits de formation morbide. Mais le degré précis que les altérations n'avaient pas franchi encore à l'époque où il a été loisible de les observer, paraît de nature à faire révoquer en doute l'incompatibilité d'un épanchement dans l'articulation coxale avec l'intégrité de rapport des surfaces osseuses; partant à dévoiler l'insuffisance du liquide épanché comme agent de la luxation.

Je viens de dire que la tête du fémur appliquée contre l'arrière-fond perforé du cotyle conservait en ce point une position déterminée. Dans le corps de l'observation a été reconnue la coexistence du raccourcissement avec l'abduction et la rotation externe. La simultanéité de ce triple caractère une fois constatée, est-il permis d'en tirer, pour l'étude des positions vicieuses dans la coxalgie, quelque déduction générale? C'est là, messieurs, une dernière question pour laquelle je demande encore de courts instants d'attention. L'examen nécroscopique a donné, touchant la position gardée par le membre pendant les derniers mois de la maladie, une explication qui éclaire sur les causes tout individuelles de cette attitude. En effet, il suffit de rapprocher la tête de fémur de la perforation cotyloïdienne pour voir ces deux parties s'emboîter exactement. Alors le corps de l'os est modérément fléchi, un peu écarté de la ligne médiane et légèrement incliné en dehors. Cette position, — celle précisément que la cuisse avait affectée, — provient donc simplement du degré d'ouverture temporairement acquis par la perforation. D'origine incidente, elle était destinée à être transitoire. Une déperdition de substance un peu plus profonde du côté du fémur, un degré de plus dans l'étendue de la perforation, et elle éprouvait une modification fondamentale. Ce serait donc forcer la portée de cet assemblage de phénomènes que de chercher à systématiser les lois de leur coïncidence.

Une mort moins prématurée eût montré que la série des déviations était loin d'être épuisée. A cet égard, l'inspection des pièces anatomiques autorise deux hypothèses : ou bien, continuant le mouvement de régression vers la ligne médiane qui avait eu déjà un commencement d'exécution, le fémur se fût porté dans l'adduction, et la tête de l'os se fût appliquée contre la paroi postéro-supérieure du cotyle, siége de tubercules enkystés; alors se succédaient des troubles d'un ordre nouveau au milieu desquels l'adduction et la rotation interne s'accentuaient de plus en plus; ou bien, les efforts de la désorganisation venant à se concentrer vers l'angle supéro-externe de la perforation, cette portion osseuse, déjà très-amincie, se fût détruite. L'issue de la tête fémorale à travers le cotyle eût fini par s'effectuer, et l'on eût été frappé du progrès soudain du raccourcissement.

Dans cette dernière éventualité, si l'on admet qu'une fois la luxation produite l'abduction ne dût pas cesser d'exister, alors, de tous les muscles pelvi-fémoraux, les adducteurs seuls n'étant pas condamnés à l'impuissance, et le relâchement forcé de leurs antagonistes ne faisant plus contre-poids à leur action, les adducteurs auraient probablement fait basculer le fémur autour de la perforation comme centre, et le membre aurait fini par dépasser la ligne médiane, et par s'affaisser sous son propre poids. Mais de ce que, chez le sujet dont il s'agit, l'abduction et la rotation en dehors, qui se sont manifestées au début en même temps que l'allongement apparent, ont persisté depuis la production du raccourcissement jusqu'à la fin, il n'est permis d'en rien conclure, sinon qu'une cause tout incidente a entretenu cette position du membre, et que, dans la jointure, l'évolution morbide a été interrompue inopinément.

En résumé, messieurs, rapidité insolite dans la progression de la lésion tuberculeuse;

Compatibilité de la présence dans l'articulation de la hanche d'une abondante collection de liquide avec la conservation des rapports directs entre les surfaces articulaires; insuffisance de l'épanchement à provoquer la luxation ;

Intervention d'une influence tout accidentelle sur la position affectée par le membre, et persistance insidieuse de cette intervention :

Telles sont les déductions principales auxquelles m'a paru se prêter l'exemple de coxalgie que je viens d'exposer devant vous.

III

REVUE CLINIQUE.

Pathologie interne.

Sur un cas de sclérème chez un enfant de treize mois. — Lu à la Société médicale des hôpitaux, par M. le docteur Isambert, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique honoraire de la Faculté à l'Hôtel-Dieu.

Messieurs,

Le mémoire intéressant que M. le docteur Hervieux vous a lu dans une des dernières séances de la Société, sur l'*apoplexie pulmonaire* chez les nouveau-nés, le rapport direct qu'il a établi entre cette lésion et l'algidité progressive avec ou sans sclérème, m'ont rappelé un cas de sclérème que j'ai été à même d'observer il y a un an chez un enfant de treize mois. Ce petit malade a été vu par moi en ville, dans des circonstances qui ne m'ont pas permis d'en prendre l'observation détaillée, non plus que d'en faire l'autopsie ; cependant, quelque incomplet que doive être l'exposé que je puis vous en faire, j'ose espérer que ce cas pourra présenter encore quelque intérêt, vu le petit nombre de faits que nous possédons sur le développement de cette maladie à cette période de la vie, vu aussi la divergence assez grande qui règne dans l'interprétation des faits signalés jusqu'à présent.

Le 12 juillet 1862, je fus, en remplacement de mon maître affectionné, le docteur Blache, appelé par les docteurs Barringer et Launay, à voir un enfant dont l'état leur inspirait une assez grande perplexité.

Cet enfant, âgé de treize à quatorze mois, né d'un père Anglais, résidant à Naples, et d'une mère Napolitaine, étant depuis quelque temps en proie aux souffrances et aux petits accidents d'une dentition laborieuse, avait été, douze jours auparavant, emmené par ses parents de sa ville natale et embarqué sur un des paquebots qui font le service de la côte d'Italie. En mer, il avait été pris d'accidents assez sérieux, surtout d'une diarrhée incoercible, de sorte que ses parents se virent obligés de débarquer à Gênes et de s'arrêter une huitaine de jours à Turin. Des soins médicaux furent donnés à l'enfant, la diarrhée fut arrêtée, et son état paraissait suffisamment amélioré ; la famille franchit le mont Cenis pour se rendre à Paris. En route il y eut rechute, et l'enfant arriva dans un état fort grave. Frappé d'abord de l'embarras de la fonction respiratoire, le docteur Launay lui fit donner une potion vomitive, mais l'état général s'aggrava, et c'est dans cette situation que je fus appelé à le voir.

Au premier abord, l'enfant paraissait atteint d'anasarque, et l'on pouvait croire qu'il s'agissait des suites d'une scarlatine. Cependant rien dans les antécédents ne justifiait ce soupçon ; l'enfant n'avait pas été perdu de vue un instant par sa mère et sa nourrice ; il n'avait pas eu la moindre éruption cutanée ; il n'avait jamais été brûlant, la peau ne présentait aucune apparence de desquamation, la muqueuse de la bouche et du pharynx n'était couverte d'aucun enduit, ne présentait aucune rougeur anomale, la langue n'était pas dépouillée, il n'y avait jamais eu d'accidents convulsifs. En revanche, il y avait des signes de bronchite, la voix était éteinte, la peau était pâle, refroidie, le pouls insensible et filiforme, les lèvres cyanosées, la langue froide, et enfin l'infiltration presque générale du tissu cellulaire n'avait rien de semblable à l'anasarque. Nulle part, quelque pression qu'on exerçât, la peau ne gardait l'empreinte des doigts ; au contraire, le tégument externe, fortement distendu, opposait une résistance énergique, il était impossible de le rider, de le pincer, de le séparer de la couche musculaire sous-jacente ; c'était un type parfait de l'œdème dur, du sclérème, ou plus spécialement de la forme décrite par Billard et Valleix sous le nom d'endurcissement adipeux, car la peau n'était nulle part rougie ou brunie. L'induration avait son maximum aux extrémités inférieures, aux pieds, aux mollets, d'où elle remontait à la face postérieure des cuisses, aux fesses et à la région lombaire ; les mains, les bras, étaient aussi indurés, bien qu'à un moindre degré, ainsi que les pommettes, les ailes du nez, le menton et les lèvres. Les urines, qui furent examinées, ne présentèrent aucune trace d'albumine.

En l'absence de toute autre maladie déterminée, de toute fièvre éruptive antérieure, de toute lésion cardiaque, en l'absence d'albuminurie, je me prononçai pour l'existence d'un sclérème, analogue à celui des nouveau-nés, et bien que j'eusse assez de peine à rallier mes deux confrères à mon opinion, je pratiquai devant eux le massage méthodique, tel que je l'avais vu appliquer par mon maître Legroux, de regrettable mémoire, et, après avoir malaxé énergiquement pendant près d'une demi-heure les extrémités et les membres de l'enfant, je pus ramener quelques cris, quelques mouvements, et le tissu cellulaire sous-cutané commença à se laisser déprimer et à garder l'empreinte des doigts. Je conseillai de suspendre l'usage des vomitifs, devenus inutiles et contre-indiqués par l'état de mort apparente ; je fis envelopper l'enfant de ouate, je conseillai de le nourrir autant que possible en faisant couler entre ses lèvres un peu de lait du sein de la nourrice, et, plus tard, quelques gouttes de vin chaud, enfin, surtout, je recommandai de continuer le massage plusieurs fois par jour, et le docteur Barringen, ami de la famille, voulut bien se charger de suivre l'enfant de près et d'appliquer lui-même ces différents moyens.

Ce traitement fut continué deux jours avec assiduité, et le succès qu'il obtint dépassa nos espérances : la circulation se rétablit, la cyanose des lèvres disparut, la chaleur revint aux extrémités, le tissu cellulaire se laissant de plus en plus déprimer revenait à l'état normal ; l'enfant avait retrouvé les mouvements, le cri, il commençait à reprendre le sein. L'auscultation de la poitrine faisait entendre des râles humides disséminés, avec un peu de respiration rude, que nous attribuâmes à une congestion pulmonaire avec bronchite généralisée, et que nous combattîmes par une potion kermétisée. Le quatrième jour, l'état nous sembla si favorable, le sclérème tellement dissipé, que nous regardâmes l'enfant comme sauvé. On crut pouvoir suspendre le massage et le kermès. Mais comme l'enfant se plaignait encore des dents et que nous craignions quelque complication du côté du système nerveux, nous fûmes d'accord de donner des antispasmodiques, et nous nous ajournâmes au surlendemain. Le jour fixé, au moment où j'allais me rendre près du petit malade, une lettre du docteur Barringer m'apprit qu'il venait de succomber. Son état avait été excellent le jour précédent, puis le sixième jour il avait été repris de phénomènes asphyxiques, de cyanose, de refroidissement, et il s'était éteint rapidement.

Nous ne pûmes faire l'autopsie, le père se hâta de faire ensevelir l'enfant, et d'emmener la mère désolée au but de son voyage.

Quel enseignement peut-on tirer de ce fait, et comment expliquer la rechute et la mort après le succès si frappant que nous avait donné d'abord le massage ?

C'est sans doute qu'il existait une des lésions pulmonaires dont M. Hervieux vous a entretenus, lésion qui aurait peut-être pu se résoudre si l'on avait continué avec persévérance le massage qui avait si bien rétabli la fonction respiratoire, la circulation générale et la calorification.

Quant à l'étiologie de cette affection, elle me semble ici évidente. L'enfant était débilité par le travail de la dentition, par cette diarrhée que la traversée maritime avait singulièrement aggravée. Dans cet état de convalescence imparfaite, on

lui avait fait franchir le mont Cenis, c'est-à-dire qu'il était resté plusieurs heures dans la région des neiges, dans une diligence mal close, et de plus avec des vêtements insuffisants, suivant les habitudes de négligence si communes chez les femmes des pays méridionaux, négligence que je fus à même de constater moi-même pendant la durée du traitement. Évidemment ce petit être, si mal prédisposé, devait avoir été saisi par ce froid vif et pénétrant des Hautes-Alpes, contre lequel les adultes les plus vigoureux ont déjà de la peine à réagir. Ainsi nous trouvons chez cet enfant les causes que la majorité des auteurs ont attribuées ausclérème des nouveau-nés : débilitation préalable, action prolongée du froid. L'enfant n'était plus un nouveau-né, il est vrai, mais les causes prédisposante et déterminante avaient ici une telle intensité qu'elles avaient vaincu l'influence favorable de l'âge.

Si maintenant nous cherchons à spécifier à quelle variété de sclérème nous avons eu affaire, il nous semble tout d'abord que le cas que nous venons de rapporter ne peut en rien être assimilé aux observations de *sclérème simple* étudié chez les adultes et les enfants de la deuxième enfance par Thirial, Forget, MM. Gintrac, Pélissier, et, dans ces dernières années, par Gillette (*Actes de la Soc. méd. des hôp.*, t. II, p. 279), et par M. Roger (*Ibid.*, t. IV, p. 524). Suivant le résumé fait par ce dernier, des quatre cas observés jusqu'alors chez des enfants de la seconde enfance, il s'agit d'une affection à marche lente, de longue durée, consécutive à une autre maladie, telle qu'un rhumatisme, une lésion du cœur, et susceptible de guérison. De plus, le sclérème, dans ces circonstances, était surtout prononcé aux parties supérieures du corps.

Dans notre observation, le sclérème a prédominé aux extrémités inférieures, aucune maladie antérieure, aucune lésion organique ne paraît avoir préparé son invasion, enfin la maladie a marché comme une affection aiguë; elle s'est terminée par la mort en quelques jours. Cette évolution rapide, le résultat si remarquable du massage, la facilité de la rechute et la physionomie générale des symptômes nous paraissent identifier entièrement ce cas avec le sclérème des nouveau-nés. Comme chez ces derniers, l'endurcissement du tissu cellulaire s'accompagne d'un abaissement notable de la température générale, de la dépression du pouls, de la cyanose des muqueuses, du ralentissement de la respiration, avec l'extinction de la voix et les signes stéthoscopiques d'une congestion pulmonaire; enfin, d'un état général de torpeur, presque cadavérique. Un seul signe particulier mérite d'être noté : c'est la persistance de la coloration blanche de la peau sur les parties les plus indurées. Mais on sait que la variété blanche du sclérème a été décrite même chez les nouveau-nés, car je crois que c'est ainsi qu'on doit entendre l'*endurcissement adipeux* de Billard et de Valleix. Legroux n'en fait qu'une variété de la même maladie, ou plutôt c'en est, selon lui, le degré le plus élevé; il explique sa production par diverses circonstances étiologiques; la débilité des enfants, les déperditions préalables des liquides, enfin l'action plus subite et plus profonde du froid sur le réseau artériel. Dans le cas qui nous occupe, on retrouve la plupart de ces circonstances, et d'ailleurs la différence d'âge ne suffit-elle pas à rendre compte de la décoloration des tissus? Chez le nouveau-né, la peau présente physiologiquement une coloration plus ou moins foncée, que l'envahissement du sclérème vient exagérer. Chez un enfant plus âgé, la peau est blanche, et l'on conçoit que le sclérème ne la rende pas encore livide, alors que déjà les muqueuses passent de la teinte rose normale à la teinte cyanique.

Je suis donc porté à assimiler entièrement la maladie qui a fait succomber mon jeune sujet au sclérème, ou à l'œdème algide des nouveau-nés. Lorsque Legroux communiqua à la Société médicale des hôpitaux les premières observations de traitement du sclérème par le massage (24 janvier 1855, *Actes de la Soc. méd. des hôp.*, t. II, p. 362, et *Bull. de thérap.*), M. Barthez fit observer que cette maladie s'observait aussi chez des enfants *plus âgés, mais faibles*; que, pour son compte, il en avait vu sept ou huit à l'hôpital et trois ou quatre en ville, chez lesquels il était survenu de l'œdème sous l'influence du froid, et dans l'un de ces cas, il signale l'existence antérieure de la diarrhée, comme cause prédisposante. M. Bouchut, dans la même discussion, cite aussi le cas d'un enfant de dix-huit mois qui fut atteint de sclérème avec algidité. Ce médecin insistait aussi sur la condition prédisposante d'une débilitation préalable. Cette mention verbale de ces deux éminents observateurs est, je crois, la seule qui existe dans la science, de sclérème algide, chez des enfants ayant dépassé la première année. Il n'est pas à ma connaissance qu'ils en aient publié ailleurs la relation détaillée : l'ouvrage de MM. Barthez et Rilliet ne fait mention que des deux cas de M. Pélissier, qui rentrent dans la catégorie du sclérème simple. C'est le petit nombre de ces observations qui m'a encouragé à vous présenter l'histoire du fait dont j'avais été témoin.

C'est aussi Legroux qui, je crois, a comparé (voy. *Bull. de thérap.*, 1855) le premier l'œdème algide des nouveau-nés avec ces cas d'anasarque aiguë, sans albuminurie, observés chez des adultes sous l'influence du froid. J'ai recherché, un peu rapidement il est vrai, les faits signalés par les médecins de l'armée, de la marine, ou par les médecins voyageurs, faits dans lesquels la mort a été amenée par la congélation, comme dans la retraite de Russie, dans les voyages aux régions polaires et sur les hautes montagnes; j'y ai retrouvé un grand nombre des traits distinctifs de l'algidité des nouveau-nés, la cyanose, la torpeur, le sommeil, l'impossibilité de crier, de lutter contre l'envahissement du froid, les congestions viscérales trouvées à l'autopsie; je n'y ai pas vu mentionner formellement l'endurcissement du tissu cellulaire, mais il me semble difficile de croire que ce phénomène ne marche pas avec les autres.

Un dernier mot au sujet du traitement. L'observation que j'ai rapportée montre une fois de plus l'efficacité vraiment surprenante du massage qui, lui tout seul, suffit à rappeler à la vie un être qui ne présente plus déjà que l'aspect d'un cadavre. J'ai regretté, je l'avoue, de voir dans la dernière discussion de la Société, laisser pour ainsi dire sur le second plan ce moyen héroïque. J'étais interne de Legroux au moment où il a commencé ses expériences si décisives, et si je puis ajouter mon faible témoignage à l'autorité de ce maître si regretté, je dois dire que le nombre considérable des succès obtenus par le massage, laisse bien loin en arrière celui que donnaient alors les moyens connus, tels que les bains simples ou excitants, l'enveloppement, etc. Quant à l'alimentation, cet éminent thérapeuticien en avait bien reconnu l'importance, il en faisait une condition expresse du traitement; mais encore faut-il avant d'alimenter, que l'enfant soit susceptible de recevoir les aliments, de les assimiler, et M. Bouchut, autrefois (*Actes de la Soc. méd.* t. II, p. 364), comme M. Guérard dernièrement, avait signalé la difficulté qu'on rencontre à cet égard, même en employant la sonde œsophagienne. Pour prendre les aliments, et surtout pour les digérer, il faut une certaine énergie dans les fonctions de la circulation et de la respiration, c'est justement celles que le massage rétablit en premier lieu et de la manière la plus efficace.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. — *Études sur les vins.* Première partie : *De l'influence de l'oxygène de l'air dans la vinification*, par M. L. Pasteur. — Il résulte des expériences exposées dans ce travail que c'est l'oxydation qui fait vieillir le vin et qui lui enlève ses principes acerbes, et provoque en grande partie les dépôts des tonneaux et des bouteilles. L'oxygène vieillit le vin

nouveau, l'adoucit, lui enlève de sa verdeur, et concurremment il s'y forme des dépôts abondants. D'autres essais, qui n'ont encore, il est vrai, que trop peu de durée, tendent à établir que le vin nouveau conservé dans des vases hermétiquement clos ne se fait pas et dépose très-peu; cependant, l'action de l'oxygène, pour être efficace, doit être lente et ménagée. Si on l'exagère, on tombe dans les phénomènes signalés par M. Berthelot, qui a bien vu le côté nuisible de cette action de l'oxygène.

La comparaison de ce qui arrive à un même vin conservé en grands ou en petits tonneaux offre une preuve convaincante, quoique indirecte, des observations précédentes. Plus on exagère les dimensions des futailles, plus le vin met de temps à vieillir.

Nul doute également que la mise en bouteilles a principalement pour effet de diminuer, dans une grande mesure, l'aération du vin et d'allonger beaucoup, par là même, la durée de sa confection, ce qui, dans le langage ordinaire, s'appelle conservation du vin.

Thérapeutique. — M. *Delacroix* adresse de Perpignan un mémoire concernant l'*appareil de plongeur* dont il avait précédemment entretenu l'Académie à l'occasion de la présentation faite par M. *Galibert* d'un appareil destiné à de semblables usages. Il y joint un extrait des Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris, concernant cette invention, qui est appliquée depuis six ans à l'hôpital militaire thermal d'Amélie-les-Bains pour les bains à immersion complète, bains reconnus nécessaires pour certaines affections de la face et du cuir chevelu sur lesquelles jusque-là on n'avait pu agir qu'indirectement. Un appareil complet et une embouchure détachée qui permet de mieux voir le jeu des soupapes font partie de cet envoi. (*Renvoi à la commission des arts insalubres.*)

— M. *le Président* présente, au nom de l'auteur, M. le docteur *Berroni*, un opuscule italien sur la classification et le traitement des diverses folies, et sur le mouvement des malades dans l'asile des aliénés de Turin pendant l'année 1862.

Chimie appliquée. — *Action de l'oxygène sur le vin*, par M. *E. J. Maumené*. — « Récemment l'Académie a été entretenue par M. Berthelot d'une expérience dans laquelle du vin rouge agité avec l'oxygène *sur le mercure* perd son bouquet et la plupart de ses propriétés. J'ai fait agir de l'oxygène très-pur sur trois espèces de vin rouge, en ayant soin d'éviter la présence du mercure. Le vin s'est comporté comme le vin de Champagne que j'avais employé autrefois. Aucune altération ne s'est produite, le vin a pris un goût plus *vif* et a fait naître cette chaleur d'estomac dont j'ai parlé dans ma première note. Le mercure est la cause de l'altération du vin : il la produit lentement quand il est pur, immédiatement lorsqu'il renferme de l'étain, du zinc ou du plomb. »

Chimie appliquée. — *Sur les générations dites spontanées*, par M. *Béchamp*. — L'auteur rappelle les expériences qu'il a faites en 1855 et 1857, et les conclusions qu'il en a déduites et formulées en ces termes : « 1° Les moisissures se sont développées toutes les fois que l'air est intervenu ou a agi sur une dissolution sucrée pure ou additionnée de sels divers et de substances non mortelles pour les germes, et le sucre s'est transformé parallèlement; 2° toutes les fois que l'air avait été purgé de poussières, les moisissures ne se sont pas développées, et le sucre ne s'est pas transformé; 3° toutes les fois que l'air a eu un libre accès, mais que la dissolution sucrée était additionnée d'une substance mortelle pour les germes, ou qui rendait le terrain impropre à leur développement en moisissures, celles-ci ne se sont pas développées, et le sucre ne s'est pas transformé...

» ...Au point où la question en est arrivée, il ne s'agit plus, ajoute M. Béchamp, de savoir si les germes des microphytes et des microzoaires viennent de l'air, sont transportés par l'air, la question me paraît jugée, mais comment il se fait que le terrain a une si grande influence sur la naissance de tel ou tel être.

» Jamais, dans l'eau sucrée pure ou additionnée de sels minéraux qui ne s'opposent pas à la germination des germes, je n'ai vu apparaître que des végétaux microscopiques, celluleux, suffisamment caractérisés et souvent porteurs de sporanges d'où il m'a été donné de voir s'échapper des spores, mais généralement d'espèces qui m'ont paru différentes selon la nature variable du milieu.

» Dès qu'une matière albuminoïde dans un état convenable est introduite dans l'eau sucrée et que l'on ne s'oppose pas à la germination des germes, la scène change : tantôt c'est la levûre de bière qui se développe et qui transforme le sucre en glycose, tantôt c'est le ferment globuleux que M. Peligot a découvert dans la fermentation visqueuse et qui intervertit aussi partiellement le sucre en glycose. Si, après que la levûre de bière est apparue et a transformé le sucre de canne en glycose, la fermentation alcoolique s'établit et s'accomplit, une nouvelle intervention de l'air fait apparaître de nouvelles générations d'êtres qui se succèdent et s'entre-dévorent, jusqu'à ce que toute la matière organique soit transformée en matière organisée, et finalement en matière minérale. »

Hygiène. — *Sur la cause météorologique de la maladie des végétaux et des vers à soie*, par M. *E. Guérin-Méneville*. — « J'ai toujours soutenu et publié que la maladie générale des végétaux et de certains animaux, les vers à soie par exemple, avait pour cause principale, unique peut-être, un phénomène météorologique ayant pour effet d'avoir modifié ou plus ou moins supprimé le sommeil hivernal des végétaux. La douceur extraordinaire de nos hivers excitant les végétaux à contre-époque, a produit sur eux ce qu'une mauvaise conservation des œufs de vers à soie amène, c'est-à-dire un commencement d'incubation quand ils devraient rester inactifs et engourdis comme les marmottes sous la neige. En magnanerie, on dit des œufs qui ont éprouvé ce commencement d'incubation en hiver, qu'ils sont *émus*, et l'on sait que les vers à soie qui en proviendront seront attaqués par des maladies plus ou moins intenses qui feront manquer l'éducation en tout ou en partie. Il en est de même des végétaux, depuis que les températures propres aux saisons sont déplacées, et l'on pourrait dire également qu'ils sont *émus* en pleine saison d'hiver, ce qui amène aussi pour eux des maladies. »

Académie de médecine.

Séance du 15 décembre 1863. — Présidence de M. Larrey.

ORDRE DES LECTURES. — 1° Rapport général sur les prix décernés en 1863, par M. Fréd. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel. — 2° Prix proposés pour 1864 et 1865. — 3° Éloge de M. de Blainville, par M. Jules Béclard, secrétaire annuel.

PRIX DE 1863. — Prix de l'Académie. — La question proposée par l'Académie était celle-ci : « Des maladies charbonneuses chez l'homme et chez les animaux. » Ce prix était de la valeur de 1000 francs.

Six mémoires ont été envoyés au concours.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur L. A. Raimbert, médecin des hospices de Châteaudun (Eure-et-Loir), auteur du mémoire n° 3, portant pour épigraphe : *Carbunculus nulla vi naturæ edomari potest et in jus converti.*

Prix fondé par M. le baron Portal. — La question proposée par l'Académie était la suivante : « Des altérations pathologiques du placenta et de leur influence sur le développement du fœtus. » Ce prix était de la valeur de 1000 francs.

Un seul mémoire a été envoyé à ce concours.

L'Académie ne juge pas qu'il y ait lieu de lui décerner le prix; mais elle accorde une mention honorable à son auteur, M. J. Broers, docteur en médecine à Utrecht (Hollande). Ce mémoire porte pour épigraphe : *In magnis voluisse sat est.*

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé pour sujet de prix : « De la dyspepsie. » Ce prix était de la valeur de 1000 francs.

Dix-huit mémoires ont été soumis à l'examen de la commission.

L'Académie décerne le prix à M. GUIPON, docteur en médecine à Laon (Aisne), auteur du mémoire n° 4, portant pour épigraphe : *Sic valent oculi, sic et homo*.

Elle accorde des mentions honorables à : 1° M. le docteur ÉMILE MARCHAND, de Sainte-Foy (Gironde); auteur du mémoire n° 2, ayant pour épigraphe : *Physica physicè demonstranda*. — 2° M. ACHILLE CHABRIER, chirurgien, chef interne à l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône), auteur du mémoire n° 13. — 3° M. JULES DAUDÉ, docteur en médecine à Marvéjols (Lozère), auteur du mémoire n° 16.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament). Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.

Trois ouvrages ou mémoires ont été envoyés pour le concours.

Aucun de ces travaux n'a été jugé digne de récompense.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — L'Académie avait proposé la question suivante : « Comparer les avantages et les inconvénients de la version pelvienne, et de l'application du forceps dans le cas de rétrécissement du bassin. » Ce prix était de la valeur de 1000 francs.

Quinze mémoires ont été envoyés à ce concours.

L'Académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde, à titre de récompense : 1° Une somme de 600 francs à M. le docteur JOULIN (de Paris), auteur du mémoire n° 3, ayant pour épigraphe : *Dans les sciences, l'examen doit remplacer la foi*. — 2° Une somme de 400 francs à M. ROGER (Louis-Marie-Nicolas), auteur du mémoire n° 5, portant pour épigraphe : *Montez sur les épaules de votre guide et votre vue pourra s'étendre plus au loin*. L'Académie accorde en outre une mention honorable à M. HENRICK SCHWARZSCHILD, docteur en médecine à Francfort-sur-Mein, auteur du mémoire n° 15.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR LEFÈVRE. — L'Académie avait proposé : « De la mélancolie. » Ce prix était de la valeur de 2000 francs.

Six mémoires ont été admis à concourir.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur COLIN, professeur agrégé au Val-de-Grâce, auteur du mémoire n° 4, ayant pour épigraphe : *Aristoteles ait omnes ingeniosos melancholicos esse*. »

Elle accorde des mentions honorables : 1° à M. le docteur A. MOTET (de Paris), auteur du mémoire n° 5. — 2° A M. le docteur Auguste VOISIN, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, auteur du mémoire n° 6.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR AMUSSAT. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation qui auraient réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. La valeur de ce prix était de 1000 francs.

Un seul mémoire a été envoyé pour concourir. Ce travail ne répondant à aucune des intentions du fondateur, l'Académie ne décerne pas le prix.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL. — Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, pendant la période de 1857 à 1862, ou, subsidiairement, à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six années au traitement des autres maladies des voies urinaires. Ce prix était de la valeur de 12 000 francs.

Vingt mémoires ont été soumis à l'examen de l'Académie.

Aucun des perfectionnements indiqués n'a été jugé digne du prix ; mais l'Académie a accordé les sommes suivantes, à titre de récompenses : 1° 6000 francs à M. BOURGUET, docteur en médecine à Aix (Bouches-du-Rhône). — 2° 1500 francs à M. DOLBEAU, agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — 3° 1500 francs à M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris. — 4° 1500 francs à M. MATHIEU, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris. — 5° 1500 francs à M. THOMPSON, docteur en chirurgie à Londres.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS-VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1862. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder :

1° Un prix de 1500 francs partagé entre : M. le docteur REBORY (de Digne) (Basses-Alpes), qui déjà, l'année dernière, a obtenu une médaille d'or, et que M. le préfet signale de nouveau à l'attention de l'Académie, comme se tenant toujours à la hauteur de sa mission et contribuant sans cesse par son zèle à la propagation de la vaccine. — M. HOURSOLLE, officier de santé à Bayonne (Basses-Pyrénées), pour le grand nombre de vaccinations qu'il pratique, chaque année, dans la circonscription dont il est chargé comme commissaire vaccinateur (celles de l'année 1862 s'élèvent à mille trois cent cinquante) ; et pour son travail contenant la relation de vingt-sept cas de variole. M. Hoursolle a déjà été honoré de plusieurs médailles d'argent et d'une médaille d'or. — M. SAYN, docteur en médecine à Saint-Vallier (Drôme), sur lequel M. le préfet appelle l'attention particulière de M. le ministre. Ce médecin est, depuis vingt ans, vaccinateur de son canton. Six médailles d'argent lui ont déjà été décernées. Son zèle et son dévouement ne se ralentissent pas, et l'administration l'a toujours trouvé au premier rang, quand il s'est agi de secourir les malheureux dans le cours des épidémies qui ont sévi dans le département.

2° Des médailles d'or : A M CAYREL, docteur en médecine à Toulouse (Haute-Garonne), pour la part active qu'il continue à prendre à la propagation de la vaccine dans son département, et pour les expériences qu'il a faites avec le cowpox recueilli, en mai 1860, à l'École vétérinaire de Toulouse. — A M. PAUQUINOT, docteur en médecine à Tulle (Corrèze), que, pour la troisième fois, M. le préfet signale à votre attention. Ce médecin est, depuis plus de vingt-cinq ans, conservateur du vaccin. C'est lui qui a constamment secondé l'administration dans l'organisation du service des vaccinations, et qui, par son exemple, a soutenu et encouragé le zèle de ses confrères. — A M. LABESQUE (François-Eugène), à Agen (Lot-et-Garonne), sur lequel M. le préfet a déjà appelé votre bienveillance. M. Labesque déploie depuis longtemps une grande activité pour la propagation de la vaccine. Le nombre des vaccinations pratiquées par lui, en 1862, s'élève à mille vingt-quatre. — A M. CATELAN, médecin cantonal à Saint-Bonnet (Hautes-Alpes), pour son mémoire sur la variole, la vaccine et les revaccinations. De son côté, M. le préfet appelle la bienveillance de l'administration sur lui. Il le signale comme s'occupant depuis longtemps, avec un zèle et un dévouement remarquables, de la préservation de la variole. En sept années, il a pratiqué lui-même sept mille trois cent cinquante-quatre vaccinations. Il a déjà obtenu plusieurs médailles d'argent.

Cent médailles d'argent sont, en outre, décernées aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns, pour le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder pour le service des épidémies en 1862 :

1° Des médailles d'argent à : M. le docteur MAZE, médecin-major de 1re classe à Nemours, province d'Oran (Algérie), pour sa topographie de la ville et du cercle de Nemours, relation d'une épidémie qui a régné sur une partie très-restreinte de la garnison de cette ville. — M. le docteur PROSPER MILLIOR, de Saint-Étienne (Loire), pour son rapport sur les épidémies observées, en 1862, dans l'arrondissement de Saint-Étienne, épidémie de rougeole dans la ville de Saint-Étienne. — M. le docteur PONS, de Nérac-la-Garonne, pour son rapport sur une épidémie de scarlatine qui a régné à Nérac. — M. le docteur NIVET, de Clermont (Puy-de-Dôme), pour son rapport sur une épidémie d'angine couenneuse, de croup et de rougeole qui a régné à Ceyrat, en 1862. — M. le docteur GOUGET, médecin-major de 1re classe à Colmar (Haut-Rhin), pour son rapport sur une épidémie de goître aiguë qui a sévi sur la garnison de Colmar. — M. le docteur LACAZE, de Montauban (Tarn-et-Garonne), pour son rapport sur les maladies épidémiques qui ont eu cours dans l'arrondissement de Montauban. — M. le docteur MILLET, d'Orange (Vaucluse), pour son rapport sur les épidémies (et notamment la suette miliaire) qui ont régné dans l'arrondissement d'Orange. — M. le docteur BALLEY, médecin aide-major de 1re classe à l'armée d'occupation de Rome, pour ses études sur les maladies dans leurs rapports avec les divers agents météorologiques ou endémo-épidémie et météorologies, pathogénie, etc.

2° Des médailles de bronze à : M. le docteur BARDEAU, de Rochefort (Charente-Inférieure), pour ses trois rapports sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Rochefort. — M. le docteur BENOIST, de Guingamp (Côtes-du-Nord), pour son rapport sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Guingamp. — M. le docteur AMIOT, de Baume-les-Dames (Doubs), pour ses trois rapports sur les épidémies qui ont régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Baume-les-Dames. — M. le docteur MARTIN DUCLAUX, de Villefranche (Haute-Garonne), pour son rapport sur les épidémies observées dans l'arrondissement de Villefranche. — M. le docteur MOURET, de Monistrol (Haute-Loire), pour son rapport sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement d'Issengeaux. — M. le docteur MIALET, de Gramat (Lot), pour son rapport sur l'épidémie de suette miliaire qui a régné sur plusieurs communes de l'arrondissement de Gourdon. — M. le docteur BANCEL, de Toul (Meurthe), pour son rapport sur une épidémie de scar-

latine et de rougeole dans laquelle les symptômes prodromiques n'ont pas toujours été suivis de l'apparition de l'exanthème. Le mal de gorge précurseur s'est transformé en une angine pultacée. — M. le docteur Dufrilot, de Brinon (Nièvre), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Brinon, arrondissement de Clamecy. — M. le docteur Monot, de Moux (Nièvre), pour son rapport sur deux épidémies de fièvres rémittentes et une épidémie de fièvre typhoïde qui ont régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Château-Chinon, suivi d'un coup d'œil sur la constitution médicale de ces mêmes communes, observées en 1862. — M. le docteur Carret, de Chambéry (Savoie), pour son rapport sur les épidémies du canton de Chambéry, notamment sur le typhus observé à Jacob-Bellecombe, et pour un autre rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, et qui n'était due qu'à un empoisonnement par l'essence de térébenthine employée dans la peinture d'un pensionnat de jeunes filles, situé près de Chambéry. L'épidémie, bien entendu, ne s'étendit pas au delà des limites de la maison. — M. le docteur Vicherat, de Fontainebleau (Seine-et-Marne), pour son mémoire sur des épidémies de fièvres intermittentes et sur l'emploi de la chausse-trappe, de l'olivier sauvage et du quinquina dans le traitement de ces fièvres. — M. le docteur Suquet, médecin sanitaire à Beyrouth (Syrie), pour son rapport sur une fièvre pernicieuse dont les accès nocturnes pouvaient être méconnus au grand danger des malades.

3° Rappels de médailles à : M. le docteur Cuipon, de Laon (Aisne), pour son rapport général sur les épidémies observées en 1862, dans l'arrondissement de Laon. — M. le docteur Demonchaux, pour sa topographie et ses cartes de l'arrondissement de Saint-Quentin (Aisne), et pour deux autres rapports sur des épidémies observées dans l'arrondissement. — M. le docteur Mignot, de Gannat (Allier), pour son rapport sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Gannat, et pour son mémoire sur le choléra *nostras* dont il a observé soixante-quinze cas dans le cours de dix années de pratique. — M. le docteur Tuefferd fils, de Monbéliard (Doubs), pour son rapport sur les épidémies de fièvre typhoïde, observées dans les communes de Saint-Maurice et de Dampierre. — M. le docteur Fouquet, de Vannes (Morbihan), pour son compte rendu au conseil central d'hygiène du Morbihan, sur les épidémies, les épizooties observées dans le Morbihan, et sur les travaux des conseils d'hygiène d'arrondissements. — M. le docteur Bocamy, de Perpignan (Pyrénées-Orientales), pour son rapport sur la constitution médicale de Perpignan en 1862. Deuxième rappel. — M. le docteur Lecadre, du Havre (Seine-Inférieure), pour son travail sur la constitution médicale en 1862, rapproché des circonstances météorologiques. Quatrième rappel. — M. le docteur Palanchon, de Louhans (Saône-et-Loire), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde (ou plutôt un véritable typhus), qui a régné à Cuisery, arrondissement de Louhans.

4° Des mentions honorables à : M. le docteur Meilheurat, de la Palisse (Allier), pour son rapport sur l'état sanitaire de l'arrondissement de la Palisse en 1862. — M. le docteur Rebory, de Digne (Basses-Alpes), pour son rapport sur le service médical gratuit des circonscriptions de Digne et de Mezel. L'auteur y a joint l'observation d'un calcul extrait du vagin avec la pièce à l'appui. — M. le docteur Lacaze, d'Embrun (Hautes-Alpes), pour son rapport sur l'état sanitaire du département des Hautes-Alpes et particulièrement sur l'épidémie grave de fièvre typhoïde de Réallon et de Freyssinières. — M. le docteur Pressat, de Nice (Alpes-Maritimes), pour un rapport sur une épidémie de suette miliaire, de fièvres intermittentes et de fièvre typhoïde observée à Bellet, commune de Nice, en 1862. — M. le docteur Nève, de Bar-le-Duc (Aube), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Bar-le-Duc en 1862. — M. le docteur Braye, de Tarascon (Bouches-du-Rhône), pour son rapport final sur l'état sanitaire de l'arrondissement d'Arles en 1862. — M. le docteur Chonnaux Dubisson, de Villers-Bocage (Calvados), pour son rapport sur la fièvre typhoïde qui a régné dans les environs de Villers-Bocage en 1862. Le même a envoyé un document dans lequel il déclare avoir traité, de 1858 à 1862, quinze cent vingt-huit cas d'angine couenneuse et de croup sur lesquels il compterait quatorze cent vingt-sept guérisons. — M. le docteur Cressant, de Guéret (Creuse), pour son rapport sur une épidémie de dysentérie observée à Lafat, arrondissement de Guéret. — M. le docteur Lapeyre, de Lodève (Hérault), pour son rapport sur une épidémie de variole qui a régné à Pégairolles et à Lodève en 1862. — M. le docteur Grosgurin, de Moirans (Jura), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde observée à Vouglans, commune de Lect, arrondissement de Saint-Claude. — M. le docteur Serres, de Dax (Landes), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui s'est déclarée à Misson. Un rapport final annonce la fin de l'épidémie due à la translation, pendant les chaleurs, d'un cimetière abandonné. — M. le docteur Picard, de Silles-sur-Cher (Loir-et-Cher), pour ses deux rapports sur l'épidémie de variole qui a régné dans les communes de Gièvres et de Nouhans-le-Fuselier, arrondissement de Romorantin. — M. le docteur Borie, de Gourdon (Lot), pour son rapport sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Saint-Germain. — M. le docteur Bricandat, de Lille (Nord), pour son rapport général au conseil central d'hygiène sur les maladies qui ont régné en 1862 dans le département du Nord. — M. le docteur Vannaque, de Compiègne (Oise), pour son rapport sur les maladies observées en 1862 dans l'arrondissement de Compagne. — M. le docteur Douriff, de Clermont (Puy-de-Dôme), pour son nouveau mémoire sur le goître aigu qui s'est reproduit parmi les militaires de la garnison de Clermont-Ferrand. — M. le docteur Pourcelot, d'Altkirch (Haut-Rhin), pour ses deux rapports sur la fièvre typhoïde qui a régné à Mulhouse en 1862. — M. le docteur Sallot, de Vesoul (Haute-Saône), pour son rapport sur une épidémie de variole qui a régné à Vesoul et dans les environs. — M. le docteur Mordret, du Mans (Sarthe), pour son rapport sur les travaux du conseil central de la Sarthe en 1862, et sur la constitution médicale observée dans le département. — M. le docteur Lebèle, du Mans (Sarthe), pour son rapport sur les épidémies de l'arrondissement du Mans en 1862. — M. le docteur Callies, d'Annecy (Haute-Loire), pour son rapport sur la fièvre typhoïde de Willez, canton de Thorens.

Médailles accordées a MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales en 1861 :

1° Médailles d'argent à : M. Payen, pour son rapport, aussi complet qu'intéressant, sur les eaux de Saint-Gervais (Haute-Savoie), dont il est le médecin-inspecteur, et pour ses précieuses notions sur la constitution médicale de cette contrée. — M. Tripier, médecin-inspecteur des eaux d'Evaux (Creuse), pour son très-bon rapport sur ces eaux et pour les excellentes observations météorologiques qui y sont consignées. M. E. Damourette, pour son mémoire très-important sur l'action thérapeutique des eaux de Sermaize (Marne), mémoire dans lequel se trouvent quatre-vingt-cinq observations détaillées. — M. E. Lambron, médecin-inspecteur des eaux de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne), pour son très-bon travail sur l'influence des eaux de Bagnères sur l'artropathie coxo-fémorale, comprenant vingt-cinq observations détaillées, et pour ses considérations aussi judicieuses qu'intéressantes sur les difficultés de la statistique pour les grandes stations thermales.

2° Médailles de bronze à : M. Lemonnier, médecin-inspecteur des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), pour ses observations très-détaillées et ses remarques pratiques sur la différence clinique des eaux des deux sources du Clot et de l'Esquirette. — M. le docteur Puig, médecin-inspecteur des eaux d'Olette (Pyrénées-Orientales), pour son important travail sur l'emploi des eaux thermales sulfureuses et désulfurées des Grauss-d'Olette, contre les maladies des voies urinaires, des voies respiratoires et du larynx. — M. Chabanne, pour son très-intéressant travail sur la source Dominique-de-Vals et sur l'application de l'eau concentrée de cette source au traitement des fièvres intermittentes rebelles au quinquina. — M. Amable Dubois, médecin des thermes de Vichy (Allier), pour les quatre cent quinze observations contenues dans son rapport, dont quelques-unes sont très-intéressantes. — M. Allard, médecin-inspecteur des eaux de Royat (Puy-de-Dôme), pour son remarquable travail sur le traitement de la phthisie par les eaux de l'Auvergne. — M. Vidal, médecin-inspecteur des eaux d'Aix-les-Bains (Savoie), pour son intéressante dissertation sur l'influence de ces eaux dans les affections rhumatismales. — M. Périer, médecin-inspecteur des eaux de Bourbon-l'Archambault (Allier), pour son rapport complet et distingué et pour son mémoire sur le traitement de l'hémiplégie cérébrale par les eaux qu'il inspecte.

3° Rappels de médailles à : M. Alquié, médecin-inspecteur des eaux de Vichy (Allier), pour ses bonnes observations suivies d'un excellent et très-judicieux résumé. — M. Willemin, médecin-inspecteur adjoint des eaux de Vichy, pour son travail très-important sur l'absorption, par le tégument externe, de l'eau et des substances solubles. — M. L'Héritier, médecin-inspecteur des eaux de Plombières (Vosges), pour son rapport contenant cent quatre observations détaillées et suivies d'un excellent résumé. — M. E. Génieys, médecin-inspecteur civil des eaux d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), qui, outre son rapport annuel très-bien fait, a publié, cette année, une très-intéressante notice sur ces thermes. — M. De Puisaye, médecin-inspecteur des eaux d'Enghien (Seine-et-Oise), pour ses très-bonnes observations précisant l'utilité des eaux de cette localité et pour les importants perfectionnements dont il a doté cet établissement. — M. Cazaiftne, médecin-inspecteur des eaux de Rennes-les-Bains (Aude), pour son rapport très-détaillé et une dissertation des plus importantes sur l'indication des eaux thermo-minérales dans le traitement des maladies chroniques. (Manuscrit de trois cent quatre-vingts pages.) — M. Crouzet, médecin-inspecteur des eaux de Balaruc (Hérault), pour les excellentes observations contenues dans son rapport sur le service médical de ces eaux. — M. Cabrol, médecin en chef de l'hôpital

militaire de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), dont les excellentes observations le placent, comme les années précédentes, au premier rang.

4° Des mentions honorables à : M. le docteur SUBERVIE, pour son bon travail contenant des observations détaillées et une analyse nouvelle des eaux de Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), dont il est le médecin-inspecteur. — M. le docteur VERDIER, médecin-inspecteur des eaux de Cauvallat (Gard), pour son mémoire détaillé sur ces eaux, mémoire renfermant des faits intéressants dignes d'être suivis. — M. le docteur BARON, médecin-inspecteur adjoint des eaux de la Motte-les-Bains (Isère), pour les faits intéressants que contient son rapport sur la situation géologique de ces sources, la description des matières organiques propres à leurs eaux, et ses utiles observations sur les effets irritants qu'elles produisent dans de certaines conditions. — M. CHAPELAIN, médecin-inspecteur des eaux de Luxeuil (Haute-Saône), pour son très-bon rapport, suivi d'une analyse nouvelle par M. Lecomte.

(*Les prix proposés pour 1864 au prochain numéro.*)

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE.

M. *Géry fils* donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. *Patissier*, membre honoraire de la Société :

Messieurs,

Après les paroles que vous venez d'entendre, et qui vous ont si bien rappelé ce que fut M. Patissier, il semble que d'autres discours sont superflus; et d'ailleurs, je ne m'attendais guère à la triste mission que j'ai à remplir. Mais la Société médicale du 3e arrondissement n'a pas voulu se séparer de son vénéré président sans lui dire un dernier adieu, ainsi que la Société de médecine du département, dont M. Patissier fut si longtemps le membre assidu et dont depuis douze ans il était le membre honoraire.

Nous avons tous été frappés de stupeur à la nouvelle de cette fin si rapide que rien ne pouvait faire prévoir ; et, quand nous voyions, il y a quelques jours à peine, M. Patissier présider notre séance, nous ne nous doutions guère qu'il nous faudrait lui rendre aujourd'hui ce dernier et funèbre hommage.

Malgré son grand âge et ses nombreuses occupations scientifiques, M. Patissier avait bien voulu, sur les instances de confrères auxquels il était cher, accepter la présidence de notre modeste Société d'arrondissement, parce qu'il savait le bien qui résulte pour la confraternité et la dignité médicale, de ces réunions mensuelles où l'on apprend à se connaître et à s'estimer, et où, à côté d'une discussion scientifique, on s'occupe si souvent des droits et des devoirs de notre profession. Notre regretté président nous apportait dans ces occurrences le tribut de sa longue expérience et l'ascendant de sa haute honorabilité.

Je ne vous rappellerai pas, messieurs, les titres scientifiques qui feront regretter et revivre M. Patissier; je n'avais l'intention de vous parler que du confrère de quartier, comme nous disons, que nous avons tous connu et aimé. Depuis longues années, M. Patissier appartenait à notre arrondissement, et il n'est personne qui ne connût depuis longtemps ce beau vieillard au fin sourire, aux longs cheveux blancs, et qui portait si allègrement sa verte vieillesse, saluée et honorée de tous.

A l'abri depuis longtemps, si je ne me trompe, des orages et des soucis de la pratique journalière, après avoir, toutefois, payé un large tribut à ses exigences, M. Patissier nous est à tous un exemple.

Il nous a montré que le médecin qui, pendant de longues années, a employé son temps et son intelligence à soulager ses semblables et à faire marcher la science, qui a vu blanchir ses cheveux au milieu des labeurs toujours renaissants de l'étude, source de tant de jouissances, et de l'exercice de la profession, si rempli de peines à côté de si peu de joies, et qui, à la fin d'une carrière déjà longue et toujours honorée, parce qu'elle fut toujours honorable, quitte ce monde entouré des respects et des regrets de tous, il nous a montré, dis-je, que le médecin qu'accompagnent ces témoignages d'estime et d'affection, alors que le silence pourrait se faire autour de son cercueil, emporte avec lui la plus belle couronne qu'on puisse déposer sur la pierre qui va le recouvrir : le respect, le regret et le souvenir affectueux et attendri de tous.

— M. *Collineau* lit un travail intitulé : COXALGIE TUBERCULEUSE A MARCHE RAPIDE; AUTOPSIE; CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. (Voy. aux *Travaux originaux*, p. 837.)

— La Société procède à l'élection des membres du bureau :
M. *Forget*, vice-président;
M. *Boys de Loury*, secrétaire général;
M. *Collineau*, secrétaire particulier.

La formation du bureau pour l'année 1864 se trouve ainsi composée :

M. *Richard*, président;
M. *Forget*, vice-président;
M. *Boys de Loury*, secrétaire général;
MM. *Géry fils* et *Collineau*, secrétaires particuliers;
M. *Jacquemin*, trésorier;
MM. *Debout* et *Devilliers*, membres du conseil d'administration.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 19 DÉCEMBRE.

M. *Duchenne* (de Boulogne), recherches cliniques sur l'état pathologique du grand sympathique dans l'ataxie locomotrice.

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 21 ET DU 28 OCTOBRE.

LIGATURES PRÉLIMINAIRES.

M. *Verneuil*, reprenant une à une les objections de M. Richet, a répondu d'abord au reproche d'avoir exagéré les dangers des hémorrhagies dans l'extirpation des tumeurs volumineuses de la tête et du cou, et de n'avoir pas cité des faits précis pour prouver ces dangers.

Si ces faits ne sont pas plus communs c'est qu'on ne les publie guère, c'est qu'une syncope retient parfois la vie prête à s'échapper, ou qu'on arrête le sang au risque de laisser l'opération inachevée. Cependant M. Verneuil a cité, d'après Weinhold, le cas du marquis de Londonderry qui, subissant une extirpation de la parotide, mourut d'hémorrhagie séance tenante. Il a rappelé le cas de Michaux (de Louvain), où l'on dut recourir à l'instant même à la transfusion; celui de Warren, relatif à une extirpation de la glande sous-maxillaire, et où l'opéré mourut dans les vingt-quatre heures, épuisé par l'hémorrhagie. Dans un autre fait d'extirpation d'une tumeur sous-maxillaire, rapporté dans le journal THE LANCET (1829-1830), l'opération ne put être achevée. Mais ce ne sont pas seulement les conséquences immédiates, ce sont les suites un peu plus tardives des pertes de sang qui sont à redouter. Relativement à ces dangers ultérieurs, M. Richet reste dans le doute et dit : que « personne n'est en mesure de déterminer rigoureusement » quelle influence les hémorrhagies peuvent avoir sur l'issue » finale. » Pour sa part, M. Verneuil a déjà vu trois cas dans lesquels l'hémorrhagie primitive, sans amener la mort immédiate, a été suivie d'accidents qui ont fait périr les opérés et qui ne peuvent être rapportés qu'à une anémie profonde. Un malade, déjà affaibli, le plus souvent, par des douleurs ou des insomnies, ne peut l'être encore impunément par une abondante perte de sang, et si, dans ces conditions, quelques opérés se relèvent, les hémorrhagies n'en sont pas moins une des causes des complications les plus meurtrières.

Pour prouver que la ligature de la carotide ne met pas à l'abri des hémorrhagies par les bouts artériels périphériques,

M. Richet a cité l'observation de Goodlad. A ce fait, M. Verneuil en a ajouté d'autres appartenant à Valentin Mott, à Ewing, à M. Sédillot. Il a même cité un cas dans lequel la ligature de la carotide primitive, faite par Lizars, eut si peu d'efficacité que l'ablation du maxillaire supérieur ne put être achevée. Il est donc malheureusement vrai que la ligature préliminaire est, dans certains cas, une précaution insuffisante, mais on ne saurait affirmer qu'elle soit inutile, puisqu'on peut toujours supposer que sans l'opération préliminaire l'hémorrhagie serait beaucoup plus formidable. N'est-il pas avéré que l'hémorrhagie immédiate qui se fait par récurrence est beaucoup moins rapide que l'hémorrhagie directe, que le sang coule le plus souvent en nappe, et que le jet, quand il se produit, est court et non saccadé? D'ailleurs, à côté des faits qui prouvent l'insuffisance de l'hémostase préliminaire, il y en a de nombreux où les opérateurs ont noté que, grâce à cette précaution, les malades avaient perdu très-peu de sang : ce qui avait singulièrement facilité la dissection.

M. *Richet* reconnaît à la ligature préalable le mérite de mettre à l'abri des *surprises hémorrhagiques*. Ce mérite n'est pas à dédaigner, puisque, abstraction faite de la frayeur qu'elles causent, ces *surprises* dépensent avec prodigalité le sang de l'opéré et ont plus d'une fois nécessité la ligature de la carotide primitive, pour laquelle M. Richet se sent si peu de goût.

L'heureuse influence que la ligature de la carotide peut exercer sur la marche de la cicatrisation des plaies, ne paraît nullement démontrée à M. Richet. Cependant, comment n'être pas frappé, a dit M. Verneuil, de la rapidité de la cicatrisation, de l'absence de toute complication locale expressément notées dans presque toutes les observations où la ligature préliminaire a été pratiquée? Lorsqu'on voit la ligature de la carotide guérir ou atténuer les tumeurs érectiles de la face ou du cuir chevelu, atrophier ou rendre stationnaires d'autres tumeurs dans le même siége, n'est-on pas fondé à croire que la circulation de la tête est très-notablement influencée par l'occlusion du vaisseau?

Les accidents opératoires sur lesquels M. Richet a insisté sont bien plus à craindre dans le cours de l'extirpation que dans une opération réglée, comme la ligature de l'artère carotide. Le plus sûr moyen de les éviter est de n'être pas gêné par le sang et de pouvoir, en procédant lentement, reconnaître les nerfs et les disséquer. C'est ce que la ligature préalable a permis de faire à plus d'un opérateur et à M. Verneuil en particulier.

Parmi les dangers de la ligature préliminaire, M. Richet a signalé comme un des plus graves, celui de l'hémorrhagie consécutive qui peut se faire à la surface de la plaie; mais M. Verneuil récuse les deux exemples choisis par son collègue. Il s'agit dans ces deux cas, non de ligatures préliminaires, mais de ligatures opposées tardivement à des hémorrhagies consécutives dans des plaies d'armes à feu datant de plusieurs jours et compliquées d'un état général grave.

Les moyens ordinaires d'hémostase sont-ils toujours suffisants, et rendent-ils, par conséquent, la ligature préalable inutile? M. Verneuil ne le croit nullement. Il a rappelé trois cas qui prouvent l'insuffisance de ces moyens. Dans le premier, M. Todd, enlevant une tumeur volumineuse de la région parotidienne, fait la compression immédiate de l'artère carotide divisée et ne peut arrêter le sang; dans le second, qui appartient à Warren, la disposition anatomique de la région rend la ligature directe impossible; dans le troisième, compression préalable, compression dans la plaie, ligatures directes, tout reste insuffisant, et Scott, comme Warren dans le cas précédent, est forcé d'en venir à la ligature de la carotide primitive. Dans d'autres faits, l'hémorrhagie est tellement forte qu'on fait immédiatement cette ligature, sans essayer les moyens ordinaires, ou bien on sert dans le cours de l'opération la ligature d'attente.

Si dans tous ces cas on avait pu prévoir les péripéties de l'opération, la ligature préalable n'aurait-elle pas mieux valu que la ligature intercurrente?

M. Verneuil, n'utilisant que les faits précis de ligatures préliminaires qu'il a pu trouver, en a réuni 25, auxquels il a ajouté 5 cas de *ligatures intercurrentes*. En tout, 31 cas. Sur ce nombre, il a compté 9 morts. Quatre fois l'opération hémostatique n'est entrée pour rien dans les causes de la mort. Sur les cinq revers qui restent, deux seulement ont paru à M. Verneuil devoir s'attribuer incontestablement à la ligature. Dans les trois autres cas, il y a eu association de causes fatales. Telle est la mesure des dangers de l'opération préliminaire, telle que la donne l'analyse attentive des observations.

La ligature préliminaire des carotides, conclut M. Verneuil, doit être conservée et appliquée dans les cas exceptionnellement graves.

Ce qui fait cette gravité exceptionnelle, c'est le volume énorme de la tumeur, c'est sa très-grande vascularité, ce sont ses adhérences dans une région anfractueuse parcourue par des organes importants, c'est enfin l'affaiblissement du sujet.

Dans les cas où l'on pourra craindre la blessure de la carotide interne, il faudra lier d'emblée la carotide primitive. Dans le cas contraire, on se contentera de lier la carotide externe toutes les fois que la disposition des parties le permettra.

La ligature de la carotide primitive, par elle-même, expose à des dangers sérieux, mais elle présente des avantages incontestables; elle rend possibles et même relativement faciles des opérations presque impraticables sans elle.

Dr P. CHATILLON.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Documents statistiques relatifs au traitement des fièvres continues, par le docteur Th. K. CHAMBERS, médecin de l'hôpital Sainte-Marie, à Londres.

Depuis le mois de juin 1851 jusqu'au 12 août 1863, 230 malades atteints de fièvres continues ont été traités dans le service de M. Chambers. Chez 109 d'entre eux on a employé ce qu'on peut appeler la méthode usuelle : préparations salines neutres trois ou quatre fois par jour; une ou deux doses légères par jour de mercure à la craie au début; plus tard, le quinquina, l'ammoniaque, l'éther, le vin suivant les symptômes; sangsues ou ventouses scarifiées au niveau des viscères enflammés dans les cas compliqués; l'alimentation quatre fois par jour aux heures traditionnelles.

Dans une seconde série, comprenant 121 malades, on a mis en vigueur un mode uniforme de traitement que l'auteur appelle *nutrition continue :* nourriture anormale liquide toutes les deux heures, jour et nuit, tant que les malades n'étaient pas endormis, et, entre chaque dose d'aliments, une dose d'acide chlorhydrique; lotions tièdes deux ou trois fois par jour quand la peau était chaude et sèche; sangsues ou ventouses dans les mêmes conditions que dans la série précédente.

Les faits compris dans ces deux séries réunissent la plupart des conditions requises pour une pareille statistique. Dans chacune, il s'agit d'une suite non interrompue d'observations; à part cinq exceptions tout à fait accidentelles, la première série comprend les malades traités antérieurement au mois de septembre 1857; dans la seconde sont réunis les faits qui se sont présentés depuis cette époque. Les deux séries embrassent une période de plusieurs années, et les cas sporadiques de toute espèce y sont tout aussi bien représentés que ceux d'origine épidémique. Tous les malades ont été soignés par le même médecin dans des salles identiques d'un hôpital général, où la maladie est généralement plus grave que dans les hôpitaux spéciaux, et ils provenaient presque tous du groupe des districts dont l'hôpital Sainte-Marie forme le centre. Les diagnos-

tics, enfin, ont été faits, et les observations ont été recueillies par des *registrars* indépendants des médecins traitants.

Il y aurait évidemment une source d'erreur importante, s'il fallait admettre que la fièvre typhoïde se soit transformée, ait changé de type au commencement même de la seconde période de l'expérimentation, pour conserver à partir de ce moment un caractère nouveau. Mais cette hypothèse, peu probable à priori, se trouve en contradiction complète avec les relevés dressés dans les divers hôpitaux de Londres.

Ce qui prouve en outre que la gravité de la maladie a été presque semblable dans les deux périodes, c'est que la durée moyenne de la maladie a été à peu près la même : 29,2 jours dans la première, 26,7 dans la seconde. Les âges moyens des malades ont été également les mêmes, de vingt-deux à vingt-trois ans.

Le tableau suivant résume la mortalité dans les deux séries :

PREMIÈRE SÉRIE.

9	cas de typhus.	4 décès.
44	de fièvre typhoïde.	16
56	non spécifiées.	3
Total. 109		Total. 23 décès.

DEUXIÈME SÉRIE.

25	cas de typhus.	0 décès.
52	de fièvre typhoïde.	2
44	non spécifiés.	2
Total. 121		Total. 4 décès.

Il faut retrancher de ce tableau, pour la première série 2 décès, et pour la seconde 1 décès, survenus très-peu de temps après l'entrée des malades à l'hôpital. On a alors pour la première série une mortalité de 21 sur 107, soit 19 1/4 pour 100, ou près de 1 sur 5; et pour la seconde, 3 sur 121, soit 2 1/2 pour 100, ou 1 sur 40.

La différence est tellement frappante, qu'on ne peut guère, dit l'auteur, l'expliquer que par l'influence du traitement employé.

Les aliments administrés aux malades de la seconde série, toutes les deux heures, se composaient de lait et de *beef-tea* concentré. On en donnait en tout six pintes environ dans les vingt-quatre heures. L'acide chlorhydrique dilué de la pharmacopée de Londres était donné toutes les deux heures, à la dose de 8 grammes, dans de l'eau pure ou sucrée. Au reste, l'administration des aliments aussi bien que des médicaments, était exactement surveillée par les personnes de service.

M. Chambers pense qu'un des premiers effets de l'acide chlorhydrique est de modifier avantageusement la muqueuse digestive ; en effet, la langue ne tarde pas à se nettoyer, et la diarrhée s'arrête ou diminue. L'auteur ne pense pas que l'acide neutralise le miasme morbide ou qu'il en hâte l'élimination. En effet, la durée moyenne de la maladie n'a été diminuée que de 2 jours 1/2 dans la seconde période ; dans l'hypothèse dont il s'agit, la différence devrait être plus grande.

Dans les deux séries, on a administré du vin aux malades chez lesquels l'état du système nerveux semblait l'indiquer, et un vomitif d'ipéca lorsque les malades se trouvaient au moment de leur admission, dans la première semaine de la maladie. (*British and Foreign Medico-Chirurgical Reviev*, octobre 1863.)

Sur les préparations d'asa fœtida et de gomme ammoniaque, par M. Proctor.

La plupart des pharmacopées prescrivent de dissoudre ces gommes-résines dans l'alcool ou dans l'eau chaude, de passer la liqueur obtenue et de la faire évaporer en consistance d'extrait mou. M. Proctor, ayant eu occasion de purifier de l'asa fœtida au moyen de ce procédé, s'est assuré, en condensant le produit de l'évaporation, que l'on perd ainsi une grande quantité de l'huile volatile fort active, qui constitue jusqu'à 6 pour 100 de la gomme-résine.

De même, on recommande de dessécher à l'étuve les gommes-résines que l'on veut pulvériser. Il faut aussi choisir un temps froid pour empêcher l'agglomération de la masse, et l'opération est longue et ennuyeuse. Pour obvier à ces inconvénients, M. Proctor conseille d'ajouter à la gomme-résine une quantité de magnésie calcinée variant de 4 à 6 pour 100, suivant le degré de mollesse de la substance. L'opération est fort simple : on ramollit la gomme-résine au bain-marie, on y ajoute la magnésie, que l'on incorpore avec soin ; on laisse refroidir. On obtient ainsi une masse qui se laisse pulvériser avec la plus grande facilité sans condition de température, et qui conserve intacte l'odeur de la substance employée. La quantité de magnésie est insignifiante, et sa présence est bien compensée par la conservation de tous les principes volatils.

J'ai répété sur l'asa fœtida et sur la gomme ammoniaque ce procédé, qui m'a paru bon pour les pilules et pour les poudres composées. Mais je ne pourrais en dire autant pour les emplâtres. Quel que soit le soin avec lequel on incorpore la poudre à la masse emplastique, on ne peut éviter la formation de petits points noirs qui produisent un fort vilain aspect. (*The Chemist and Druggist.*)

Emplâtres de glycérine, par M. Tilt.

M. le docteur Tilt reproche aux emplâtres ordinaires leur odeur désagréable, et l'irritation qu'ils produisent souvent sur la peau, qu'ils salissent d'une façon persistante. Il propose la glycérine, additionnée d'amidon, pour former des emplâtres inodores, n'irritant jamais la peau, et dont toute trace est facilement enlevée par l'eau.

Veut-il prescrire un emplâtre de belladone, il emploie :

Amidon	6
Glycérine pure	40

Faites chauffer, ajoutez :

Sulfate d'atropine	0,25

que vous aurez divisés dans quelques gouttes de glycérine pure ;

Essence de roses	1 goutte.

Étendez sur de la peau ou sur une feuille de gutta-percha.

Il donne la vératrine aux mêmes doses, et double la quantité de morphine.

Voici la formule d'un emplâtre sédatif :

Sulfate d'atropine	0,20
Vératrine	0,20
Sulfate de morphine	0,50
Emplâtre de glycérine	30
Essence de roses	1 goutte.

M. le docteur Tilt fait entrer dans la composition de ses emplâtres toutes les préparations qui sont solubles dans la glycérine, ou qui peuvent y être tenues en suspension.

Je ferai remarquer que ces emplâtres, pour être convenablement étendus, demandent une certaine dextérité ; ils attirent rapidement l'humidité de l'air, dont la glycérine bien pure est fort avide. (*The Lancet.*)

Sur les pilules de copahu, par M. Maisch.

Partant de cette idée que, dans le baume de copahu, il n'est pas bien sûr que ce soit l'huile essentielle seule qui agisse, M. Maisch reproche au procédé de solidification par la magnésie de neutraliser l'acide copahivique, et de donner une masse qui, avec le temps, devient friable. Il passe en revue tous les moyens que l'on a employés pour donner la consistance pilulaire au baume de copahu, depuis les poudres de réglisse, de lycopode, de gomme, de cachou, de rhubarbe, de savon, jusqu'à la magnésie, proposée par Cadet Gassicourt en 1826. Ce dernier procédé a été adopté par les auteurs de la pharmacopée des États-Unis ; mais, dit M. Maisch, outre les inconvénients signalés plus haut, la magnésie n'empêche pas tout à fait l'huile volatile de se séparer du copahivate formé.

M. Geiseler avait proposé l'emploi du sperma ceti; M. Francis Simon recommandait la cire. C'est à cette dernière substance que M. Maisch donne la préférence, en ayant soin de faire intervenir une certaine quantité de poudre végétale, telle que cubèbe, etc. Voici son procédé :

Cire, 1 partie; copahu, 2 parties; cubèbe, de 3 à 4 parties. Faites fondre la cire à une douce chaleur, incorporez peu à peu le copahu, et ensuite la poudre, dans la mixture encore chaude. Divisez en pilules du poids indiqué.

Ce procédé donne, en effet, une masse pilulaire excellente, mais qui ne contient guère qu'un tiers de son poids de copahu, tandis qu'un dix-septième de magnésie calcinée est suffisant pour la solidification de ce baume. Toutefois, la présence du cubèbe ne saurait être nuisible, et le baume de copahu est administré sans altération, mêlé à de la cire qui retient parfaitement l'huile essentielle, en donnant une masse facilement ramollie par la température de l'estomac.

Les proportions indiquées plus haut peuvent varier beaucoup; voici un petit tableau qui pourra peut-être guider utilement le praticien :

Cire.	Copahu.	Poudre végétale.
1	1	1
1	1 1/2	2
1	2	3
1	2 1/2	4
1	3	5

(*American Journal of Pharmacy.*)

VI

VARIÉTÉS.

Nous apprenons avec une véritable affliction la mort d'un savant et excellent confrère, M. le docteur Archambault, ancien médecin en chef de la maison de santé de Charenton, qu'il avait volontairement quittée pour prendre la direction de la maison de santé de la rue de Charonne. M. Archambault laisse les plus honorables souvenirs dans le corps médical et les plus doux chez ses amis.

Par décret du 5 décembre, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, les médecins militaires dont les noms suivent : Au grade d'officier, M. Aubert, médecin-major de 1re classe. — Au grade de chevalier, M. Malaval, médecin-major de 2e classe.

— L'assemblée de la Faculté a voté la liste de présentation des candidats à la chaire d'accouchements. La Faculté a présenté en première ligne M. Pajot, en deuxième M. Blot, en troisième M. Tarnier.

— Par décret du 8 décembre, il est créé à l'École préparatoire de Bordeaux une deuxième chaire de clinique interne, qui sera confiée à un professeur titulaire. La chaire de pathologie interne sera désormais confiée à l'un des trois professeurs adjoints institués par le décret du 10 octobre 1854, et les deux autres professeurs adjoints demeureront, comme par le passé, attachés, l'un à la chaire de clinique externe, et l'autre à la chaire d'anatomie et de physiologie.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a décidé, dans sa séance du 9 décembre, qu'aucun des mémoires qui lui ont été adressés n'a mérité le prix proposé ; que cependant il serait accordé :

1° Un encouragement de 1000 francs à M. J. B. Laborde (de Paris), auteur du mémoire intitulé : Études cliniques et anatomo-pathologiques sur le ramollissement du cerveau, principalement considéré chez le vieillard.

2° Une mention honorable à M. le docteur Cuipoo, médecin adjoint des hospices de Laon (Aisne), pour son Mémoire sur l'alimentation dans la fièvre typhoïde.

Les auteurs des autres mémoires sont priés de vouloir bien les faire réclamer chez M. le docteur Lailler, secrétaire général de la Société, 22, rue Caumartin.

— L'Académie des sciences a procédé, lundi dernier, à l'élection d'un membre dans la section de botanique, pour remplir la place vacante par suite du décès de M. Moquin-Tandon.

La section avait présenté en 1re ligne M. Naudin; en 2e, M. Chatin; en 3e, MM. Arthur Gris et Lestiboudois. M. Naudin a été nommé au premier tour de scrutin par 34 voix sur 49 votants.

M. Chatin a obtenu 10 voix, et M. Lestiboudois 5.

On annonce que le *Journal de physiologie* de M. Brown-Séquard va prendre le nom de *Journal d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux*. Ce nouveau recueil aura pour rédacteurs en chef MM. Ch. Robin et Brown-Séquard, et pour administrateur M. Germer Baillière.

— Par décret du 30 novembre, M. le docteur Fossard, médecin-major de 1re classe à l'escadron de gendarmerie de la garde impériale, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La Faculté de Montpellier a décerné dans l'ordre suivant ses prix pour les concours de l'année 1862-1863 : 1re *année*. Prix : M. Serre; mention très-honorable, M. Sauvage. — 2e *année*. Prix : M. Durand; mention honorable, M. Augé. — 3e *année*. Prix : M. Cade; mention très-honorable, M. Trélatin-Bascou. — 4e *année*. Prix : M. Cauvy.

— Nous empruntons au Journal de médecine de Toulouse la liste des élèves qui ont obtenu des prix au concours de fin d'année 1862-1863 : 1re *année*. 1re section. *Sciences physiques et naturelles*. 1er prix, M. Maurel; 2e prix, M. André; 1er accessit, M. Alibert; 2e accessit, M. Boë. — 1re *année*. 2e section. *Anatomie et physiologie*. 1er prix, M. Maurel; 2e prix, M. Alibert; accessit, M. Crouzet. — 2e *année*. 1er prix, réservé; 2e prix, M. Jourdan; 1er accessit, M. Mossel; 2e accessit, M. Monconet. — 3e *année*. 1er prix, M. Sauné; 2e prix, M. Silvestre; accessit, M. Courbin. — *Cliniques*. 1er prix, réservé; 2e prix, M. Guichot; 1er accessit, M. Bouzigues; 2e accessit, M. Lavedan. — *Pharmacie*. 1er prix, M. Lassère; 2e prix, M. Abbadie; 1er accessit, M. Sabathier; 2e accessit, M. Fontète.

— Un concours pour deux places d'internes à l'asile public d'aliénés de Montpellier aura lieu le 11 janvier prochain. L'une de ces places est vacante et l'autre a été récemment créée, sur la demande du médecin en chef. La durée du service sera de quatre années pour le premier interne nommé, et de trois pour le second.

— M. le docteur Delvaux, ancien professeur de chimie à l'Université de Liége, membre honoraire de l'Académie de médecine de Belgique, vient de mourir à Liége à l'âge de quatre-vingt-deux ans.

VII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

A Practical Treatise upon Eczema including its Lichenous, Impetiginous, and Pruriginous Varieties, par *T. M. Coll Anderson*. Grand in-8 de x-134 pages. Londres, John Churchill et Sons.

Urine, Urinary Deposits, and Calculi; and on the Treatment of Urinary Diseases, with numerous Illustrations, and Tables for the Clinical Examination of Urine, par *Lionel S. Beale*. In-8 de 439 pages. Londres, John Churchill et Sons.

Nouveau dictionnaire lexicographique et descriptif des sciences médicales et vétérinaires, comprenant l'anatomie, la physiologie, la pathologie générale, la pathologie spéciale, l'hygiène, la thérapeutique, la pharmacologie, l'obstétrique, les opérations chirurgicales, la médecine légale, la toxicologie, la chimie, la physique, la botanique et la zoologie, avec planches intercalées dans le texte, par les docteurs *Raige-Delorme*, *Ch. Daremberg*, *H. Bouley*, *J. Mignon* et *Ch. Lamy*. 1 très-fort vol. grand in-8 de plus de 1500 pages, à deux colonnes, texte compacte, avec figures intercalées et contenant la matière de 10 vol. in-8. 1863. Paris, P. Asselin. Prix, rendu *franc de port* dans toute la France. Broché. 18 fr.
Cartonné à l'anglaise. 19 fr. 50
Relié dos en maroquin. 20 fr. 50

La 5e et dernière livraison, avec supplément, vient de paraître; elle est donnée gratuitement aux souscripteurs et expédiée *franco* dans toute la France, moyennant 50 cent.

MM. les docteurs des départements dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire expire le 31 décembre 1863, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 31 courant, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat de vingt-quatre francs payable le 31 janvier 1864.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME X.　　PARIS, 25 DÉCEMBRE 1863.　　N° 52.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I. **Paris.** A MM. les abonnés de la *Gazette hebdomadaire.* — II. **Travaux originaux.** Physiologie : Étude sur la respiration; recherches physiologiques sur le mécanisme des bruits respiratoires. — III. **Revue clinique.** Exostose épiphysaire occupant toute la fosse nasale gauche, faisant une saillie considérable dans le pharynx, et déformant notablement la face. Ablation à l'aide de la résection temporaire d'une partie du maxillaire supérieur. — Guérison. — IV. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — V. **Revue des journaux.** Médication substitutive parenchymateuse. — Goître unilatéral; tentative d'extirpation. — Luxation de la seconde phalange du gros orteil. — Plaies de l'abdomen par armes à feu; rejet de la balle par le rectum. — Empoisonnement par la strychnine; guérison par les inhalations de chloroforme. — Empoisonnement par l'ingestion d'une préparation au chloroforme; guérison après cinquante-quatre heures de narcotisme. — Étranglement interne, création d'un anus artificiel. — VI. **Bibliographie.** Urine, Urinary deposits and Calculi and on the Treatment of Urinary Diseases. — Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires. — Practical Lithotomy and Lithotrity; or an Inquiry into the best Modes of removing Stone from the Bladder. — VII. **Variétés.** — VIII. **Bulletin des publications nouvelles.** Livres — IX. **Feuilleton.** Le drainage considéré au point de vue de l'hygiène publique.

I

Paris, 24 décembre 1863.

A MM. LES ABONNÉS DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Dix années sont révolues depuis la fondation de la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE. Une *nouvelle série* va commencer avec l'année 1864. Ce pourrait être, pour nous, l'occasion d'un retour sur le passé, qui aurait au moins le mérite d'être conforme à l'usage. Mais, à parler franchement, plus nous avançons dans cette sorte de vie publique qu'on appelle le journalisme, et plus nous sentons de répugnance pour ces prétendus examens de conscience qu'on ne ferait pas s'ils devaient être onéreux et qui finissent immanquablement par une absolution. Si le lecteur nous accorde son approbation *proprio motu*, pas n'est besoin de la lui demander; s'il nous en juge indigne, toutes nos génuflexions ne la lui arracheront pas. Aussi le prions-nous de vouloir bien se contenter ici de quelques explications très-simples et très-brèves.

La GAZETTE n'a jamais visé précisément au rôle d'institutrice du corps médical. Elle a été créée pour appuyer un mouvement, pour offrir un terrain aux produits de certaines idées. Une génération nouvelle s'élevait, qui élargissait les anciennes barrières, qui les rompait parfois. En médecine comme ailleurs, l'œuvre scientifique se transformait dans sa philosophie, dans son but, dans ses moyens, dans sa langue. A esprit nouveau, organe nouveau; la GAZETTE fut cet organe.

Un danger menaçait. Le passé, parce qu'il devenait stérile, allait-il être tenu pour mort? Ne risquait-on pas de compromettre les richesses des siècles dans la précipitation et l'intempérance de l'innovation? En s'enfonçant dans le fait matériel, n'allait-on pas perdre de vue les doctrines; et, dans la contemplation des organes, n'allait-on pas oublier l'organisme?

Nous avons fait tous nos efforts pour prévenir un tel

FEUILLETON.

Le drainage considéré au point de vue de l'hygiène publique.

A M. LE DOCTEUR VLEMINCKX, PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Quatrième lettre.

Application du drainage à l'hygiène publique et privée; modification que cette opération fait subir au sol et à l'atmosphère.

Il n'est rien ici-bas qui ne trouve sa pente,
Le fleuve jusqu'aux mers dans les plaines serpente.

Bien cher et honoré maître,

Si ce vers du poëte peut être regardé comme une vérité générale, il est à propos cependant de faire remarquer qu'il surgit aussi parfois des obstacles assez puissants pour s'opposer au cours naturel d'une multitude de choses ici-bas. Et si, prenant à la lettre la pensée du poëte, nous voulons envisager le cours de l'eau répandue sur le sol et la suivre dans les nombreux méandres qu'elle parcourt avant d'avoir acquis la force et l'impétuosité du fleuve qui franchit et renverse les barrières élevées devant lui, nous verrons que l'eau, provenant des pluies abondantes, peut séjourner longtemps, soit à la surface du sol, soit dans les couches superficielles, avant d'avoir trouvé l'écoulement qui doit la transporter loin du point où elle a été versée ou de celui où elle a été arrêtée.

Toute l'eau donc que le ciel verse par les pluies longues et torrentielles ne rencontre pas toujours et infailliblement la pente qui lui est nécessaire pour s'écouler, et souvent, au contraire, elle demeure stagnante, d'après les caractères du sol et les obstacles naturels qu'il lui présente, en sorte que c'est par l'évaporation seulement, c'est-à-dire avec une extrême lenteur, qu'elle finit par disparaître.

L'homme, aidé de son intelligence et mû par l'impulsion

malheur. Notre manière de comprendre le problème de la vie dans ses rapports avec le problème de la maladie n'est pas sans doute celle qu'eussent souhaitée des confrères fort autorisés en ce genre de questions; mais du moins n'avons-nous pas fait pacte avec cet anatomisme étroit et vulgaire qui voit toute la maladie dans la lésion locale et ne connaît pas la réaction de la fibre vivante. Bien plus, à mesure que l'expérience nous a éclairé dans cette voie périlleuse, entre l'écueil de la routine et celui des aventures, nous avons senti le besoin de mesurer un peu moins libéralement notre confiance aux données de l'investigation moderne, spécialement à celles qui ont suscité le plus de controverses, nous voulons dire aux données de la micrographie, en tant qu'éléments cliniques. Est-ce pour nous faire regretter de leur avoir offert une large hospitalité? Bien au contraire; c'est en les regardant de près, c'est en les étudiant sans préméditation, que nous avons appris à les apprécier plus justement. Est-ce encore que nous en fassions fi maintenant? A Dieu ne plaise! Même au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement, le champ légitimement ouvert à la recherche micrographique, réduit comme il doit l'être, est encore immense. C'est dans ce champ qu'on trouvera, qu'on a déjà trouvé la cause matérielle d'un grand nombre d'affections, la raison de mille symptômes inexpliqués, la distinction d'espèces nosologiques aujourd'hui confondues. S'attacher à déterminer sainement la valeur et la portée de chaque fait de cet ordre aux yeux de l'anatomiste, du physiologiste et du praticien, voilà quel doit être le rôle d'une critique désintéressée; c'est celui que nous avons essayé de remplir; c'est celui que nous continuerons, avec un degré de prudence et de circonspection de plus.

En ce qui concerne les choses de la profession, on aura remarqué peut-être la suppression des feuilletons autrefois consacrés aux nouvelles et menues affaires du corps médical. Cette suppression a été toût intentionnelle; nous avons cru devoir sacrifier la causerie à la science. Il nous a semblé que cela était plus conforme au caractère que la clientèle de la Gazette et sa collaboration lui imprimaient de plus en plus. Un journal hebdomadaire n'est d'ailleurs pas le sol naturel de ce genre de littérature, qui vit d'actualités. Cette résolution n'a pas, du reste, entraîné l'abandon des questions d'intérêt, de morale, ou de jurisprudence professionnels. Nous les négligeons même d'autant moins que, ne nous attachant qu'aux plus sérieuses, nous avons plus le loisir de les étudier avec attention. On a pu en voir plus d'un exemple dans l'année qui vient de s'écouler, notamment en ce qui concerne le *secret médical* et les *annonces*.

Quelques mots maintenant sur certaines conditions matérielles de la publication. A l'origine de la Gazette hebdomadaire, chaque numéro était seulement de 12 pages, soit 24 colonnes. Sans changement de prix, sans changement de format, ni de caractères, ni de justification, le nombre des colonnes a été porté régulièrement à 32; de plus il a été fréquemment ajouté un supplément de 8 pages ou 16 colonnes. Le format étant susceptible de tromper sur la quantité de matières renfermée dans chaque numéro, nous croyons devoir rappeler qu'il entre dans un numéro actuel de la Gazette hebdomadaire *plus de matières* que dans un numéro du plus grand des journaux hebdomadaires de Paris. Néanmoins, la place nous manque encore pour satisfaire à toutes les exigences de notre cadre, surtout depuis que nous y avons fait entrer, avec les comptes rendus de la *Société de médecine du département de la Seine*, ceux de la *Société médicale des hôpitaux* et de la *Société de chirurgie*. Nous avions eu d'abord la pensée d'agrandir le format; mais outre que nous l'eussions rendu, à notre sens, moins commode, nous nous fussions trouvé dans la nécessité absolue d'augmenter le prix d'abonnement pour couvrir les nouveaux frais de papier et de poste. Une combinaison plus heureuse, et que nous avons adoptée, a été de rendre à la rédaction, 1° une partie de la place perdue, en tête de chaque feuille (environ une colonne), par la disposition du titre et de plusieurs autres indications (1); 2° un grand nombre de *blancs* séparant les diverses parties du cadre, et occupés seulement par des numéros d'ordre. Au moyen de cet arrangement, *qui n'entraînera pas d'augmentation de prix*, nous sommes parvenu à gagner soixante colonnes par an, ce qui équivaut à peu près à deux numéros actuels du journal. A. D.

(1) La table des matières sera reportée à la fin du numéro.

MM. les docteurs des départements dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire expire le 31 décembre 1863, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 31 courant, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat de vingt-quatre francs payable le 31 janvier 1864.

---

que lui communiquent et le sentiment de ses besoins et le progrès de la civilisation, peut rendre à l'eau son écoulement naturel en employant des procédés différents : en creusant de larges fossés ou canaux à ciel ouvert par lesquels l'eau, répandue en nappe, peut s'échapper; en pratiquant des canaux souterrains pour entraîner la nappe d'eau retenue dans le sol, au-dessous de la couche superficielle.

C'est cette dernière opération, connue sous le nom de *drainage*, qui fera le sujet de cette lettre, où je ne l'envisagerai, bien entendu, qu'au point de vue de l'hygiène publique.

Il est hors de doute, cher maître, que le drainage était connu des anciens; les fouilles qui se font chaque jour viennent l'attester : partout où s'étendait autrefois la domination romaine, partout où le grand peuple a posé son pied vainqueur, on retrouve, à côté des ruines de ses travaux gigantesques, les vestiges des canaux souterrains, qui, pour nous, sont l'équivalent du drainage.

Mais dans quel but les anciens ont-ils pratiqué ces travaux? Est-ce en vue de l'hygiène publique et privée, ou seulement en vue de l'agriculture?

Sans chercher à faire ici l'histoire du drainage, je pense qu'au point où nous sommes il peut n'être pas indifférent de répondre à cette question.

Disons d'abord que le mot *drainage* est un mot moderne, un mot anglais qui veut dire *tranchée* ou *fossé d'écoulement*; que ces sortes de tranchées ou de fossés étaient pratiqués dès les temps les plus reculés, et qu'enfin l'art de dessécher les terres était connu des Romains, qui eux-mêmes le tenaient sans aucun doute de peuples civilisés. Aussi ne chercherai-je pas à remonter plus haut, me bornant à regarder le peuple romain comme résumant l'expression de la civilisation la plus avancée des temps antiques.

Le drainage, ou pour mieux dire l'assainissement du sol par des fossés ou rigoles souterraines, a donc été connu et pratiqué par les peuples les plus anciennement civilisés; tout l'atteste, non-seulement les vestiges que les fouilles mettent

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie.

Étude sur la respiration; recherches physiologiques sur le mécanisme des bruits respiratoires, par M. le docteur Bondet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite et fin. — Voy. le numéro 39.)

Pour les auteurs du Traité d'auscultation, pour M. Skoda, ce bruit (bruit vésiculaire après la section de la trachée), qui rappelle tout à fait le murmure vésiculaire, tel qu'on l'entend en appliquant son oreille sur la poitrine d'une personne bien portante et respirant doucement, serait le résultat pur et simple du frottement de l'air sur les conduits aériens situés au-dessous de l'orifice de section.

Cependant, si l'on ausculte avec soin la poitrine des animaux opérés, on est frappé de la finesse de ce bruit pulmonaire : c'est un murmure très-pur, perceptible à l'inspiration seulement.

Ce dernier caractère, joint à la finesse extrême et presque toujours égale de ce bruit pulmonaire, devait faire supposer déjà qu'il n'était pas produit par le frottement de l'air sur les tuyaux bronchiques. Dans cette hypothèse, en effet, nous devions avoir un bruit qui, par son timbre, aurait rappelé plus ou moins les bruits que l'on entend quelquefois sur les grosses bronches, et nous aurions dû l'entendre aussi bien à l'expiration qu'à l'inspiration, le frottement devant avoir lieu pendant la sortie de l'air tout aussi bien qu'au moment de sa pénétration.

A ces objections graves déjà par elles-mêmes, nous pouvions, du reste, ajouter des faits observés avec soin, discutés avec toute l'impartialité possible, et intéressants, ainsi qu'on va le voir, à plusieurs points de vue. Leur importance, nous en sommes convaincu, n'échappera à personne, et, dans la détermination qu'il nous reste à établir du siége des bruits pulmonaires persistant après la section de la trachée, nous espérons être assez heureux pour déterminer leur siége et leur cause avec autant de certitude que nous l'avons fait que d'autres expérimentateurs l'ont fait avant nous pour les bruits respiratoires supérieurs.

Expérience II. — *Section des pneumogastriques.*

Cheval entier de forte taille; organes respiratoires sains, mouvements respiratoires lents et réguliers.

Sur la trachée, on perçoit un souffle court au début de l'inspiration; dans l'expiration, il existe un souffle également court, un peu moins fort que le bruit de l'inspiration.

Sur la poitrine, on n'entend rien à l'expiration, et, pendant le mouvement inspiratoire, on perçoit un murmure très-net, un peu plus prolongé que le bruit trachéal correspondant.

On coupe les deux pneumogastriques dans la région du cou. Immédiatement après, accélération des mouvements du cœur et ralentissement des mouvements respiratoires, qui prennent plus d'ampleur; l'inspiration et l'expiration donnent lieu, dans les cavités nasales, à deux souffles perceptibles à distance.

L'auscultation de la trachée fait reconnaître que les souffles entendus sur le trajet de ce conduit sont plus intenses et ont beaucoup plus de durée qu'avant l'opération.

En auscultant la poitrine, on constate une abolition absolue du murmure d'inspiration. La section de la trachée n'apporta aucune modification dans la manifestation de ce dernier et curieux phénomène, tout en modifiant, bien entendu, les bruits trachéaux dans le sens indiqué par l'expérience précédente.

Expérience III. — *Deuxième section de pneumogastriques.*

Cheval maigre, paraissant anémique, ayant un œdème sous le ventre et au fourreau; respiration régulière, léger soubresaut de la pousse.

En auscultant la trachée, on constate un souffle d'inspiration relativement fort et un souffle d'expiration plus faible dédoublé en deux temps.

A l'auscultation de la poitrine, on perçoit à chaque inspiration un murmure vésiculaire très-fort, très-retentissant, mêlé de quelques râles. A part ceux-ci, rien à l'expiration.

Les pneumogastriques sont coupés à la partie inférieure du cou; les bruits trachéaux, surtout celui de l'inspiration, deviennent très-forts, très-prolongés; celui de l'expiration, exagéré, continue de se faire en deux temps. Quant au murmure pulmonaire, il est complétement aboli.

C'est le pneumogastrique gauche qui a été coupé le premier; au moment de la section on ne constata aucun changement immédiat dans la manifestation du bruit pulmonaire, mais quelques instants plus tard l'abolition fut signalée. Ce résultat fut noté également dans d'autres expériences, alors qu'on ne coupait qu'un seul pneumogastrique.

L'animal, ausculté le lendemain, était toujours dans le même état.

Ces expériences, que nous avons dû donner avec quelques détails à cause de leur nouveauté et de l'intérêt qui s'y rattache à plusieurs points de vue, ont été répétées souvent, et toujours avec les mêmes résultats; elles démontrent d'une façon incontestable ce que le raisonnement nous avait fait supposer déjà, à savoir que le bruit pulmonaire persistant chez les animaux après la section de la trachée et l'abolition des bruits respiratoires laryngiens et gutturaux, n'est point le résultat, ainsi que

---

chaque jour à découvert, mais aussi le texte que nous trouvons dans quelques auteurs latins, tels que Columelle et Palladius, qui vivaient sous Auguste et sous Tibère.

A l'aide de ces travaux d'assainissement, les Romains défendaient leurs palais et leurs grands édifices des effets nuisibles provenant de l'humidité du sol, dont ils savaient, d'ailleurs, tirer parti tout en la combattant, car l'eau recueillie par des canaux souterrains servait tantôt à alimenter des bassins destinés aux différents usages de la vie domestique, tantôt à renouveler des aquariums placés dans les cours ou dans les jardins de la maison, ou enfin ils la faisaient perdre dans des fossés à ciel ouvert ou dans des ruisseaux.

Si, comme vous me l'avez fait espérer, cher maître, vous faites bientôt une seconde visite dans notre Berry, je vous montrerai à Bourges, dans cette ancienne capitale des Gaules, des fouilles pratiquées à de grandes profondeurs, dans lesquelles on a mis à découvert des travaux datant de l'époque gallo-romaine, et qui se trouvent être au-dessous des fondations de l'ancien palais du duc Jean; j'ai pu suivre dans ces travaux des rigoles et des aqueducs qui amenaient l'eau des terres supérieures dans des bassins destinés aux usages domestiques (1).

Dans des villes, bon nombre de fontaines, de bassins publics n'avaient pas d'autre origine.

Mais là ne s'appliquait pas seulement ce mode de dessèchement du sol; par ce même procédé, les Romains assainissaient encore leurs champs, leurs prairies trop humides, afin d'en faciliter la culture et de s'assurer ainsi de plus belles récoltes.

C'est le mot *fossa* que les auteurs anciens que je viens de nommer emploient pour indiquer le mode d'assainissement.

Le *drain* ou tuyau de terre cuite me paraît être une invention de nos jours, ou du moins jusqu'à présent rien n'indique qu'ils en aient fait usage; pour eux, comme pour nous, c'est la fossé

(1) C'est à l'obligeance de l'intelligent ingénieur M. Bourdaloue, qui s'est occupé du nivellement général de la France, que je dois d'avoir pu suivre toutes ces fouilles avec détail.

le pensaient Laennec, M. Fournet, M. Skoda, du frottement de l'air sur les parois bronchiques. Il est évident aussi qu'il faut en chercher la cause ailleurs que dans le choc de l'air contre les éperons situés à la bifurcation des bronches, ainsi que le pensent M. Barth et Roger, ou dans le déplissement des vésicules pulmonaires, toutes ces conditions existant, se trouvant même exagérées chez nos sujets d'expérience.

Chez les animaux, en effet, sur lesquels on a coupé les pneumogastriques, la respiration devient, en général, plus lente, mais les mouvements d'inspiration et d'expiration augmentent d'étendue. La quantité d'air inspirée chaque fois devient plus considérable, ainsi que le démontrent les expériences spirométriques faites dans ces conditions, cette quantité pouvant alors être portée au double et même au delà de ce qu'elle est dans l'état normal.

Pour qui, du reste, a pratiqué ou a vu pratiquer cette opération, ce dernier fait devient vite évident. Quand on voit les profondes inspirations faites par les animaux sur lesquels on a pratiqué la section des pneumogastriques, quand à chaque mouvement d'inspiration on voit cette cage thoracique qui se soulève avec énergie, on ne peut douter que le poumon ne suive ce mouvement de dilatation, et que l'air, par conséquent, ne pénètre en plus grande quantité dans la poitrine.

Eh bien! nous l'avons dit déjà, alors que l'air pénètre si fortement dans l'intérieur des poumons, alors que, d'après les théories généralement adoptées aujourd'hui, les bruits respiratoires devraient être considérablement augmentés, il se fait un silence absolu. C'est à peine si l'oreille appliquée sur le thorax de ces animaux peut saisir par moment un bruit rotatoire musculaire dû aux efforts exagérés faits par ces animaux, et tout à fait différent du bruit que nous entendions tout à l'heure.

Quant au bruit pulmonaire qui existait avant la section des nerfs vagues, aussitôt cette section pratiquée, il disparaît pour ne plus revenir. Qu'on ne dise pas que cette disparition si subite tienne au resserrement de la glotte, produit par la paralysie des récurrents, nous avons fait des sections de récurrents seuls, et nous n'avons pas vu disparaître le bruit d'inspiration pulmonaire.

Expérience IV. — *Section de deux nerfs récurrents et des pneumogastriques.*

Cheval vieux, grande taille, blessure du genou, un peu de fièvre de réaction; respirations, 12 à 13 par minute; pouls à 50.

Auscultation.— Sur la trachée, on distingue un bruit d'inspiration long, très-doux et très-faible; le bruit expiratoire est court, mais plus fort, un peu rude; ce bruit d'expiration succède immédiatement au bruit d'inspiration.

Sur la poitrine, on note un bruit d'inspiration un peu long, et remarquablement fort pour un animal de cette espèce, par moment on peut entendre un bruit léger à l'expiration, très-court, mais pourtant assez net.

On coupe le récurrent du côté gauche : rien n'est changé dans les bruits respiratoires, ni dans la succession des mouvements du cœur et de la respiration.

On coupe le récurrent du côté droit : les bruits de la poitrine n'ont pas changé, le bruit de l'expiration de la trachée seul a augmenté d'intensité, il est aussi plus long.

Le nombre des respirations est toujours le même, 12 ou 13; pulsations, 50.

On coupe le pneumogastrique droit : aussitôt le bruit de l'inspiration de la poitrine disparait, il se fait à droite un silence absolu; du côté gauche, les deux bruits sont considérablement affaiblis, mais distincts cependant. Sur la trachée, les deux bruits deviennent plus forts, l'expiration est plus longue.

On compte 9 respirations par minute et 60 pulsations.

On sectionne le pneumogastrique gauche : abolition absolue des bruits de la poitrine.

Sur la trachée, le souffle inspiratoire est devenu énorme et long, celui de l'expiration, très-fort aussi, mais plus faible que celui de l'inspiration, se dédouble en deux temps.

Respirations, 10; pulsations, 90.

Nous avons répété ces expériences de section du pneumogastrique sur des animaux trachéotomisés et placés dans les mêmes conditions que notre animal de l'expérience n° 1, elles nous ont toujours donné les mêmes résultats.

Que s'est-il donc passé après cette opération? et puisqu'il nous est impossible, à l'aide des théories actuelles sur les causes des bruits respiratoires, de nous rendre compte de la cessation de ces bruits, voyons un peu si, en recherchant les effets directs de la section des pneumogastriques sur la disposition anatomique des divers conduits que l'air doit traverser avant d'arriver aux vésicules, nous ne trouverions pas quelques changements de nature à nous mettre sur la voie de la cause ou des causes capables de donner lieu à cette disparition des bruits pulmonaires.

Tout le monde sait que la paralysie des muscles des bronches est la conséquence immédiate de la section des pneumogastriques. Un des premiers effets de cette paralysie sera donc le relâchement avec dilatation de ces canaux. Ce premier point établi, si l'on veut bien se rappeler le mode de terminaison des dernières ramifications bronchiques par rapport aux vésicules dans lesquelles elles viennent s'aboucher par une ouverture toujours rétrécie relativement au calibre de la vésicule elle-même, on comprendra tout de suite le changement qui va se produire à ce point d'embouchure après la section des nerfs vagues. A ce moment, la portion fine et étroite de la petite ramification s'élargira tout à coup par le fait de sa para-

---

profonde remplie de petites pierres qui constitue le *drainage*, c'est-à-dire l'assainissement du sol : « *Qui cum parte dimidia lapides minutos vel nudam glaream receperint aquentur superjecta terra quæ fuerat effossa.* » (Columelle, lib. II, cap. II.) On fera pour les fossés cachés des tranchées de 3 pieds de profondeur que l'on remplira jusqu'à moitié de petites pierres ou de gravier pur, et l'on recouvrira le tout avec la terre tirée du fossé.

Palladius, ainsi que Columelle, indique dans les mêmes termes les moyens à employer pour pratiquer les fossés souterrains et opérer l'écoulement de l'eau des terres. Et tous les deux donnent le conseil de prendre, à défaut de pierre, pour remplir les fossés, des sarments, des fascines, des branches, etc. « *Si defuerint lapides, sarmenti vel stramine subjecto cooperientur vel quibus cumque virgultis.* » (Palladius, lib. VI, cap. III.) Si l'on n'a pas de pierres, on étendra au fond de ces fossés des sarments ou de la paille, ou des broussailles, de quelque nature qu'elles soient.

On ne peut donc s'y tromper, cher maître, et de ce faible aperçu découle cette conclusion, que les Romains connaissaient le drainage aussi bien que nous, et qu'ils l'appliquaient à la fois à l'hygiène publique et privée, et aussi à l'agriculture; cependant, je me permettrai de faire la restriction suivante, c'est que, dans cette pratique du drainage en vue de l'hygiène, ils ne voyaient que l'action du desséchement du sol, et non cette autre action presque également importante dont je vais parler à l'instant et qui ressort des phénomènes météorologiques.

Le drainage, c'est-à-dire l'art d'assainir les terres, produit dans son application deux effets distincts, dont l'un peut être considéré comme direct, parce qu'il agit sur le sol et ses éléments, et l'autre comme indirect, parce qu'il agit sur l'atmosphère, c'est-à-dire sur la couche d'air qui repose le plus près du sol et avec laquelle l'homme se trouve le plus immédiatement en contact.

Ainsi, par exemple, dans une prairie d'une assez grande étendue où le drainage aura été pratiqué, on pourra voir à la

lysie, et au lieu de ces ramuscules étroits présentant à leur point d'embouchure dans les vésicules une sorte de collet, véritable rétrécissement, nous aurons un tube se continuant avec la vésicule sans partie rétrécie, cette dernière se transformant en un véritable infundibulum, au lieu de constituer comme auparavant une ampoule dans laquelle l'air avait à pénétrer.

Ceci posé, rappelons sous forme d'axiome un principe sur lequel doit reposer notre théorie, et qui nous a été démontré par nos expériences sur des tubes inertes de caoutchouc. L'air en circulation dans des tubes bien calibrés ne donne lieu à des souffles que lorsqu'il rencontre sur son parcours et la traverse une partie rétrécie par elle-même ou simplement étroite relativement à la partie du tube qui lui fait suite, ou à la portion de l'espace dans laquelle elle vient s'aboucher.

Sans entrer dans le détail de ces faits, dont nous nous sommes interdit jusqu'à présent la discussion, et sans sortir du domaine de l'expérimentation, notons les résultats que nous avons obtenus à ce point de vue sur les souffles laryngés. N'avons-nous pas vu ces souffles ou bruits supérieurs augmenter toutes les fois que nous avons exagéré le rétrécissement glottique, soit avec le doigt introduit par une ouverture artificielle faite à la membrane crico-trachéenne, soit par la section des pneumogastriques en paralysant le larynx ?

Est-ce que nos sections de trachée, de même que l'élargissement artificiel de la glotte à l'aide d'instruments portés à l'orifice glottique, à travers cette ouverture faite à la membrane crico-trachéenne, n'ont pas fait disparaître ou diminuer ces mêmes bruits ?

Demandons-nous donc maintenant, en nous appuyant seulement sur les lois de l'analogie, si la cause qui produit les bruits pulmonaires n'est pas identique avec celle qui produit les bruits laryngiens. Il nous semble déjà qu'à l'aide de ces lois seules on pourrait trancher la question, et dire que la cause qui, dans des tubes de certain calibre, produit un certain effet, doit le produire également dans des tubes plus petits, avec une seule différence du plus au moins, différence qui existe, du reste, dans l'espèce, si l'on compare la nature et l'intensité du bruit pulmonaire avec la nature et l'intensité des bruits laryngiens.

Allons plus loin encore, et en raisonnant d'après les faits, voyons si, après les expériences que nous venons de rapporter, il est possible d'expliquer autrement cette disparition subite du bruit pulmonaire que nous produisons à volonté par la section des pneumogastriques. Est-ce en nous appuyant sur les opinions généralement admises à propos de la production des bruits respiratoires que nous pourrons expliquer cette disparition? Mais c'est précisément le contraire de ce qui arrive que nous devrions observer alors, attendu que toutes les causes capables de donner naissance à ces bruits se trouvent tout à coup considérablement exagérées, ainsi que nous l'avons fait remarquer déjà, par le fait même de la section.

Ainsi donc, de par l'analogie et de par les faits, nous pouvons conclure que la cause du bruit pulmonaire persistant après la section de la trachée, est, comme celle des bruits respiratoires supérieurs, le passage de l'air à travers un point rétréci qui existe à l'extrémité des petits ramuscules bronchiques, dans un point précis correspondant à l'embouchure même de ces ramuscules dans la vésicule.

Ces faits étant donnés, nous pouvons, dès à présent, formuler sous forme de propositions les points principaux sur lesquels doit reposer et repose, en effet, la théorie des bruits respiratoires que nous voulons faire connaître.

1° Tous les bruits dits bruits respiratoires normaux ou physiologiques sont le résultat d'une veine fluide sonore qui se produit au moment où l'air passe d'une partie étroite dans une partie plus large.

2° Au point de vue du siége, dans l'appareil respiratoire des mammifères, ces bruits peuvent se diviser en bruits supérieurs, ayant leur cause dans les rétrécissements multiples qui existent aux orifices supérieurs des voies respiratoires, au niveau du voile du palais, et spécialement au larynx, et en bruit inférieur, bruit unique qui se produit au point d'embouchure des derniers ramuscules bronchiques dans les vésicules. Aux premiers nous donnerons le nom générique de bruit supérieur ou bruit laryngien, réservant pour le second la dénomination connue de murmure vésiculaire, qui rappelle tout à la fois son siége et son principal caractère.

3° Ces bruits isolés, en principe, se confondent plus ou moins chez les différents sujets; ils augmentent ou diminuent suivant le degré des rétrécissements, la vitesse de l'air, et les différentes conditions de transmissibilité, sans jamais varier dans leur essence.

4° La respiration dite physiologique est une résultante des bruits respiratoires supérieurs ou laryngiens, et du bruit pulmonaire ou vésiculaire.

5° Dans l'état normal, le bruit inspiratoire, chez l'homme spécialement (l'auscultation, bien entendu, étant toujours pratiquée sur la poitrine), est formé par le bruit pulmonaire ou vésiculaire mélangé, dans des proportions aussi infiniment variables que les sujets, aux bruits respiratoires supérieurs ou laryngiens. Le bruit de l'expiration tient au seul retentissement des bruits supérieurs ou laryngiens, mêlé aux bruits multiples, mais légers, qui doivent se produire au moment où des bronches d'un calibre plus petit, l'air pénètre dans les bronches d'un calibre plus fort.

6° L'auscultation appliquée à la respiration repose tout entière sur la connaissance exacte de ces deux espèces de bruits, si confondus en apparence, et pourtant si complétement et surtout si essentiellement distincts l'un de l'autre.

---

surface et dans les couches profondes du sol disparaître l'abondance de l'humidité, l'eau ayant rencontré dans les canaux et les artères qui lui ont été préparés une issue pour s'échapper; dans ce cas, l'effet est direct. Mais, en même temps que le sol et le sous-sol de cette prairie ne seront plus saturés d'humidité, et que par là même elle sera assainie, le phénomène d'évaporation diminuera d'activité et d'intensité, et se trouvera réduit de plus de moitié. Or, c'est là l'effet indirect. D'où l'on voit cette même opération modifier profondément, et du même coup, le sol et l'atmosphère, et, si ce mode d'assainissement embrassait une étendue beaucoup plus vaste encore, la constitution météorique et climatérique du pays sera transformée en grande partie. Voilà du moins, ce me semble, une considération hygiénique nouvelle et d'une importance très-grande qui nous appartient, et à laquelle les Romains n'avaient pas songé.

Le drainage est aujourd'hui si connu et d'un usage si général, qu'il serait superflu d'en donner ici la description; il n'est personne qui ne sache que, chez nous comme chez les anciens, il consiste à enlever du sol l'excès d'humidité à l'aide de saignées plus ou moins profondes pratiquées à sa surface et refermées après avoir placé à leur partie inférieure, soit des morceaux de pierres en fragments, soit de petits canaux appelés *drains*, légèrement inclinés et formés ordinairement par des tuyaux de terre cuite posés bout à bout. L'eau, s'égouttant incessamment par les interstices de ces canaux, se trouve emportée par la pente vers un point déterminé, et c'est ainsi que s'obtient artificiellement l'écoulement des eaux renfermées dans le sous-sol, lesquelles sans cela demeureraient à l'état d'eaux stagnantes. L'agriculture a mis depuis longtemps à profit les avantages que peut donner cette opération; c'est par elle qu'elle assainit le sol, l'ameublit, l'allége, en un mot qu'elle le rend plus fertile.

Mais il était réservé à l'hygiène publique de s'emparer à son tour de ce moyen et de répandre par lui d'immenses bienfaits sur les populations, en assainissant non pas seulement les

Leur mélange dans des proportions aussi infiniment variables que les sujets chez lesquels on les étudie donne naissance, ainsi que je l'ai dit, à l'ensemble des bruits respiratoires proprement dits ou physiologiques. L'augmentation, la diminution, quelquefois même la disparition de l'un d'eux par le fait de conditions morbides spéciales, leur durée relative ou leur combinaison avec d'autres bruits anormaux, enfin et surtout leur mode de transmission et de consonnance variable, suivant le plus ou le moins de perméabilité, la densité plus ou moins grande des parties voisines, etc., etc., constituent ce qu'on est convenu d'appeler les bruits respiratoires anormaux ou pathologiques.

Nous reviendrons plus tard sur ces bruits anormaux et sur les conditions morbides qui leur donnent naissance, disons tout de suite qu'à part les râles il suffit pour les expliquer de ne pas oublier les trois conditions essentielles que nous avons signalées à propos des variétés que peuvent subir les bruits physiologiques: le degré et la nature du rétrécissement, la vitesse de l'air qui doit le traverser, et enfin les conditions particulières et nouvelles de consonnance et de transmissibilité.

Ce sont ces trois principes fondamentaux qui serviront de point de départ à nos recherches sur les bruits respiratoires anormaux ou pathologiques. Nous avions pensé d'abord ne pas séparer ces deux parties d'un même tout, et placer tout de suite la pratique à côté de la théorie, les circonstances en ont décidé autrement.

Avouons, du reste, que s'il eût été plus agréable pour nous d'appuyer sur de nouvelles preuves empruntées surtout à la clinique et à la pathologie expérimentale la théorie dont je viens de faire l'exposé, il sera peut-être plus avantageux pour elle de la livrer ainsi seule, sans art, sans artifice, à l'examen de la critique et à la discussion. Nous reviendrons bientôt sur ses applications, et tout en demandant à la clinique une nouvelle confirmation des idées émises dans ce mémoire, nous n'oublierons pas de faire ressortir les avantages que nous annoncions en commençant, et qui peuvent se traduire en deux mots : simplicité dans les applications de l'auscultation au diagnostic des maladies de l'appareil respiratoire, netteté plus grande dans les résultats.

III

REVUE CLINIQUE

Exostose épiphysaire occupant toute la fosse nasale gauche, faisant une saillie considérable dans le pharynx, et déformant notablement la face. Ablation a l'aide de la résection temporaire d'une partie du maxillaire supérieur. — Guérison; par M. le docteur Legouest.

Obs. — Un jeune caporal du 86e régiment de ligne, nommé Thyraud, entra au Val-de-Grâce, pour se faire traiter d'une tumeur qui obstruait complétement la fosse nasale gauche. Il nous raconta que, depuis plusieurs années, il éprouvait, dans la narine, des démangeaisons qui l'obligeaient à y porter souvent les doigts : un jour, il sentit, dans la partie la plus reculée de la fosse nasale, une petite tumeur charnue de la forme et du volume d'un grain de plomb, dont le siége lui parut être sur le plancher de la cavité. En sept ou huit mois, cette tumeur acquit les dimensions d'un haricot et la dureté de la pierre. Vers le mois d'août 1862, le nez commença à se déformer ; et en décembre de la même année, la tumeur, en partie dépouillée de son enveloppe charnue, remplissait complétement la fosse nasale gauche, et déterminait un écoulement de matières des plus nauséabondes par la narine.

Dans le courant du mois de mars 1863, le malade fut pris tout à coup de maux de tête si violents qu'il réclama le secours de l'art, et entra dans différents hôpitaux où il fut traité par des moyens insignifiants. Les maux de tête augmentèrent, des hémorrhagies abondantes se déclarèrent par la narine et par la bouche, l'écoulement purulent devint plus abondant et plus fétide, et le malade, ne pouvant supporter son mal plus longtemps, vint nous demander de l'en débarrasser.

Dix-huit mois se sont écoulés depuis le début de l'affection : le sujet est pâle, maigre et porte le cachet de la souffrance et de l'inquiétude. Le nez, depuis la racine jusqu'à la pointe, est considérablement augmenté de volume et dévié à droite; l'œil gauche est rouge, larmoyant et plus saillant que celui du côté opposé; la commissure interne des paupières est tuméfiée ; la pression fait sortir du sac lacrymal des mucosités purulentes; l'apophyse montante du maxillaire supérieur est soulevée.

L'ouverture des deux narines est souillée par du pus et du sang. On rencontre dans la narine gauche, à 2 centimètres de profondeur, une tumeur dure et immobile dont la surface rugueuse et grisâtre est encroûtée de dépôts lithiques. Cette tumeur occupe et distend toute la narine ; elle refoule la cloison à droite et ferme aussi complétement la narine de ce côté ; elle paraît avoir le volume d'une noix. Un stylet, introduit dans la narine gauche, pénètre difficilement et s'enfonce dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, entre la tumeur et la cloison du nez; en bas, il ne peut s'engager entre la tumeur et le plancher des fosses nasales; en haut et en dehors, il est arrêté par les os propres du nez et par la portion du maxillaire supérieur limitant l'ouverture osseuse antérieure de la fosse nasale. L'exploration donne lieu à un abondant écoulement de sang.

En faisant ouvrir la bouche, on trouve, sur la ligne médiane de la voûte palatine, une tumeur oblongue d'avant en arrière, dont le relief, formé par la voûte elle-même, est très-accusé vers la partie postérieure et atteint le volume du doigt. La membrane muqueuse est intacte; toute la voûte palatine et le relief sont très-solides.

Le voile du palais est un peu abaissé et ne peut s'élever. En passant derrière lui le doigt indicateur recourbé en haut en crochet, on sent une tumeur plus volumineuse que celle qui occupe la narine antérieure, mais présentant (au toucher) les mêmes phénomènes. Le doigt ne peut en mesurer exactement les limites; mais il s'engage entre elle et la colonne vertébrale, dans une étendue suffisante pour faire reconnaître qu'elle est indépendante de la paroi postérieure du pharynx. Un notable écoulement de sang suit les manœuvres exploratrices.

Le malade ne respire que par la bouche ; il avale difficilement ; sa voix est très-nasonnée; des matières sanieuses et purulentes s'écoulent constamment avec abondance dans l'arrière-gorge et sont avalées ; il y a un peu de fièvre le soir; des maux de tête intolérables apparaissent d'une façon intermittente.

---

champs et les campagnes, mais encore les rues des villes, les places, les établissements publics et privés, enfin des pays tout entiers. L'assainissement d'un sol humide par le drainage, cher maître, est un fait tellement frappant et tellement avéré que l'on se demande avec surprise comment il se fait que l'hygiène publique ait attendu jusqu'à ce jour pour s'approprier ce puissant moyen et ne l'ait pas depuis longtemps mis en œuvre pour assainir les villes, les villages et tous les pays où les populations ont à subir les effets nuisibles de l'humidité du sol.

N'y eût-il, dans l'influence du drainage ainsi appliqué, que cette possibilité de soustraire du sol l'humidité qui, en s'infiltrant par les phénomènes d'imbibition jusque dans les maisons, va donner naissance aux affections rhumatismales, à l'anémie, à la tuberculose, etc., il n'y aurait certes pas lieu de discuter son importance; mais le drainage n'agit pas seulement sur l'humidité par l'écoulement de l'eau, son action, ainsi que je viens de l'indiquer, est double, s'étendant à la fois et au sol et à l'atmosphère.

J'avais donc quelque raison, dans ma première lettre, de comparer les terrains humides par imperméabilité à un pot de fleurs sans ouverture au fond et à une pile voltaïque gigantesque dont les éléments sont d'autant plus actifs qu'ils sont toujours humides. Et maintenant, poursuivant ma comparaison et assimilant le drainage à l'ouverture pratiquée au fond du pot de fleurs pour faciliter l'écoulement des eaux, j'ajoute que le drainage va diminuer l'activité de la pile, en ce sens que les éléments qui la composent vont perdre beaucoup de leur humidité.

Et c'est par là que nous pouvons juger de l'importance des avantages que procure le drainage : en drainant un sol humide, le grand mouvement de décomposition et de recomposition que je vous ai montré diminue, cesse et s'arrête au milieu même des conditions atmosphériques les plus favorables à son développement. Que les chaleurs de l'été, qui sont indispensables pour susciter l'action tellurique d'où naissent les phénomènes *thermo-hydro-électriques*, viennent à surgir, et,

L'indication d'extraire la tumeur me parut évidente : quelques concrétions pierreuses détachées avec l'ongle de sa surface proéminant dans la narine, me firent espérer un instant que je pouvais avoir affaire à un calcul des fosses nasales ; mais des pressions et des tractions énergiques pratiquées, sans succès, avec de fortes pinces, ne me laissèrent bientôt aucun doute sur la nature de l'affection. C'était une exostose épiphysaire, éburnée, dont le lieu d'implantation restait inconnu et dont l'immobilité pouvait tenir, peut-être, au pédicule lui-même, et, certainement, à la forme de la tumeur qui, après avoir rempli la fosse nasale, s'était développée au dehors, et était étranglée en gourde par les ouvertures osseuses antérieure et postérieure de la narine.

J'annonçai au malade qu'une opération assez grave était nécessaire pour le débarrasser de son affection : peu disposé à s'y soumettre, il sortit de l'hôpital et ne revint qu'au mois de juillet, décidé, cette fois, à obtenir sa guérison à tout prix. Les choses n'avaient pas changé ; cependant l'écoulement purulent avait un peu augmenté.

Je résolus, afin de faire subir au malade la moindre mutilation possible, d'opérer d'après les indications que je rencontrerais chemin faisant ; et, si j'étais obligé de reséquer quelque portion du maxillaire supérieur, de ne pratiquer qu'une résection temporaire.

Le mardi 21 juillet, à ma clinique, je procédai à l'opération de la manière suivante, en présence de M. H. Larrey, qui avait bien voulu m'assister de ses conseils, et de mes collègues du Val-de-Grâce.

Une incision verticale, commencée à 1 centimètre au-dessous du grand angle de l'œil gauche, et menée le long de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, à la limite de l'aile du nez, laissée intacte, et de la joue, fut descendue jusqu'à 15 millimètres du bord libre de la lèvre supérieure respecté.

Disséquant les bords de l'incision, en dedans et en dehors, je mis ainsi largement à découvert, par son côté externe, l'ouverture osseuse antérieure de la fosse nasale. La partie antérieure de l'exostose apparut alors dans la majeure partie de son étendue ; elle fut saisie et ébranlée avec un gros davier à résection. Mes efforts restant néanmoins impuissants à l'extraire, je pensai pouvoir la saisir plus efficacement en me donnant plus d'espace, et, à cet effet, j'incisai en arrière l'ouverture de la narine restée jusque-là dans son intégrité. Plus largement exposée à la vue et plus accessible, la tumeur fut saisie avec une facilité et une solidité plus grandes ; de nouvelles tractions dirigées avec énergie en différents sens, la mobilisèrent davantage, mais ne parvinrent pas à l'amener au dehors.

Afin d'agrandir encore le champ de mes manœuvres et d'ouvrir une voie plus large à la tumeur, je me décidai à détacher la paroi externe de la fosse nasale, et à la repousser en dehors dans l'antre d'Highmore, me proposant de la relever ensuite et de la replacer dans sa situation normale. Je menai en dehors, sur la joue et au niveau du plancher des fosses nasales, une incision transversale longue de 3 centimètres et perpendiculaire à la première ; je disséquai en haut et en dehors le lambeau triangulaire résultant de mes deux incisions, et, le faisant maintenir relevé, je coupai, d'avant en arrière, avec le ciseau et le maillet, l'apophyse montante du maxillaire supérieur, un peu au-dessous du niveau du rebord orbitaire inférieur. Reportant mon ciseau plus bas, à la hauteur du plancher des fosses nasales, je sectionnai, parallèlement à ce plancher, la paroi externe de la cavité ; enfin, d'un troisième coup de ciseau donné verticalement, à quelques millimètres en dehors de la fosse nasale, sur la paroi antérieure de l'antre d'Highmore, j'ouvris le sinus dans lequel je renversai et inclinai, de dedans en dehors, la languette osseuse limitée par mes coups de ciseau.

Je pus alors saisir la tumeur plus profondément, l'ébranler par des mouvements de haut en bas et de droite à gauche, et la mobiliser au point de croire qu'elle allait céder à mes tractions et se dégager. Il n'en fut rien ; elle se rompit net, à peu près par le milieu ; et la plus grande partie de sa portion antérieure fut seule amenée au dehors.

J'espérais pouvoir repousser en arrière la portion restée en place et l'extraire par le pharynx ; mais les tentatives dirigées vers ce but furent vaines : la tumeur était fixée et étranglée par l'ouverture postérieure de la fosse nasale, dans une sorte d'anneau osseux, de telle sorte que sa portion pharyngienne était trop volumineuse pour le franchir et passer dans la fosse nasale, et sa portion nasale trop volumineuse pour passer dans le pharynx.

En présence de ces difficultés, je me crus un instant dans la nécessité d'enlever une partie du maxillaire : je résolus cependant de tenter d'ouvrir la paroi externe de la fosse nasale, dans toute son étendue, sans la sacrifier. Réappliquant le ciseau, d'avant en arrière et parallèlement au plancher nasal, je lui fis parcourir, à petits coups, toute la paroi externe de la cavité, et je coupai, sur un seul point, l'anneau osseux formé par l'ouverture de l'arrière-narine. La tumeur fut alors de nouveau saisie, engagée peu à peu dans la fosse nasale, et enfin amenée au dehors.

Portant les doigts dans la vaste cavité que j'avais sous les yeux, j'en retirai plusieurs séquestres, et j'enlevai de la partie supérieure de la fosse nasale un polype vésiculeux, gros comme une noisette. La cavité nasale était tapissée par une membrane épaissie et fongueuse ; la cloison, intacte, était repoussée à droite ; le plancher, intact comme elle, était déprimé vers la bouche ; sur les parois externe et supérieure, les cornets étaient déformés au point d'être méconnaissables. Je ne pus trouver le lieu d'implantation de l'exostose.

Le malade avait perdu peu de sang, et supporté l'opération avec un grand courage.

Le nez et la cloison, rejetés à droite, furent ramenés sur la ligne médiane ; la paroi externe de la fosse nasale, dont un seul petit éclat avait été accidentellement emporté, fut relevée et remise en place ; des points de suture entrecoupée réunirent les incisions qui avaient été faites.

Les suites de l'opération furent très-heureuses : l'opéré eut à peine de la fièvre et quelques douleurs de tête qui disparurent en trente-six heures. J'enlevai la plupart des points de suture, quarante-huit heures après l'opération ; les points de suture qui réunissaient l'angle des incisions ne furent enlevés que le quatrième jour. Les plaies étaient réunies par première intention dans la majeure partie de leur étendue ; j'attendis néanmoins jusqu'au sixième jour pour pratiquer des injections dans les fosses nasales et les nettoyer. Les accidents du côté de l'œil disparurent rapidement ; la déformation du palais diminua ; et le malade ne fut tourmenté que par un écoulement séreux abondant, se produisant par la narine gauche, pendant dix ou douze jours, lorsqu'il inclinait la tête en avant.

Le 15 août, la cicatrisation étant solide, l'écoulement nasal ayant disparu, Thyraud demande sa sortie qui lui est accordée ; son œil est revenu à l'état normal ; la voûte palatine est encore un peu abaissée ; la cloison du nez est à peu près redressée ; le nez est sur la ligne médiane de la face, mais il est resté assez large en raison de l'évasement subi par ses os propres ; la paroi externe de la fosse nasale gauche est déprimée, mais consolidée ; tout le côté gauche de la face à partir de l'œil, semble situé sur un plan un peu plus bas que le côté droit : la dégluti-

---

malgré leur influence, nous ne verrons apparaître que très-faiblement ces manifestations électro-chimiques ; le sol demeurera muet, la pile sera en repos et l'endémie palustre anéantie.

En envisageant l'action physique et chimique du drainage, on peut dire, je pense, que cette action a pour effet : 1° d'exercer une influence notable sur la température du sol ; 2° de modifier le pouvoir évaporateur dans la couche superficielle.

Ces deux résultats ont entre eux, on le conçoit, et nous l'avons vu, une relation directe si intime qu'on ne peut les séparer : c'est qu'en effet qui dit vaporisation dit aussi refroidissement, car chaque fois que l'eau s'élève dans l'atmosphère sous forme gazeuse ou de vapeur, elle emporte avec elle une très-grande quantité de chaleur qu'elle emprunte nécessairement aux corps avec lesquels elle est en contact, et, quand rien ne restitue à ces corps la chaleur dont ils sont privés, il s'ensuit qu'ils sont refroidis d'une manière notable.

Les expériences que j'ai faites sur des terrains drainés m'ont paru conformes à celles faites par M. Charnock, vice-président de la Société météorologique de Londres, ainsi qu'à celles de MM. Milnes et de Courcy : toutes établissent que le drainage diminue considérablement l'évaporation du sol, cette cause très-grande de refroidissement. « Que l'on suppose seulement, dit M. Barral (*Manuel du drainage*), que le drainage puisse diminuer l'évaporation d'un tiers ou d'un quart, on comprendra quelle quantité de chaleur pourra être ainsi conservée à la terre, et l'on admettra facilement que le drainage puisse apporter une modification profonde dans le climat d'une contrée. »

Aussi l'on peut, sans trop s'avancer, dire que, sous l'influence du drainage, un sol change, en quelque sorte, de nature et de classe ; d'imperméable qu'il était, il devient perméable ; se trouvant modifié jusque dans la couche superficielle, le drainage, nous l'avons vu, en diminuant l'évaporation, modifie aussi l'atmosphère, et tous les deux, sol et atmosphère,

tion est facile ; la parole est encore nasonnée. En somme, la légère déformation persistante des traits du visage résulte plutôt du développement considérable auquel l'affection était parvenue que de l'opération elle-même, et diminuera sans doute encore.

Examiné le 28 novembre, quatre mois après l'opération, Thyraud présente un aspect de santé très-satisfaisant. L'œil gauche est en bon état; sous l'influence du vent ou du froid, il y a un peu d'épiphora : les cicatrices résultant de l'opération sont bonnes, solides et médiocrement apparentes. Le nez, replacé sur la ligne médiane, est resté un peu large; la narine gauche est bien conformée ; la cloison du nez est redressée; la face externe de la fosse nasale gauche est un peu excavée et offre dans le fond de l'excavation, un petit pertuis qui semble communiquer avec l'antre d'Highmore ; le cornet inférieur a disparu; la voûte palatine est revenue à l'état normal; l'ouverture pharyngienne de la narine gauche est encore un peu plus large que la droite. La narine gauche fournit des mucosités plus abondantes que la droite.

Le côté gauche de la face est relevé sur le même plan que le droit; il existe encore un peu d'insensibilité de la lèvre; les dents supportées par le maxillaire supérieur gauche sont très-sensibles. La déglutition, la respiration et la voix sont normales.

L'aspect général de la tumeur rappelle assez bien la forme et le volume du calcanéum. Son poids, après dessiccation, est de 75 grammes ; avec les petits séquestres qui sont détachés, il s'élève à 80 grammes; son diamètre antéro-postérieur est de 93 millimètres; son diamètre vertical, dans sa plus grande hauteur, de 48 millimètres; son diamètre transversal, dans sa plus grande largeur, de 40 millimètres. On y remarque trois renflements distincts, séparés par deux collets circulaires : l'un, antérieur, occupait la narine ; l'autre, médian, remplissait la fosse nasale; le troisième, postérieur, faisait saillie dans la partie supérieure du pharynx. Le collet qui sépare le premier renflement du second a 25 millimètres de diamètre ; le collet qui sépare le renflement médian du renflement postérieur a 35 millimètres de diamètre transversal, et 28 millimètres de diamètre vertical.

En comparant les divers diamètres des fosses nasales, mesurés sur plusieurs têtes pour en obtenir la moyenne, avec ceux de la tumeur, on peut se faire une idée de la gêne qu'elle devait provoquer et des difficultés de son extraction. Longueur d'avant en arrière du plancher des fosses nasales, 40 millimètres ; diamètre antéro-postérieur de l'exostose, 93 millimètres, c'est-à-dire 53 millimètres en plus. Hauteur des fosses nasales, en avant, 48 millimètres; en arrière, 44 millimètres; plus grand diamètre vertical de l'exostose, 48 millimètres : peu de différence. Largeur d'une fosse nasale, mesurée au-dessous du cornet inférieur, 16 millimètres ; diamètre transversal de la tumeur, 40 millimètres, ou 24 millimètres en plus. Diamètre transversal d'une arrière-narine, 15 millimètres ; diamètre transversal du collet postérieur de la tumeur, 32 millimètres, ou 17 millimètres en plus ; diamètre vertical d'une arrière-narine, 28 millimètres ; diamètre vertical du collet postérieur de la tumeur, 28 millimètres : égalité. Les diamètres du renflement pharyngien de l'exostose sont en moyenne de 35 millimètres, et, par conséquent, plus grands de 20 et de 7 millimètres que les diamètres transversal et vertical de l'ouverture postérieure de la fosse nasale.

Toute la surface de l'exostose est inégale et creusée de petits trous : assez lisse sur le renflement médian, elle est rugueuse sur les renflements antérieur et postérieur, dont les dépôts lithiques ont disparu par la macération. Sa face externe et sa face inférieure sont irrégulièrement planes. Sa face supérieure présente un renflement considérable, dont la moitié antérieure a été détruite par la carie, ainsi que les deux tiers antérieurs de la face interne et la partie moyenne de la face inférieure. Son tissu est très-dense, très-compacte, éburné, et semble composé de fibres perpendiculaires aux surfaces. La carie a creusé l'exostose d'une large échancrure, en bas, en dedans, en haut et un peu en dehors : la cavité qui en résulte était remplie par quinze ou vingt petits séquestres, dont le volume varie depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle de la dernière phalange du petit doigt. Nous avons dit qu'il nous avait été impossible de reconnaître les vestiges du pédicule de l'exostose ; néanmoins, d'après le récit du malade et l'examen de la tumeur, nous sommes porté à croire que celle-ci s'implantait sur la partie moyenne du plancher de la fosse nasale.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Anthropologie. — *Effets des alliances consanguines*, par M. *Cadiot*, médecin à Vandeléville (Meurthe). — Sur 54 mariages entre parents au troisième ou au quatrième degré, 14 sont restés stériles ; 7 ont produit des enfants tous morts avant l'âge adulte ; 18 ont donné des enfants scrofuleux ou rachitiques, tuberculeux ou dartreux, sourds-muets ou idiots.

Restait quinze familles dont la descendance est saine jusqu'à présent, sans que rien autorise à être bien rassuré sur l'avenir. (*Comm. :* MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard, Bienaymé.)

— M. *Champouillon* soumet au jugement de l'Académie un mémoire *sur quelques effets pouvant résulter de l'usage du sucre et des remèdes sucrés*. (*Comm. :* MM. Payen, Cl. Bernard, Longet.)

— M. *le Président* présente au nom de l'auteur, M. *Van Dromme*, une notice sur le traitement curatif et préventif du choléra asiatique, à l'occasion d'une épidémie de choléra qui a sévi à Bruges en 1839.

— M. *le Secrétaire perpétuel* signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, un opuscule de M. *Courty* sur les substitutions organiques. Ce travail, qui date déjà de quelques années, est consacré à la défense de la doctrine de la *substitution* opposée à la *transformation*. S'appuyant principalement sur des considérations d'embryologie, l'auteur soutient que « jamais un appareil, un organe ou un tissu ne se transforme en un autre appareil, un autre organe ou un autre tissu. Lorsqu'à la place qu'occupaient les premiers on vient-à rencontrer les seconds, c'est que ceux-ci se sont substitués à ceux-là. Il s'est opéré une sorte de remplacement molécule à molécule, de telle façon que ce n'est plus à la même matière que l'on a affaire. »

---

ont un rapport tellement intime que la transformation de l'un réagit sur la nature et la composition de l'autre.

Enfin s'il est vrai que l'imperméabilité d'un sol donne lieu à l'évaporation, je dois ajouter qu'il est certains terrains qui, par les éléments qui les composent, provoquent un rayonnement plus grand de la chaleur solaire, développent une plus grande quantité de chaleur et d'électricité, en même temps qu'ils doublent la puissance d'évaporation. De là cette augmentation dans les brouillards et dans les rosées qui viennent s'abattre le matin et le soir avec plus d'abondance sur ces sortes de terrains, et qui, suivant que nous l'avons fait observer, sont un des phénomènes propres aux pays palustres.

En jetant un coup d'œil sur les travaux de Schubler, on se rend encore plus exactement compte de la force évaporatoire que possèdent par leur nature certaines espèces de terre.

Ainsi, si l'on représente par 100, dit-il, la faculté que possède le sable calcaire de retenir la chaleur, on a pour le sable siliceux 95, pour la terre arable calcaire 74, pour la terre argileuse 68, et pour l'humus 49. D'où il suit que l'humus et la terre argileuse se refroidissent en moitié moins de temps que le sable calcaire.

Une fois échauffées par le soleil, ces différentes espèces de terre ne se refroidissent pas dans une même proportion, ne réagissent pas également par voie de rayonnement sur l'air ambiant, de sorte que, à un instant donné, la température de l'air n'est pas identique, à hauteur égale, pour chacune d'elles; elle reste plus longtemps élevée sur un terrain caillouteux que sur un terrain argileux. Il en résulte, et nos recherches ont confirmé ce fait, que, à latitude égale, dans les mêmes conditions et dans des lieux peu éloignés, suivant la nature du sol, son imperméabilité ou la perméabilité que lui donne le drainage, on trouve une différence de température excessivement marquée dans la couche atmosphérique qui repose sur le sol.

Ces différences dans la température de l'air au-dessus du sol sont produites, ainsi que je l'ai déjà dit, par ces réactions chi-

Chimie appliquée. — *Remarques relatives à l'action de l'oxygène sur le vin*, par M. *Berthelot*. — Les résultats de mes expériences, relatives à l'action de l'oxygène sur le vin, ayant été contestés dans la dernière séance par M. Maumené, je crois devoir faire une réponse à ce sujet. Les faits que j'ai observés sont faciles à vérifier. Il suffit d'agiter le vin avec de l'oxygène ou même avec de l'air; l'oxygène s'absorbe rapidement. Dans ces conditions, il dénature et détruit en peu de temps le bouquet des vins de nos climats. Est-il besoin d'ajouter que le mercure n'est pour rien dans ces résultats, qui peuvent être obtenus en son absence aussi bien qu'en sa présence?

Chimie pathologique. — *Sur le diabète non sucré*, note de M. *E. J. Maumené*, présentée par M. Peligot. — Cette maladie présente une particularité très-remarquable et dont je ne vois aucune mention nulle part. Le poids de l'extrait d'urine évaporée à 100 degrés est extrêmement faible. Il ne s'élève pas à plus de 2gr,7 ou 2gr,8 par litre au maximum. Et comme le malade ne rend pas plus de 8 litres par jour, il s'ensuit que le poids des matières solides de l'excrétion urinaire ne dépasse pas 22 grammes.

Le sel marin et l'urée sont les substances qui dominent dans l'urine diabétique non sucrée. Les autres matières sont les mêmes que dans l'urine ordinaire. Il n'y a point de sucre.

Les 2gr,4 contenus dans un litre sont représentés par : chlorure de sodium, 1gr,28; urée, 0gr,93; sels ordinaires de l'urine, 0gr,19.

— M. *Basset* adresse une réclamation de priorité pour la démonstration de quelques-uns des faits qui ont ruiné la théorie des prétendues *générations spontanées*. Il cite à l'appui de cette assertion deux livres qu'il a publiés, l'un, en 1853, sur l'*alcoolisation*, l'autre, en 1858, sur la *fermentation*. Relativement à cette dernière question, ses recherches l'ont conduit à des résultats notablement différents de ceux qui ont été exposés récemment au sein de l'Académie.

Comité secret. — M. *Jobert* (de Lamballe), au nom de la section de médecine et de chirurgie, présente la liste suivante de candidats pour une place de correspondant vacante par suite du décès de M. *Benjamin Brodie*.

En première ligne, M. *W. Lawrence*, à Londres; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, M. *Rokitansky*, à Vienne, M. *Simpson*, à Édimbourg.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1864. — Prix de l'Académie. — La question proposée par l'Académie est celle-ci : « Étudier d'après des faits cliniques les complications qui, dans le cours du rhumatisme aigu, peuvent survenir du côté des centres nerveux et de leurs enveloppes. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie propose la question suivante : « Déterminer quel est l'état des nerfs dans les paralysies locales. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — L'Académie met au concours cette question : « Faire l'histoire de l'ataxie locomotrice progressive. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie met au concours cette question : « Des vomissements incoercibles pendant la grossesse. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. — Ce prix sera de la valeur de 3000 francs.

Prix fondé par M. Orfila. — Ce prix, qui ne peut pas être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale. — L'Académie, pour se conformer aux prescriptions de M. Orfila, propose, pour la troisième fois, la question relative aux champignons vénéneux, formulée ainsi qu'il suit : 1° Donner les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour tout le monde. — 2° Rechercher quelle est l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et de l'époque de l'année, soit sur les effets nuisibles des champignons, soit sur leurs qualités comestibles. — 3° Isoler les principes toxiques des champignons vénéneux, indiquer leurs caractères physiques et chimiques, insister sur les moyens propres à déceler leur présence en cas d'empoisonnement. — 4° Examiner s'il est possible d'enlever aux champignons leurs principes vénéneux ou de les neutraliser, et, dans ce dernier cas, rechercher ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'ils ont subie. — 5° Étudier l'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir, et les remèdes qu'on peut lui opposer. — Ce prix sera de la valeur de 6000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voy. plus haut les conditions du concours.) — Ce prix sera de la valeur de 4000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie externe. — Il sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1865. — Prix de l'Académie. — L'Académie propose la question suivante : « Des paralysies traumatiques. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie met au concours cette question : « Existe-t-il des caractères anatomiques spécifiques du cancer, et quels sont ces caractères? » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — La question proposée par l'Académie est celle-ci : « Des rapports de la paralysie générale et de la folie. » — Les concurrents auront surtout à décider si la paralysie générale est une maladie primitive débutant d'emblée chez des sujets jusque-là sains d'esprit, ou bien, au contraire, si elle survient sou-

---

miques sans nombre qui naissent sous l'influence de la chaleur solaire ; et plus grande, plus puissante se trouve cette chaleur, plus intenses sont aussi ces phénomènes. « C'est le propre de l'affinité chimique, dit M. Barral (*Manuel du drainage*, p. 719), que d'être modifiée constamment par les agents physiques, et notamment par la chaleur et l'électricité, en même temps qu'elle n'entre jamais en jeu sans donner naissance à des phénomènes calorifiques et électriques, ou même lumineux, quand les premiers ont une grande intensité. » Aussi la différence que nous devons établir entre deux terrains, dont l'un seulement est drainé et l'autre ne l'est pas, c'est que, dans celui-ci, les réactions chimiques qui s'opèrent dans le sol, et particulièrement à sa surface, ont un effet direct sur l'atmosphère par suite du dégagement de chaleur et d'électricité que produit incessamment l'évaporation, tandis que, dans celui-là, les réactions chimiques se produisent dans le sol lui-même et à son profit, en diminuant l'évaporation, et par là les perturbations calorifiques et électriques qui en dépendent.

Les avantages qui résultent du drainage pour les conditions physiques et chimiques du sol et de l'atmosphère des pays humides étant parfaitement établis, il me resterait, cher maître, à m'étendre sur la question pratique de cette opération, à dire quels sont les modes et les procédés différents qui sont et doivent être employés pour arriver à ce résultat. Mais, outre que ces moyens sont aujourd'hui connus de tout le monde, que pourrais-je dire après tous les traités que nous possédons sur ce sujet et qui ont été publiés tant en France qu'en Belgique, en Angleterre, etc.? après les descriptions si précises qu'en ont données MM. Barral, Mangon, Leclerc, etc.? Si je ne les copiais servilement, je ne pourrais tout au plus que redire ce qu'ils ont si bien dit. Aussi je ne peux que renvoyer aux ouvrages de ces auteurs ceux qui veulent pratiquer le drainage.

Cependant, cher maître, je vous demanderai la permission de dire un mot concernant les détails pratiques du drainage des maisons dans les villes et dans les campagnes, parce que

vent comme complication dans le cours de la folie simple. — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie propose la question suivante : « Du pouls dans l'état puerpéral. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voy. plus haut les conditions du concours.) — Ce prix sera de la valeur de 8000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie externe. — Il sera de la valeur de 1000 francs.

Les Mémoires pour les prix à décerner en 1864 devront être envoyés à l'Académie avant le 1[er] mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1[er] septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard (d'Argenteuil), Barbier et Amussat sont exceptés de ces dispositions, ainsi que les concurrents au prix fondé par M. Capuron pour la question relative aux eaux minérales.

Séance du 22 décembre 1863.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Deux lettres officielles par lesquelles sont approuvées les propositions de récompenses à décerner aux médecins inspecteurs des eaux minérales et aux médecins des épidémies. — *b.* Le rapport final de M. le docteur *Contesse* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1863 dans la commune de Bossenaes (Jura). — *c.* Le rapport final de M. le docteur *Laissus* sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné en 1862 dans la commune de Saint-Martin-de-Belleville (Savoie). — *d.* Un rapport de M. le docteur *Manouvrier* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1863 à Flines-lez-Mortagne (Nord). — *e.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans le département d'Ille-et-Vilaine. (*Commission des épidémies.*) — *f.* Un rapport de M. le docteur *Cazaintre* sur le service médical des eaux minérales de Rennes (Aude) pendant l'année 1862. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Un mémoire sur la durée de la grossesse dans l'espèce humaine. (*Commission déjà nommée.*) — *b.* Une note de M. le docteur *Bourgeois* sur l'efficacité du traitement des affections pulmonaires par la respiration des poussières d'eaux sulfureuses. (*Commission des eaux minérales.*) — c. Une lettre de M. le docteur *Chassagny* (de Lyon) sur l'origine de la vaccine. (*Commission de vaccine.*) — *d.* Une lettre de M. le docteur *Bérard*, de Gensac (Gironde), sur le traitement des hernies étranglées sans opération. (*Comm.*: MM. Jobert, Cloquet, Malgaigne.) — *e.* Une lettre de M. le docteur *Pons* (de Bez) sur les aphorismes d'Hippocrate — *f.* Une note de M. le docteur *Binot* (de Villiers) sur une plaie contuse du crâne avec fracture, compliquée de hernie du cerveau. (*Comm.*: M. Cloquet.)

M. *Béclard* présente, de la part de M. le docteur *Beaugrand*, la troisième édition du Traité d'hygiène, par feu M. Becquerel.

M. *Bouley* dépose sur le bureau, au nom de M. le professeur *Goubaux* (d'Alfort), un travail manuscrit *sur une nouvelle méthode de castration*, consistant dans l'écrasement de l'artère testiculaire. (*Comm.*: MM. Leblanc, Bouley et Huguier.)

M. *Larrey* présente, au nom de M. *Philipeaux* (de Lyon), une brochure sur le traitement de la surdité et la perforation du tympan; au nom de M. *Ceresoli*, pharmacien à Brescia, un travail sur les réactions chimiques de l'iode; au nom de M. *Maturino de Sanctis*, une brochure intitulée : Manuale di chirurgia militare; au nom de M. le docteur *Frederico-Amedeo Berroni*, une brochure sur l'état actuel de l'asile d'aliénés de Turin; au nom de M. *Pignocco* (de Palerme), un volume intitulé : Essai de statistique médicale; au nom de M. le docteur *Camille Ricques*, une brochure sur la Bible et le Coran; au nom de M. le docteur *Van Dromme* (de Bruges), une notice sur le traitement curatif et préventif du choléra asiatique.

M. *Boudet*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports, dont les conclusions négatives sont successivement adoptées sans discussion.

Élections.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, au renouvellement partiel du bureau et du conseil d'administration.

En vertu de la modification introduite l'année dernière dans son règlement, l'Académie porte, sans voter, le vice-président au fauteuil de la présidence.

Sont nommés pour l'année 1864 :

Président, M. *Grisolle*.

Vice-président, M. *Malgaigne*.

Secrétaire annuel (à l'unanimité), M. *Béclard*.

1[er] membre du conseil d'administration, M. *Cruveilhier*.

2[e] membre du conseil d'administration, M. *Poggiale*.

Discussion sur l'origine de la vaccine.

M. *Piorry* donne lecture d'un travail qu'il résume dans les conclusions suivantes :

« 1° L'observation, l'expérimentation et le raisonnement se réunissent pour prouver que le virus de la vaccine n'est autre que celui de la petite vérole, mais que son degré est plus faible dans le premier cas que dans le second; 2° la variole n'est pas une seule maladie, mais les symptômes désignés par ce nom se rattachent à des affections fort différentes entre elles; 3° le virus qui donne lieu à ces diverses affections est essentiellement de même nature, du même caractère, et l'idée d'unité ne se rapporte pas aux collections-phénomènes, mais au variose qui en est le principe; 4° il en est ainsi de la plupart des unités morbides admises : c'est le virus qui les cause

---

ces conditions spéciales sont encore peu connues, et qu'ayant été appelé plusieurs fois à donner des conseils sur ce sujet j'ai introduit quelques modifications qui m'ont semblé très-utiles.

Ce n'est pas qu'ici les tranchées doivent être plus profondes et plus larges, ni les matériaux être d'une autre nature ni posséder une autre forme, mais il est bon d'observer quelles sont les modifications qui doivent être apportées suivant que le drainage est pratiqué dans le sol des maisons, des cours intérieures, dans le sol des rues ou des places publiques.

D'après les observations que j'ai été à même de faire, j'ai pu me convaincre que, plus est restreinte l'étendue du sol que l'on doit drainer, plus aussi on doit rapprocher entre eux les canaux et les drains qui sont appliqués dans cette opération. On conçoit, en effet, qu'en faisant un drainage très-rapproché dans le sol d'une habitation, on l'assainit d'autant plus qu'en outre de l'écoulement plus facile et plus rapide de l'eau contenue dans le sol on pratique dans celui-ci, par la multiplication des canaux, un aérage aussi complet qu'on le ferait par des caves.

Il faut donc, pour les habitations, rapprocher, multiplier le plus possible l'application des drains, 2 mètres à 1 mètre si l'on peut, et, quand on le peut (j'en ai vu retirer les meilleurs effets), il faut pratiquer deux étages de drains, en mettant, par exemple, une couche de tuyaux à 1^{m},50 et 2 mètres de profondeur, lesquels sont croisés par une autre couche de drains à 50 ou 80 centimètres de profondeur seulement.

Ce drainage du sol des habitations doit venir se confondre dans les tuyaux collecteurs que l'on doit placer autour des murs extérieurs des édifices et des maisons, lesquels versent toute l'eau qu'ils ont reçue dans le collecteur général.

Dans les cours intérieures des maisons, les drains sont appliqués à la profondeur ordinaire et espacés de 3 à 4 mètres, sur les places publiques de 3 à 5 mètres. Dans les rues des villes, le drainage doit se faire par l'application de deux lignes de

qui seul est unitaire, et les maladies qu'il détermine sont différentes entre elles et partant dissemblables; 5° le très-grand tort de la plupart des nosologistes est d'avoir confondu les virus qu'ils n'avaient pas nommés avec les collections de symptômes que ces virus produisent; 6° cette faute n'arrivera plus quand, en se servant de la nomenclature pathologique, on aura donné à chaque virus un nom spécial et propre à le distinguer des phénomènes auxquels il donne lieu. »

Lecture.

THÉRAPEUTIQUE. — M. le docteur *Bergeron*, candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale, lit un *Mémoire sur le traitement du cancroïde par le chlorate de potasse*, et termine ainsi sa communication :

« Des faits observés tant chez les animaux que chez l'homme, et relatés ou mentionnés dans ce mémoire, il ressort : 1° que des cancroïdes de la muqueuse buccale et de la peau, dont l'examen microscopique a, dans plusieurs cas, confirmé les caractères cliniques très-nettement dessinés d'ailleurs, ont été guéris par l'emploi du chlorate de potasse pendant un laps de temps variable, mais qui n'ayant jamais été moindre de deux mois, s'est, en général, prolongé quatre, cinq et six mois; 2° que dans le fait du docteur Milon (1858), et dans la première guérison que j'ai obtenue chez l'homme (1863), le chlorate de potasse a été employé exclusivement en lotions ou en applications continues sur les tumeurs ou ulcérations cancroïdales, ce qui établit d'une manière péremptoire l'efficacité du traitement externe confirmée depuis par l'observation de M. Blondeau; 3° que jusqu'à présent, à l'exception d'une malade de la Salpêtrière (service de M. Charcot), dont les cancroïdes sont aujourd'hui en voie de guérison, sans autre traitement, du 20 juillet au 6 novembre dernier, que l'usage interne du chlorate de potasse, aucun des malades chez lesquels on s'est borné à donner le sel à l'intérieur n'a guéri; 4° que les guérisons obtenues chez les animaux, si elles tendent à faire croire que le chlorate de potasse agit aussi par absorption, ne le prouvent pas d'une façon absolue, par cette raison que les cancroïdes traités par M. Leblanc ou par moi chez le chat et le cheval avaient pour siége la muqueuse buccale, et ont nécessairement subi l'action directe du médicament administré en solution dans l'eau ou dans le lait; 5° qu'en conséquence, dans l'état actuel des choses, l'efficacité du traitement topique paraît mieux démontrée que celle du traitement général; 6° que néanmoins cette conclusion n'implique pas la nécessité de renoncer à traiter par le chlorate les cancroïdes du rectum et de l'utérus, d'abord parce que le médicament pourra être porté, le plus souvent, sur les surfaces malades, puis enfin parce que le fait de la Salpêtrière, cité plus haut, montre qu'à la longue l'action du chlorate peut se faire sentir sur les points les plus éloignés des surfaces d'absorption; 7° que chez mes malades j'ai employé une solution au vingt-cinquième, et me suis contenté, chez les premiers, de faire passer matin et soir sur les cancroïdes un pinceau trempé dans cette solution; mais la rapidité avec laquelle la guérison a été obtenue dans le fait du docteur Blondeau permet d'espérer qu'en faisant usage d'une solution plus concentrée, et en substituant aux lotions des applications permanentes, on obtiendrait des résultats plus prompts; 8° que le traitement interne, consistant uniquement dans l'administration quotidienne de 2 gr. de chlorate de potasse dissous dans une potion de 125 gr. ou dans un verre d'eau sucrée à prendre en cinq ou six gorgées, a été parfaitement supporté pendant près de quatre mois par deux malades de la Salpêtrière; que chez un malade de M. Laugier et chez un malade de M. Léger il a, au contraire, amené au bout d'une quinzaine de jours un état de dyspepsie qui a forcé d'en suspendre momentanément l'emploi; qu'enfin, chez une malade de M. Devergie, des accidents gastriques ont nécessité sa cessation absolue; qu'en conséquence il sera prudent de débuter par une dose faible (0,50 ou 1 gr. par exemple), que l'on pourra, au besoin, élever ultérieurement. »

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en *comité secret* pour entendre un rapport de M. Tardieu sur les candidats à une place d'associé libre.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Médication substitutive parenchymateuse, par le docteur LUTON.

Tout progrès thérapeutique véritable, sérieux, durable, n'est et ne peut être que l'effet du temps et d'efforts successifs s'enchaînant les uns aux autres; tant de conditions diverses sont nécessaires à sa réalisation complète, à son accomplissement, que l'évolution n'en saurait être spontanée. Le plus simple a toujours ses modifications, ses perfectionnements consécutifs, qu'il soit original ou qu'il se rattache à d'autres, comme c'est le plus souvent le cas. De là le progrès continu et la médication substitutive dont le docteur Luton (de Reims) vient de formuler une nouvelle application qu'il appelle parenchymateuse, dans une communication à l'Académie des sciences. MM. Trousseau et Pidoux créent le nom, en formulent le principe et en démontrent l'application aux surfaces directement accessibles aux agents médicamenteux; puis à l'aide de la petite seringue de Pravaz, qui, grâce aux progrès de la chimie, permet les injections hypodermiques — ici, pour calmer la névralgie avec l'atropine; là, pour exciter le nerf paralysé avec la strychnine, comme le professeur Courty (de Montpellier) vient d'en rapporter des exemples — ces injections sont faites dans la profondeur des tissus, des organes, pour en modifier l'altération pathologique. Telle est en abrégé la filiation

---

drains, longeant parallèlement chaque rang de maison à 1 mètre de distance.

L'eau recueillie par les drains placés sous le sol des habitations va, par un principal collecteur, gagner ceux qui sont autour de la maison, et ceux-ci vont s'aboucher avec les collecteurs latéraux de chaque rue. Enfin, dans les rues, sont placés des regards ou sortes de puits où viennent se réunir plusieurs collecteurs, et d'où partent les conduits plus importants qui vont verser l'eau dans des aqueducs, des ruisseaux, etc.

Nul doute que, lorsqu'on aura reconnu l'importance et les résultats du drainage dans les villes humides et qu'on l'aura mis en pratique dans quelques villes, nul doute, dis-je, que des lois de police municipale ne soient promulguées, afin de réglementer ces travaux d'hygiène publique et de salubrité, les encourager, les faciliter, comme il a été fait à l'égard du drainage agricole.

Enfin, par le drainage pratiqué autour des villes et dans les villes, on peut arriver à la solution d'une question qui intéresse aujourd'hui au plus haut degré toutes les municipalités désireuses de fournir à leurs habitants de l'eau pouvant servir à la fois à l'alimentation et aux besoins généraux. On peut donc, en outre des avantages si nombreux que peut donner le drainage et dont je vais signaler les effets dans ma prochaine lettre, on peut donc compter aussi sur celui de pouvoir procurer aux populations une assez grande quantité d'eau, et par elle former des fontaines, des citernes, des bassins, lavoirs, etc.

Véritablement, cette dernière considération vaut la peine d'appeler l'attention de l'administration supérieure, et le drainage ne dût-il donner que ce résultat qu'on pourrait le proclamer une opération de première nécessité; mais, ainsi que je vais essayer de vous le démontrer en opposant les faits eux-mêmes, le drainage est appelé à répandre les plus grands bienfaits, car, s'il rend le sol plus riche et plus fertile, il assainit l'atmosphère, les habitations, le pays, et, par cette raison, il fait disparaître l'endémicité, source de tant de maux dans les villes et dans les campagnes.

Veuillez agréer, etc. Dr ÉD. BURDEL.

la plus apparente de la substitution parenchymateuse, sans compter la réclamation de priorité du professeur Alquié, qui, comme tant d'autres, a coopéré sans doute à l'évolution de cette nouvelle modification sans la réaliser véritablement.

Par l'injection de l'eau salée, l'alcool, la teinture de cantharides et la solution de nitrate d'argent dans l'intimité des parties douloureuses, situées parfois à une grande profondeur, M. Luton a provoqué ainsi une substitution de la douleur, et guéri rapidement, parfois en moins de dix jours, des névralgies trifaciales, intercostales, sciatiques, des douleurs localisées rebelles et résistant aux moyens ordinaires, même aux injections narcotiques, comme il en rapporte vingt et un exemples. (*Arch. de méd.*, octobre 1863.) Pour les douleurs récentes, et surtout les névralgies faciales, l'eau salée a suffi ; mais pour les douleurs anciennes, la sciatique en particulier, la solution argentique a été le plus souvent employée et la plus efficace en la portant au dixième de concentration. Employée au cinquième, à la dose de 10 et même 20 gouttes, dans les cas les plus rebelles, elle a provoqué le phlegmon et la suppuration sans accidents fâcheux, l'inflammation artificielle restant toujours circonscrite et modérée. La solution de sulfate de cuivre, dont les effets sont analogues, a une action encore moins marquée.

Contre les adénopathies aiguës ou indolentes, les engorgements strumeux, rebelles aux topiques, la teinture d'iode a produit une inflammation franche, légère, non suppurative, et une résolution lente. Dans une périarthrite tibio-tarsienne et une ostéite du tarse, la teinture d'iode et la solution argentique employées successivement ont produit aussi des résultats très-favorables. De même dans trois cas de goîtres parenchymateux. On peut aussi tenter la transformation radicale des tumeurs chroniques et dégénérées, les corps fibreux, les adénoïdes, les masses cancéreuses, à l'aide des solutions diverses de bichlorure de mercure, acide l'arsénieux, le tartre stibié, le sulfate de zinc, et même l'huile de croton. L'injection d'une quarantaine de gouttes de teinture d'iode dans un ganglion sous-maxillaire gros comme une noix, symptomatique d'un cancroïde de la base de la langue détruit par le caustique, en provoqua l'atrophie sans récidive. Dans une masse cancéreuse de l'estomac, ce moyen fut d'une innocuité parfaite et fit cesser les douleurs épigastriques qui s'irradiaient autour de la tumeur ; après deux mois, l'état de la malade était sensiblement amélioré.

Selon le professeur rémois, on peut tenter encore ces injections iodées contre les épanchements articulaires chroniques, les hygromas, les masses hématiques, les kystes multiloculaires, les loupes, etc., etc., avec ou sans évacuation du liquide. Au lieu de les faire parvenir dans la cavité même, on les dépose au dehors et au voisinage de la tumeur kystique. Il a obtenu ainsi la résolution complète d'une masse hématique du bas-ventre chez une femme, et l'a tentée de même, sans accident, dans un kyste ovarique multiloculaire, en obtenant comme premier effet la disparition d'une ascite concomitante. C'est donc là une nouvelle ressource à expérimenter dans les cas désespérés et qui promet de nombreux succès. (*Bull. de thérap.*, oct. et nov., et *Union médicale*, n° 152.)

Goître unilatéral ; tentative d'extirpation,
par le docteur SMITH.

OBS. — Le 30 juin 1863, le docteur Ruffin, de Lexington (Missouri), amena au docteur Smith un mulâtre âgé de trente-quatre ans portant au cou une tumeur qu'il supposait être un kyste du corps thyroïde ; en bas elle reposait sur la clavicule, en dehors elle atteignait le bord du trapèze, en avant elle recouvrait la trachée, et remontait jusqu'au maxillaire inférieur. Depuis quatre ans le malade s'était aperçu de son existence, et son développement, lent d'abord, s'était fait, au contraire, depuis cinq mois avec une grande rapidité. Le malade désirait être débarrassé de sa tumeur et des accès de suffocation qu'elle lui occasionnait.

Le 1er juillet, M. Smith, aidé de plusieurs confrères, fit une incision allant depuis l'articulation sterno-claviculaire jusqu'à l'angle maxillaire, coupant la peau, l'aponévrose et l'omo-hyoïdien. Une seconde incision transversale fut faite au-devant de la trachée. Après avoir lié plusieurs artérioles, on vit que la tumeur se prolongeait sous les sterno-hyoïdien et thyroïdien. On les dégagea avec le manche du scalpel.

La tumeur fut isolée partout, excepté à sa base, où elle adhérait par une bride large de trois doigts au lobe droit tout à fait sain du corps thyroïde ; cette bride renfermait un grand nombre de vaisseaux volumineux. La thyroïdienne inférieure fut liée, mais dans ce temps de l'opération la tumeur fut légèrement entamée, et donna une hémorrhagie sérieuse que la glace et le perchlorure ne pouvaient arrêter. On l'arrêta en saisissant avec une pince la petite plaie, et en la serrant avec une ligature. La thyroïdienne supérieure, enveloppée par la tumeur, ne pouvait être atteinte sans donner la crainte d'une nouvelle hémorrhagie.

La sous-clavière donnait une autre artère de la grosseur d'une plume d'oie pénétrant dans la face profonde de la tumeur. Lier les vaisseaux qui pénétraient ainsi dans la tumeur, couper ses communications avec le côté droit de la thyroïde, eût probablement amené une hémorrhagie mortelle. Lier les artères du lobe droit et enlever toute la glande, était extrêmement hasardeux. Ces considérations engagèrent l'opérateur à s'arrêter ; il repoussa la tumeur le plus loin possible de la trachée, et réunit la plaie par dix points de suture métallique. L'opération avait duré deux heures et demie, et quatorze artères avaient été liées. Le chloroforme avait été constamment administré, et douze onces avaient été employées sans symptômes fâcheux. La plaie se réunit par première intention, sauf au niveau des fils à ligature. Vingt-trois jours après l'opération, la tumeur, par l'usage externe et interne des préparations iodées, était réduite à la moitié de son volume.

Le docteur Smith, en s'arrêtant prudemment au milieu d'une opération qui, poursuivie plus loin, eût probablement amené la mort assez rapide du malade, a donné une fois de plus un exemple de prudence qu'on retrouve quelquefois dans la chirurgie anglo-américaine et que nous n'imitons pas assez. Une erreur de diagnostic est toujours possible ; peut-être ici eût-elle pu être évitée.

La limitation de la tumeur à un seul côté a fait penser à l'opérateur qu'il ne s'agissait pas du développement d'un goître. M. Valentine Mott, dans des réflexions qui suivent l'observation, dit avoir toujours enseigné depuis cinquante ans que l'hypertrophie du corps thyroïde est toujours générale. Il existe cependant quelques faits analogues dans la science, et il s'agissait probablement ici de cette variété de tumeur appelée goître anévrysmatique. (*American Medical Times*, octobre 1863.)

Luxation de la seconde phalange du gros orteil,
par le docteur CLEAVELAND.

Les luxations des phalanges des orteils sont assez rares pour que M. Malgaigne n'en ait trouvé que deux observations, l'une appartenant à M. Broca, l'autre à M. Pinel. C'est à ce titre que nous croyons devoir mentionner le fait suivant :

OBS. — J. C..., âgé de trente-huit ans, pensionnaire de l'asile des aliénés d'Utique (État de New-York), donna un coup de pied à un de ses compagnons, et, bien qu'il portât des pantoufles, se luxa la seconde phalange du gros orteil droit. L'orteil était raccourci, la seconde phalange luxée en bas ou en arrière, l'extrémité unguéale était tournée en haut et un peu en dehors vers le second orteil. La réduction fut facile, bien qu'on ne l'ait tentée que le troisième jour après la disparition du gonflement. (*American Med. Times*, octobre 1863.)

Plaies de l'abdomen par armes à feu ; rejet de la balle par le rectum, par M. DUCOCHET.

Des plaies pénétrantes de l'abdomen, alors même que le malade avait été percé de part en part par une baïonnette, ont été quelquefois suivies seulement d'accidents très-légers. Aussi quelques chirurgiens, à l'exemple de Dupuytren, prétendaient-ils que, dans ces cas, le corps vulnérant avait écarté sans les intéresser les anses intestinales.

Les expériences de Travers ont montré que l'épanchement de matières alimentaires n'était pas une conséquence forcée de la blessure de l'intestin. Les quelques faits suivants ne peuvent laisser de doute sur la pénétration de l'intestin, puisque la balle a été rejetée par le rectum, et cependant aucun accident grave n'est venu empêcher la guérison.

Obs. I. — H..., âgé de vingt-deux ans, lieutenant au 14e régiment Indiana, entre à *Georgetown Seminary Hospital* le 6 mai dernier. Il avait été blessé par une balle conique qui était entrée à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic, et à 1 centimètre à gauche de la ligne médiane. Le malade dit avoir peu souffert de sa blessure, excepté des nausées et une rétention d'urine. Pendant deux jours il n'y eut pas de garderobes, et le troisième après la blessure, le chirurgien du bâteau qui le transportait à Washington lui donna un purgatif qui agit naturellement. Le 8 mai, cinq jours après la blessure, il éprouva quelques douleurs abdominales, et le soir il rendit avec les selles une balle Minié très-déformée. Depuis cette époque jusqu'au 20 mai il eut deux garderobes par jour, quelques vomissements; mais la plaie guérit, la santé revint, et le 12 juin il put retourner chez lui en congé.

Obs. II. — C. B. Lupton, caporal au 2e régiment de cavalerie de New-York, âgé de vingt ans, fut blessé près de Rockville, le 28 juillet 1863, par une balle conique de pistolet, laquelle l'atteignit par derrière, et, passant entre les apophyses transverses des troisième et quatrième vertèbres lombaires, se logea dans la cavité abdominale. Le lendemain soir il entra à *Georgetown Hospital* ayant beaucoup de fièvre, de sensibilité et de ballonnement du ventre. Un léger purgatif fut administré; il y eut deux selles le lendemain. Le 4 août, sept jours après la blessure, la balle fut expulsée avec les garderobes. Le 9, l'amélioration commença; le 27 il fut transporté dans un autre hôpital, qu'il quitta depuis guéri pour retourner chez lui en congé.

Le troisième fait est raconté dans une lettre adressée au journal qui avait publié les deux faits précédents.

Obs. III. — Le 29 mars 1863, dit M. F. Hamilton, je vis à l'hôpital n° 8 de Louisville le caporal John J..., de la 5e batterie d'Indiana, atteint à Wurfreesboro, le 31 décembre 1862, d'une balle conique qui était entrée au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche. Le quatorzième jour la balle fut rendue par le rectum. Quand je vis le malade, il était encore au lit, la plaie était guérie, mais il y avait des selles purulentes. La santé s'améliorait rapidement, et je n'ai aucune raison de douter de la guérison complète du blessé. (*American Medical Times*, septembre, octobre 1863.)

Empoisonnement par la strychnine; guérison par les inhalations de chloroforme, par M. Leach.

Nous relevons en passant ce fait, dans lequel les accidents toxiques se sont produits dans le cours du traitement d'une paraplégie par la strychnine. Le malade en avait pris un grain et demi en onze jours. Les spasmes tétaniques généralisés, avec accélération et irrégularité de la respiration, écume à la bouche, saillie des yeux, dilatation et rétrécissement alternatifs des pupilles, avaient une durée de deux à quatre minutes, et n'étaient séparés que par des intervalles libres de trois minutes. On administra le chloroforme en inhalations, suivant la méthode ordinaire, au début des attaques, qui ne tardèrent pas à devenir plus rares et à s'éloigner. Elles cessèrent complétement au bout de deux heures et ne se reproduisirent plus. (*Medical Times and Gazette*, 7 novembre 1863.)

Empoisonnement par l'ingestion d'une préparation au chloroforme; guérison après cinquante-quatre heures de narcotisme, par M. G. Harley.

L'observation suivante présente de l'intérêt au point de vue de la nature du poison, du mode de traitement employé et du succès qui a suivi son application.

Obs. — Une petite fille de douze ans avala par erreur 20 grammes environ d'une préparation dans la composition de laquelle entrait une forte solution d'opium, un peu de chloroforme et quelques gouttes d'acide cyanhydrique. Elle vomit aussitôt; mais, dix minutes après, la stupeur se déclara si subitement, que la tête tomba dans le bassin recevant les matières vomies. MM. Kitelee et Simpson purent, avec la pompe stomacale, évacuer, deux heures après, le reste du poison. Cependant les symptômes s'aggravèrent; M. Harley constata alors la disparition du pouls radial, la rareté des inspirations (six par minute). On eut recours à la respiration artificielle, et l'on injecta dans l'estomac une pinte de café chaud contenant trois drachmes d'éther nitrique. Après quinze minutes, le pouls revint au poignet; on cessa la respiration artificielle, et l'on fit sur la tête une irrigation continue d'eau froide. Son effet fut immédiat: le pouls devint plus rapide et plus fort; la respiration reprit sa fréquence normale. Mais le coma reparaissant aussitôt qu'on cessait les affusions, on les reprit et on les continua pendant quelques heures. Ces divers moyens furent suivis de succès, et, cinquante heures après l'ingestion du poison, les symptômes d'empoisonnement et le narcotisme avaient disparu. (*The Lancet*, 1863, 2e volume, p. 7.)

Étranglement interne, création d'un anus artificiel; par le docteur Fourrier (de Serrouville).

L'auteur fut appelé auprès d'un homme âgé de 52 ans, présentant tous les signes d'un étranglement interne. Le hoquet existait depuis vingt-quatre heures; la voix était presque éteinte, les extrémités cyanosées. L'administration de l'huile d'amandes douces, la glace *intùs* et *extrà*, n'eurent aucun succès. Des ponctions de l'abdomen avec un petit trocart n'amenèrent qu'un soulagement momentané. L'auteur, assisté d'un confrère, se décida alors à pratiquer l'opération de l'anus artificiel, qu'il décrit de la manière suivante :

Conformément aux préceptes de M. Nélaton, je fis une incision parallèlement à l'arcade crurale droite, à un centimètre au-dessus d'elle; cette incision commençait à 2 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure et s'étendait jusqu'à un centimètre d'une ligne tombant sur le milieu de l'arcade crurale. Je divisai successivement les diverses couches qui constituent la paroi abdominale. Aussitôt que le péritoine eut été incisé, une anse intestinale fit irruption à travers la plaie. Cette anse était notablement gonflée. Nous n'eûmes pas un seul instant le doute qu'elle ne fût supérieure à l'étranglement. Je la fixai aux lèvres de la plaie par dix points de suture et je l'incisai. Quel ne fut pas notre étonnement de ne voir sortir que quelques corpuscules blanchâtres ressemblant à de la pâte d'Italie cuite!

J'introduisis une canule dans l'intérieur de l'intestin; j'y poussai avec force des injections à grande eau; celle-ci revint constamment non colorée.

Nous nous retirâmes pour délibérer sur ce qu'il y avait à faire. Laisser les choses dans l'état où elles étaient, c'était avoir ajouté à l'état déjà si grave du malade une nouvelle aggravation. D'un commun accord, nous résolûmes de passer outre, et de faire ce que la conscience commanderait. J'enlevai donc les fils qui fixaient l'intestin à la paroi abdominale, et je fermai la plaie que j'y avais faite, en adossant séreuse contre séreuse; puis je le repoussai dans la cavité abdominale. Mais, par une fatalité inconcevable, cette malheureuse anse intestinale venait toujours se présenter à l'entrée de la plaie abdominale, et ce ne fut qu'avec la plus grande peine que je parvins à amener au dehors une autre anse intestinale.

Ici surgissait une difficulté qui produisait en nous l'appréhension la plus vive : cette anse intestinale était-elle supérieure à l'étranglement? En apparence, elle ne différait en rien de l'anse que j'avais précédemment incisée : elle n'était pas certainement plus gonflée. Je la ponctionnai avec un très-petit trocart : je n'obtins aucun indice. Je la piquai alors avec un bistouri très-pointu : une gouttelette jaunâtre apparut sur la piqûre. N'ayant rien trouvé de semblable dans la première anse intestinale, j'eus alors la confiance que cette fois j'avais réussi; je passai deux fils derrière l'anse que j'avais en main, je l'ouvris, et un flot de matière, faisant irruption, vint littéralement m'inonder. Lorsque l'intestin fut fixé à la paroi abdominale, j'y mis à demeure une longue canule par laquelle le cours des matières continua à s'effectuer. Mais le malade n'avait été opéré, comme cela se voit trop souvent, que lorsqu'il était malheureusement arrivé à cet état d'accablement dont il est rare de sortir, qu'il s'agisse d'étranglement interne ou externe. Il mourut soixante heures après l'opération, sans qu'il se fût développé chez lui aucun phénomène inflammatoire du côté du ventre; il succomba par épuisement.

« J'ai cru, ajoute l'auteur, que ce fait méritait quelque publicité, parce que M. Nélaton enseigne que lorsqu'on fait l'opération dont il s'agit, le péritoine est à peine incisé, qu'une anse intestinale, supérieure à l'étranglement, vient immédiatement faire saillie à travers les lèvres de la plaie. Or, dans le cas actuel, il en a été tout autrement. M. Nélaton enseigne aussi que la partie de l'intestin grêle inférieure à l'étranglement est comme ratatinée et présente une sorte de cordon. Nous avons vu que l'anse inférieure à l'étranglement ne différait pas en apparence de l'anse qui lui était supérieure. Toutefois il n'est pas impossible que la première anse que j'ai ouverte ne fût ni supérieure ni inférieure; elle était peut-être

étranglée par ses deux extrémités; mais en ce cas, je me demande comment elle ne renfermait aucune trace de matière fécaloïde. » (*Gazette des hôpitaux*, n° 150.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Urine, Urinary Deposits and Calculi and on the Treatment of Urinary Diseases, par LIONEL S. BEALE, M. B. F. R. S. London, John Churchill and Sons, 1864.

Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires, par le docteur R. LEROY (d'Étiolles) fils. Paris, J. B. Baillière et fils, 1863.

Practical Lithotomy and Lithotrity; or an Inquiry into the best Modes of removing Stone from the Bladder, par HENRY THOMPSON, F. R. C. S. London, John Churchill and Sons, 1863.

Les modifications que la maladie apporte dans la quantité et dans les qualités physiques de l'urine avaient frappé les premiers observateurs; mais l'étude de ce produit d'excrétion fut longtemps obscurcie par les nuages de l'empirisme. Des urines crues, cuites, des urines de crise d'Hippocrate aux analyses modernes du liquide urinaire, il y a toute la distance qui sépare l'empirisme ancien des procédés si délicats et si précis de la science moderne. L'importance de cette étude était si bien pressentie, qu'alors même qu'elle devait se borner à l'appréciation de quelques caractères physiques : la couleur, la densité, la quantité, la coloration des dépôts, on accordait déjà à l'excrétion urinaire l'importance qui devait à plus juste titre lui mériter de nos jours une place si considérable dans la séméiologie.

Si le peuple, et les gens du monde, qui, en médecine surtout, gardent si fidèlement les traditions de l'ignorance du moyen âge, accordent encore à l'inspection simple des urines une importance qu'un charlatanisme éhonté sait si bien mettre à profit, l'analyse chimique et microscopique donne aujourd'hui au médecin des indications précieuses sur la nature et le traitement d'un assez grand nombre d'affections.

Willis, Rouelle, Scheele, Bergmann, Fourcroy, Vauquelin, Berzelius, Guibourt, par leurs études, nous ont fait connaître les principes chimiques les plus importants parmi ceux qui entrent dans la composition de l'urine. Proust, Chossat, Lecanu, Becquerel, Rayer, etc., ont étudié les modifications qu'elle subit à l'état pathologique; Donne, Lebert, Mandl, Vigla, Robin, Verdeil, etc., nous ont montré combien était précieux pour cette étude l'usage du microscope. Le microscope, en effet, nous permet non-seulement de constater la présence de sédiments qui, par leur peu d'abondance, échapperaient à l'examen direct, mais il nous donne sur leur nature les renseignements les plus précis. Avec quelques milligrammes de dépôt, avec une quantité moindre encore et à l'aide de quelques gouttes de réactifs, on métamorphose la platine du microscope en un laboratoire de chimie. L'étude de l'urine faite de cette façon, en même temps qu'elle est d'un grand intérêt pratique, est encore des plus attrayantes. Non-seulement on constate que le corps pulvérulent auquel on a ajouté une goutte d'acide dilué était bien un urate d'ammoniaque ou de soude, et qu'il est devenu de l'acide urique; mais on assiste à sa dissolution et à sa recomposition en cristaux que l'observateur voit se former sous ses yeux. Cependant, le microscope n'est pas toujours indispensable, et c'est sans son secours que le clinicien peut constater au lit même du malade si l'urine qu'il examine renferme du sucre ou de l'albumine. Mais pour que cette investigation si importante puisse obtenir la certitude qu'il lui importe d'acquérir, il faut que le médecin connaisse et sache éviter les causes d'erreurs, il lui faut une étude préalable des précautions à prendre, et cette étude lui sera rendue facile par le livre de M. Lionel Beale.

L'ouvrage du médecin de King's College n'est pas absolument nouveau, puisque c'est d'une seconde édition que nous avons à rendre compte, et il est déjà sans nul doute connu de beaucoup de nos lecteurs : aussi ne sommes-nous pas seul à regretter qu'une traduction n'ait pas encore vulgarisé davantage en France les enseignements précieux qu'il renferme. Le traité de M. Lionel Beale est avant tout un traité pratique; il a son point de départ dans les leçons faites en 1852 par l'auteur dans le laboratoire de l'hôpital et continuées depuis cette époque. La nouvelle édition renferme de plus une partie thérapeutique dans laquelle se trouve résumé le traitement des maladies qui se caractérisent séméiologiquement par une modification dans la nature de l'urine.

Les premiers chapitres sont consacrés à l'énumération et à la description de tous les appareils et réactifs que doit renfermer le petit laboratoire spécial qui devrait être attaché à chaque service médical ou tout au moins à chaque hôpital; à l'étude générale des procédés chimiques, physiques et microscopiques. Les chapitres suivants traitent de l'anatomie normale et pathologique de l'appareil excréteur de l'urine, de la composition de ce liquide à l'état normal et des modifications qu'il peut présenter suivant les maladies.

Plusieurs paragraphes composent ce dernier chapitre, sur lequel nous désirons jeter un rapide coup d'œil. La nature même du livre a engagé l'auteur à diviser son étude suivant les caractères que l'urine présente au médecin qui doit en faire l'analyse. Le premier paragraphe a trait à l'augmentation ou à la diminution dans la proportion de l'eau et des matériaux organiques (polyurie, acidité, urée, ammoniaque, acide urique, matière colorante); le second, aux mêmes modifications des constituants inorganiques (chlorure de sodium, sulfates, phosphates alcalins); le troisième, à la présence dans l'urine de matériaux qui ne se trouvent pas à l'état normal (albumine, bile, sucre); enfin le quatrième, à l'existence et à la nature des dépôts insolubles.

La recherche de l'albumine, de la bile, du sucre, est ce qui, dans l'état actuel de la science, intéresse le plus le médecin. M. Beale rappelle ou signale toutes les causes d'erreurs, et donne en même temps les moyens de les éviter. Ainsi, une urine peut paraître non albumineuse, tandis qu'elle renferme une grande quantité d'albumine; une autre, au contraire, peut n'en renfermer aucune trace, et cependant donner un précipité qui en possède tous les caractères.

Tous les médecins savent que l'albumine précipitée par l'acide nitrique se redissout dans un excès de réactif; mais ce qu'on ne sait pas assez, c'est que ce précipité se redissout également lorsque quelques gouttes d'acide nitrique sont mélangées à une grande quantité d'urine. 10 à 15 gouttes de réactif pour 2 grammes d'urine, telle est la proportion indiquée par M. Beale.

La chaleur, qui précipite également l'albumine, doit être employée avec quelques précautions : au lieu de chauffer le tube à expérience par son extrémité inférieure, il vaut mieux appliquer la flamme au niveau de la surface du liquide; le moindre précipité sera rendu apparent par la conservation de la transparence dans les couches inférieures.

Un précipité, avons-nous dit, peut se former dans des urines non albumineuses. Lorsqu'il est dû à des phosphates, quelques gouttes d'acide nitrique feront disparaître le précipité produit par la chaleur; lorsqu'il est dû au contraire à la transformation par l'acide, d'urates ou acide urique à l'état granuleux, la chaleur ramènera la transparence; mais une erreur plus préjudiciable et plus souvent commise est celle qui empêche la précipitation de l'albumine, quoique l'urine en expérience en renferme beaucoup. Il suffit de quelques traces d'acide nitrique, résidu d'une expérience antérieure dans un tube mal nettoyé, pour que la chaleur laisse l'urine transparente. M. Beale a constaté par des essais comparatifs que cet effet

négatif est dû à la décomposition des phosphates par l'acide nitrique et à la formation d'acide phosphorique dans lequel l'albumine est soluble. Mais si l'on ajoute un excès d'acide nitrique, son action prédomine sur celle de l'acide phosphorique et l'albumine est précipitée. Il en résulte que toutes les fois qu'on devra avant l'examen par la chaleur acidifier une urine neutre ou alcaline, il faudra avoir soin d'ajouter, non pas une goutte, mais plusieurs gouttes d'acide nitrique. L'albumine peut également être précipitée de sa solution par l'alcool, l'alun et la plupart des sels métalliques, tels que ceux de plomb, de mercure, de cuivre, d'argent, etc.

Le sucre est une substance dont la présence dans l'urine est aussi importante à constater que celle de l'albumine. Là encore les causes d'erreur sont nombreuses : la leucine, la créatine, la créatinine, la cellulose, le tannin, le chloroforme, donnent avec les liqueurs de Trommer, de Barreswill, de Fehling, un précipité de suboxyde de cuivre, et récemment M. Berlin a montré que l'acide urique possède dans une certaine mesure la même propriété.

S'il y a dans l'urine une quantité même faible d'urate d'ammoniaque ou d'autres sels ammoniacaux, l'urine ne donne pas par la liqueur de Trommer de précipité cuivreux si le sucre ne s'y trouve qu'en proportion minime.

L'albumine empêche également la réduction par le sucre de la liqueur cupro-potassique ; on peut la précipiter d'abord par l'acide ou la chaleur, et filtrer le liquide ; mais M. Beale conseille un moyen plus simple. Il consiste à faire bouillir le liquide après y avoir ajouté son poids de sulfate de soude cristallisé ; l'albumine se précipite et le sulfate ne s'oppose en rien à l'action du réactif du sucre. Avec la plupart des auteurs, M. Beale ne donne à l'examen par ces réactifs qu'une valeur relative ; la fermentation et l'extraction directe du sucre ont seules une valeur absolue.

Nous trouvons encore au chapitre du diabète des conseils pratiques sur la thérapeutique de cette affection et sur les moyens à employer pour diminuer l'ennui que cause au diabétique la privation de pain, de féculents et de sucre. La glycérine, déjà conseillée, a reçu sous ce rapport de nombreuses applications ; la saveur sucrée de la glycérine bien préparée permet de l'employer comme succédanée du sucre et de donner la saveur sucrée au thé, au café, aux gelées, à des puddings faits avec des œufs et du pain de gluten ramolli. M. Beale a fait confectionner avec du son, des œufs et de la glycérine, un gâteau d'un excellent usage pour les diabétiques, et qui peut se conserver longtemps, en ayant soin de le faire sécher. La physiologie pathologique de l'albuminurie, du diabète, est étudiée avec le plus grand soin, et nous trouvons au chapitre qui les concerne l'appréciation des travaux les plus récents auxquels ces maladies ont donné lieu.

La seconde partie du livre de M. Beale traite de l'examen et de l'analyse des dépôts de nature si diverse que peut renfermer l'urine ; nous ne pouvons que mentionner les paragraphes où sont étudiés la cholestérine, les matières grasses en suspension, le mucus, les vibrions, la sarcine, les spermatozoaires, les débris épithéliaux, le pus, le sang, les urates, les oxalates, la cystine, les échinocoques, etc. La description des substances que recherche l'analyse, les moyens de constater leur présence, les précautions à prendre contre l'erreur, donnaient déjà au livre de M. Beale une grande valeur ; elle se trouve encore augmentée par l'addition de planches donnant, en 133 figures, un spécimen des matériaux si divers qui entrent dans la composition de l'urine normale et pathologique, ou qui constituent les calculs urinaires. C'est en effet par l'étude des concrétions rénales et vésicales que se termine l'ouvrage.

Continuant des études par lesquelles son père a acquis une si grande et si juste célébrité, M. Raoul Leroy (d'Étiolles) a commencé récemment la publication d'un Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires. Nous ne possédons encore que la première partie du premier volume, et nous trouvons dans cette partie de l'ouvrage un résumé de ce qui fait le sujet du livre de M. Beale, c'est-à-dire l'étude des matériaux organiques que l'on peut rencontrer dans le fluide urinaire.

D'excellentes planches, empruntées pour la plupart à l'atlas de chimie anatomique de MM. Robin et Verdeil, permettront à tous les médecins de reconnaître facilement la nature des cristaux qui se présentent à l'observation par le microscope. Sans doute on ne trouve pas dans le livre de M. Leroy les renseignements précis et étendus qu'offre celui de M. Beale ; mais cette observation ne saurait aller jusqu'au reproche, car le but que se sont proposé les auteurs n'est pas le même ; le Traité de M. Leroy nous paraît devoir être surtout un livre de thérapeutique, tandis que la partie chimique est celle à laquelle M. Beale a donné le plus d'importance. Cette différence apparaît surtout quand on arrive aux chapitres dans lesquels se trouve tracée l'histoire chimique des calculs. Le médecin anglais résume, là où notre compatriote commence à donner à son sujet le développement qu'il comportera, surtout dans la partie non encore publiée. M. Beale nous donne les moyens de reconnaître la nature chimique des concrétions rénales et vésicales ; M. Leroy (d'Étiolles) s'attache surtout aux caractères les plus importants pour le chirurgien : le nombre, le volume, la consistance.

Le volume est peut-être le caractère le plus important ; il atteint quelquefois des proportions considérables ; un calcul, dont le moule en plâtre existe au musée Dupuytren, et retiré par M. Uytterhœven (de Bruxelles) par la taille sous-pubienne, était aussi gros qu'un œuf d'Autruche, et pesait 1kil,150. Chez la femme, des calculs d'un certain volume ont pu quelquefois être expulsés spontanément, grâce à la dilatabilité du canal de l'urèthre ; chez l'homme même, l'urèthre a pu donner passage à des calculs relativement très-volumineux. M. Leroy, dans un chapitre très-intéressant, en a rassemblé d'assez nombreux exemples, les uns puisés dans les publications antérieures, les autres émanant de sa propre pratique ou de celle de son père. Quant au poids des calculs, il est loin d'être en rapport avec le volume, car ici intervient un élément important, la composition chimique de la concrétion ; de cette composition dépendra donc la rapidité de l'accroissement, la résistance à l'action des instruments lithotriteurs et même, comme pour ceux d'oxalate de chaux, la forme du calcul.

Peut-on, avant tout examen direct, avoir quelques présomptions sur la nature de la concrétion ? D'après M. Leroy, l'acide urique composerait plus des quatre cinquièmes des calculs. M. Lecanu, sur 109 graviers, en a trouvé 79 d'acide urique presque pur. M. Leroy, sur 252 grosses pierres, calculs et échantillons de pierre qui composent sa collection et celle de son père, en a trouvé 146 formés d'acide urique presque pur, et 10 dont le noyau central était formé par la même substance. Bien des conditions peuvent faire varier cette proportion : ainsi les calculs d'acide urique entrent pour 32 pour 100 dans le nombre de ceux que renferme le musée des chirurgiens de Londres, ce chiffre est de 24 pour 100 seulement pour le musée de Guy's Hospital.

Le milieu dans lequel se trouvent les observateurs, le genre de vie des malades doit avoir, on le comprend, une très-grande influence. Le docteur Carter, dans un travail sur l'affection calculeuse dans les Indes, travail cité par M. Lionel Beale, montre que la composition chimique des calculs les plus fréquemment observés est très-différente de ce que l'on voit en Angleterre. Ainsi, tandis que le musée du collége des chirurgiens de Londres donne pour les calculs d'acide urique la proportion de 32 pour 100, et pour ceux d'oxalate de chaux 5 pour 100, celui du musée de Grant (présidence de Bombay) donne pour les premiers 3 pour 100 seulement, et 14 au contraire pour les seconds. L'âge influe surtout sur la fréquence de l'affection calculeuse. Sur 1827 cas d'opérations de taille faites dans neuf hôpitaux d'Angleterre, pendant la même période de temps, on trouve les chiffres suivants pour l'âge des opérés :

De	1 à 10 ans........	815
	11 à 20 ans.......	289
	21 à 30 ans........	97
	31 à 40 ans........	89
	41 à 50 ans........	85
	51 à 60 ans........	236
	61 à 70 ans........	178
	71 à 81 ans........	38

Si l'on tient compte de la diminution qu'apportent après soixante ans, dans le nombre des sujets, les progrès de l'âge, on peut dire que la maladie calculeuse, très-fréquente au début de la vie, devient plus rare de vingt à cinquante ans, pour augmenter de fréquence après cette époque. C'est au livre de M. Thompson que nous empruntons les éléments du tableau précédent.

Léon Le Fort.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VII

VARIÉTÉS.

La Société de médecine pratique, dans la séance du 10 décembre, a constitué son bureau, pour l'année 1864, de la manière suivante : Président, M. Trousseau ; 1er vice-président, M. Guersant; 2e vice-président, M. Beyran; secrétaire général, M. Magne; secrétaire annuel, M. Quantin; secrétaire adjoint, M. Dupuis; trésorier, M. Caron.

— La Société médico-chirurgicale d'Amsterdam avait mis au concours, l'année dernière, la question *de l'influence thérapeutique de l'inspiration des corps médicamenteux sous forme de gaz, de vapeur et en poudre, sur la guérison des maladies des vices respiratoires.*

Elle a reçu quatre mémoires en réponse à cette question. Le prix a été accordé à l'auteur du quatrième mémoire, M. le docteur L. Waldenburg, médecin à Berlin. Le prix était une médaille d'or de la valeur de 30 ducats (environ 360 francs).

— A la suite d'un concours très-remarquable, M. le docteur Dron vient d'être nommé chirurgien-major de l'hôpital de l'Antiquaille, à Lyon.

— M. le docteur Melchior Robert vient de mourir à Marseille. Ancien interne des hôpitaux de Paris, il avait été successivement nommé chirurgien en chef des hôpitaux et professeur à l'École de médecine de sa ville natale.

— La Gazette médicale de Lyon annonce deux nouvelles pertes faites par le corps médical de cette ville : M. Roy, ancien inspecteur de l'Hôtel-Dieu, et M. Ekel-Bissardon, médecin du Dispensaire.

— Par décret du 22 novembre, ont été nommés au grade de *chirurgien de 1re classe* de la marine : MM. Autric, Olivier, pour Toulon; Carles, pour Brest; Savatier, pour Rochefort; Cédont, pour la côte occidentale d'Afrique; Fabre, Bonte, Foucaut, Touchard, Jacolot, pour Brest; Durand, pour la Guyane.

Au grade de chirurgien de 2e classe : MM. Piesvaux, pour Rochefort; Mondot, pour Toulon; Piriou, pour Brest; Dupont, pour Rochefort; Bohy, Le Grand, Aurillac, Feitu, Marion, Clavier, pour Brest; Manrel, Izard, Thomas, pour Toulon; Dubergé, pour la Nouvelle-Calédonie ; Chauvin, pour la Guyane ; Piche, aide-major au 4e régiment d'infanterie de marine, en Cochinchine ; Frogé, pour Brest; Laplace, pour la Guyane ; Mounerot, pour le Sénégal.

Au grade de chirurgien de 3e classe, les chirurgiens auxiliaires et élèves : MM. Bernès-Lasserre, pour Brest; Charvin, pour la Guyane; Cresp, Cotte, Maurel, Catelan, pour Toulon; Fouquet, Bizien, Jenevin, Baude, Cartron, Chéreux, Béchon, pour Brest; Pierre, Baudry-Lacantinerie, pour la Guyane; Fonceroines, pour Rochefort; Hiblot, Maissin, Goutant, Martinenq pour Toulon; Caradec, pour le Sénégal.

Au grade de pharmacien de 3e classe, les élèves : MM. Jacques, pour Toulon; Daniel, pour Pondichéry.

— Par décret du 22 novembre, M. Martin, chirurgien de 2e classe de la marine à bord du transport *l'Eure*, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Il vient d'être formé au ministère de la marine, pour la réorganisation du corps médical et la révision des règlements qui le régissent, une commission ainsi composée : S. Exc. le ministre de la marine et des colonies, président; le vice-amiral Jurien de la Gravière, vice-président; M. Reynaud, inspecteur général du service de santé; M. Roux (Jules), directeur du service de santé, à Toulon ; M. Selva, capitaine de vaisseau; M. Boutet, commissaire de la marine; M. Roux (Benjamin), premier pharmacien en chef, à Rochefort; M. Rochard, premier chirurgien en chef, président du conseil de santé, à Lorient; M. Leroy de Méricourt médecin-professeur, à Brest; M. Laure (Jean-François), chirurgien principal du port de Toulon.

— Une lettre de M. le préfet du Nord aux maires et aux membres des bureaux de bienfaisance de son département appelle leur attention sur « la situation peu rétribuée des médecins des bureaux de bienfaisance. »

— Le 17 novembre a eu lieu la réouverture solennelle des cours pour les Facultés de théologie, des sciences et des lettres, et de l'École de médecine de Lyon. M. le docteur Pétrequin, choisi pour prononcer le discours d'ouverture, avait pris pour sujet un thème capable de faire juger si l'enseignement médical n'est pas digne d'occuper, dans notre ville, le rang auquel y ont été appelés, sous le titre de *Facultés*, les trois autres branches entre lesquelles l'Université partage l'ensemble des notions qui constituent son domaine. Dans une péroraison chaleureuse, M. Pétrequin a énergiquement réclamé en faveur de l'érection d'une Faculté de médecine à Lyon.

Les lauréats ont été ensuite proclamés dans l'ordre suivant : 1re *année*. 1er prix d'anatomie, M. Nodet; 2e prix, M. Brunon. — 2e *année*. 1er prix de chirurgie, M. Français; 2e prix, M. Chalvet. — 3e *année*. Prix de médecine, M. Aubert. — Prix de pharmacie, M. Richard. (*Gazette des hôpitaux*).

— A la suite du concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Toulouse le 23 novembre, MM. Durac, Couve, Bouzigues et Jourdan ont été nommés internes des hôpitaux.

VIII

BULLETINS DES PUBLICATIONS NOUVELLES

Livres.

Introduction a l'étude de la physiologie, examen des questions fondamentales sur la vie dans l'organisation animale, par le docteur *A. Joire*. In-18 de XXXVI-264 pages. Paris, Victor Masson et fils. 3 fr.

Agenda médical pour 1864, memento à l'usage des médecins et pharmaciens. Paris, Asselin, 1864. Broché. 1 fr. 75
Reliures diverses de 3 à 9 fr.

Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie in 50 Vorlesungen. Ein Handbuch für Studirende und Aerzte, par *Th. Billroth*. Grand in-8. Berlin, G. Reimer. 10 fr.

Lehrbuch der praktischen Augenheilkunde, par *K. Stellwag v. Carion*. 2e édition. Grand in-8. Vienne, Braumüller. 22 fr. 50

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur *Félix Roubaud*. 1864. Prix, *franco* pour toute la France. 4 fr.
Adresser un mandat ou des timbres au directeur de la *France médicale*, 13, rue de la Monnaie.

Agenda comptable du médecin pour 1864. 1 beau vol. de poche ou de cabinet, relié à l'anglaise. 1 fr. 50
Prix de l'*Annuaire médical* et de l'*Agenda du médecin*, ensemble et *franco*. 5 fr.

Registre des médecins, par M. *E. Simonnet*. Paris, 13, rue de la Monnaie. 400 p. in-4, belle et forte reliure.

Compendium der Geburtshilfe, par *G. A. Braun*. Grand in-8. Vienne, Braumüller. 11 fr. 25

De la responsabilité légale des aliénés, lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 3 août 1863, par le docteur *Brierre de Boismont*. In-8 de IV-78 pages. Paris, J. B. Baillière et fils.

La guerre d'Orient : l'armée anglaise et miss Nightingale, par le docteur *Shrimpton*. In-8 de 68 pages. Paris, Germer Baillière. 2 fr.

Congrès périodique international d'ophthalmologie, compte rendu comprenant les procès-verbaux des séances, les mémoires lus ou déposés, etc., rédigés, traduits et mis en ordre par les docteurs *Giraud-Teulon* et *Wecker*, publié, au nom du bureau, par le docteur *Warlomont*. 2e session, Paris, 1862. In-8 de 252 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 12 fr. 50

Campagne d'Italie : Plaies d'armes a feu, par le docteur *Eugène Sonrier*. In-8 de 166 pages. Paris, Victor Rozier. 2 fr.

Deux leçons de pathologie générale, par le docteur *Noël Gueneau de Mussy*. In-8 de 38 pages. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr.

Des soins consécutifs a la trachéotomie, par le docteur *Fischer*. In-8 de 40 pages. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 25

Recherches sur le traitement de l'étranglement herniaire, et en particulier sur le taxis progressif, par le docteur *H. Tirman*. In-8 de 90 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

TABLE DES MATIÈRES.

A

Abaisse-langue canule pour irrigations, 244.
Abcès du cerveau (encéphalocèle consécutive des), 145. — péri-néphrétique 655. — post-pharyngiens, 373. — et kystes du foie (diagnostic des), 77.
Abdomen (plaie pénétrante de l'), 693. — (cas de plaie pénétrante de l'), 406. — par armes à feu (rejet du projectile par le rectum, dans un cas de plaie de l'), 860.
Absorption des médicaments par la peau, 541, 554, 586, 659.
Aboulcasis (chirurgie d'), 313, 329.
Académie de médecine (renouvellement des commissions permanentes de l'), 13. — (séance annuelle de l'), 833. — Prix décernés, 842. — Prix proposés, 857. — (déchéance, encourue par M. Prion, de Nantes, du titre de membre correspondant de l'), 804.
Académie des sciences. Prix décernés pour 1862. — Prix proposés pour 1863, 1864, 1865 et 1866, 25. — (legs fait à l'), 825.
Accouchement (indications pour déterminer le moment de l'), 476. — forcé, substitué à l'opération césarienne *post mortem*, 140. — prématuré dans l'ictère grave des femmes grosses, 738, 745. — prématuré (instruments dilatateurs pour l'), 461. — (kyste pileux du col faisant obstacle à l'), 413. — (section du cou et section oblique du tronc du fœtus dans l'utérus, au moment de l'), 407.
Acétate d'ammoniaque contre la pneumonie ataxique, 466, 477. — de potasse contre la blennorrhagie, 245.
Acides sur les dents (action des), 244.
Acton. Fonctions et désordres des organes de la génération dans les différents âges, 294.
Acupressure en Angleterre, 668.
Adelon (éloge d'), 761.
Adénite post-pharyngienne, 373.
Adiophanose translucide de la rétine, 389.
Adipeux. Voy. *Graisseux.*
Age des parents sur le sexe des enfants (influence de l'), 150.
Ailante comme ténifuge, 127.
Air : sa composition dans les cavernes, 308. — par la vaporisation de l'eau (assainissement de l'), 754. — dans les veines (courants électriques contre l'introduction de l'), 33. — dans les veines (sur l'introduction de l'), 321. — comprimé (travail de l'homme dans l'), 506, 527. — des cavernes de l'Ariége (composition de l'), 323.
Albucasis. Voy. Abulcasis.
Albuminurie chronique (sur l'), 403.
Albuminurique (aphonie), 666.
Albuminurique rapide (amaurose), 766.
Alcool dans le traitement de l'asthme, 828.
Alexandre de Tralles (manuscrit d'), 295.
Aliénation mentale (sur l'), 359, 390. — mentale (publications sur l'), 463, 510, 541. — mentale (statistique sur l'), 309. — mentale (traités de l'), 510, 541.
Aliénés. — du département de la Seine (sur les futurs asiles des), 779. — (colonisation des), 541. — (défi scientifique au sujet de la pellagre des), 657. — (pellagre des), 402, 721, 754, 768, 802. — (pétition au sénat, au sujet de la responsabilité partielle des), 140. — (responsabilité légale des), 540. — (valeur des écrits des), 684.
Allaire. Phthisie irrégulière chez l'adulte, 63.
Allaitement. — sur la folie (influence de l'), 245. — (rachitisme produit par la menstruation pendant l'), 66. — après une suspension prolongée (reprise de l'), 154.
Allantoïde dans l'œuf de poule (cause des déplacements apparents de l'), 41.
Allard. Eaux de Royat, 430.
Allewaert. Ce que c'est que la *Revalenta arabica*, 154
Allumettes chimiques au phosphore blanc (empoisonnement par les), 153. — chimiques (altérations produites par l'empoisonnement par les), 178.
Amaurose. — albuminurique et urémie, 766. — dans ses rapports avec l'habitude de fumer, 773.
Ambrosoli. Acétate de potasse contre la blennorrhagie, 245.
Amphithéâtres (ventilation des), 107.
Amputation du bras chez un enfant de treize mois, 276. — de cuisse dans l'article (la plus ancienne), 633, 681. — (résultats comparatifs des), 222.
Amygdale (chancres de l'), 214.
Anatomie descriptive (Traité d'), 111.
Anatomiques modelées et coloriées (pièces), 805.
Anesthésie chirurgicale (Traité d'), 155.
Anévrysme. — des os, 375. — des collatérales de l'index (opération d'), 305.
Angleterre (excursion chirurgicale en), 517, 547, 562, 619, 668.
Animalcules pseudo-ressuscitants (résistance vitale chez les), 801.
Animales et végétales (rôle de l'oxygène dans la destruction des matières), 290.
Animaux (sur l'intelligence des), 568.
Ankylose cicatricielle des mâchoires (historique de l'), 729, 747, 753. Voy. *Opération d'Esmarch.*
Annonces dans les journaux de médecine (danger des), 64, 97, 143, 157, 231.
Annuaire des sciences médicales, 792.
Anthracose (de l'), 481, 561.
Anus. — artificiel dans un étranglement interne, 801. — (influence des nerfs sur le sphincter de l'), 404.
Aorte dans les bronches (ouverture de l'), 445.
Aphémie (cause anatomique de l'), 318, 348, 397, 455, 473, 500, 524, 525, 539, 571, 786.
Apiol (traitement de la dysménorrhée par l'), 740.
Apoplexie pulmonaire des nouveau-nés, 489.
Appareil inamovible pour fractures, 94.
Archambault. Hémiplégie faciale chez les enfants, 445.
Archéologie chirurgicale, 633, 681.
Arnaud. Pile électrique dite sacrifiée, 371.
Aronssohn (J.). Sur l'opération d'Esmarch, 578.
Arrêt de développement des membres abdominaux (prothèse dans les cas d'), 196.
Arsenic. — contre les fèvres intermittentes, 592. — (traitement de la chorée par l'), 509.
Arsenicale (traitement de la congestion cérébrale, de la dyspepsie et de la gastralgie par la médication), 165, 179.
Artères (ligature préalable des), 812, 845, 788. — intercostale (ligature de l'), 327. — ombilicales chez les nouveau-nés (inflammation des), 725.
Artérielles comme opérations préliminaires (ligatures), 633.
Articulaires des scrofuleux (ciguë contre les engorgements mono-), 126.
Asa fœtida (préparations d'), 847.
Ascite avec tumeur du mésentère et cirrhose, 383.
Aspermatisme (de l'), 93. — (cas d'), 124. — (sur l'), 663.
Asphyxie par submersion d'un nouveau-né (considérations médico-légales sur l'), 235.
Aspland. Emploi de l'acide picrique comme antipériodique, 3.
Association générale (séance annuelle de l'), 744, 775.
Asthme (Traité de l'), 45. — (alcool dans le traitement de l'), 829. — par l'électricité (traitement de l'), 803.
Astigmatisme (sur l'), 637. — et les verres cylindriques (sur l'), 829.
Atlas sur l'axis (luxation de l'), 29.
Atmosphère. — (germination des corpuscules organisés de l'), 475. — (sur la micrographie de l'), 487. — du Mont-Blanc (micrographie), 768. Voy. *Air.*
Atrésie. — buccale accidentelle (autoplastie pour une), 491. — complète de la bouche (moyen pour empêcher l'), 700
Atrophie. — musculaire progressive avec phénomènes oculo-pupillaires, 607. — musculaire ascendante chronique 750. — musculaire progressive (sur l'), 327.
Attractif (nouveau davier dit), 89.
Auburtin. Siége de la faculté du langage articulé, 318, 348, 397, 455, 524, 539.
Aura epileptica (observation remarquable d'), 45.
Autoplastie. — pour cicatrices vicieuses du cou et des bras, 447. — pour une atrésie accidentelle de la bouche, 491. — périostique (restauration de la voûte palatine par), 602.
Aveu chez les inculpés (valeur de l'), 217, 260.
Avortement (moyen de provoquer l'), 244.
Ax (sur les eaux minérales d'), 386.
Axenfeld. Prétendu cas de catalepsie, 828.
Azam. Luxation du pied en arrière et en haut, 357.

B

Bachelet et Froussard. Sur la rage, 705.
Bactéries dans le sang, 550.
Baillarger. Goître chez les animaux, 5, 24, 40.
Bain (absorption de l'eau et des substances solubles dans le), 337. — (absorption par la peau dans le), 554. — de vapeur (appareil pour les), 527. — froid (accidents produits par le), 491.
Baker Brown. Statistique d'opérations de fistules vésico-vaginales, 277.
Balley. Documents relatifs aux effets des alliances consanguines, 803. — Météorologie de Rome, 541. — Inconvénients des alliances consanguines, 75.
Bancel (de Tours). Calcul mural extrait par la taille latéralisée, 738.
Bardinet. Ictère épidémique chez les femmes grosses, 738.
Barral (J. A.). Sur la croûte du pain et le gluten, 425.
Barthez. Corps étranger de l'appendice du cæcum, 477.
Barthez (F.). Diagnostic des kystes et abcès du foie, 77.
Basset. Sur les prétendues générations spontanées, 857.
Bassin (anatomie et physiologie comparées du), 827. — (présentation du tronc et des épaules dans les rétrécissements du), 443.
Bataillé. Sur l'infection purulente, 261. — Infection purulente, 625.
Baleau-filtre, 10.
Baume. Inégalité de poids des hémisphères cérébraux chez les déments paralytiques, 34.
Beale. Maladies des voies urinaires, 862.
Béchamp. Eaux de Boulou, 431. — Générations dites spontanées, 842.
Béclard (J.). Electricité du sang, 529, 651. — Éloge de Blainville, 833.
Béhier. Hémoptysie par ouverture de l'aorte dans les bronches, 445.
Bell. Emploi des picrates comme antipériodiques, 3.
Belladone et de l'opium (antagonisme de la), 235.
Berchon. Archéologie chirurgicale, 633, 681.
Berge on. Traitement du cancroïde par le chlorate de potasse, 859.
Bérigny. Paludactylisme pendant quatre générations, 755. — Influence de l'humidité sur les résultats des observations ozonométriques, 803.
Berroni. Classification de la folie, 842.
Berthelot. Action de l'oxygène sur le vin, 770, 857.
Bertret. Eaux d'Aix en Savoie, 430.
Bertolus. Développement du botbriocéphale, 659.
Bertrand. Contre la liberté de l'exercice de la médecine, 65
Bertulus. Mémoire sur la fièvre jaune, 659
Beuclar. Guérison du pied bot, sans opération, chez les tout jeunes enfants, 789.
Bévière. Sur la rage, 386.
Beyran. Uréthrotome à rotation, 120. — Uréthrotomie, 681.
Bière par la coque du Levant (altération de la), 130.
Billod. Cas de méningite purulente, 309. — Pellagre des aliénés, 402. — Demande d'une commission de la pellagre, 640. — Défi scientifique au sujet de la pellagre, 657. — Pellagre des aliénés, 768.
Binot. Amputation du bras chez un enfant de treize mois, 276.
Bitot. Lésion conjonctivale liée à l'héméralopie, 284.

BLACHEZ. Phlébite faciale, 716.
BLAINVILLE (éloge de), 833.
BLANCHET. Cathétérisme du duodénum, 555. — Cathétérisme du duodénum et de l'intestin grêle, 720.
Blennorrhagie (acétate de potasse contre la), 245.
Blessés des champs de bataille (secours aux), 758.
BLONDEL et SER. Hôpitaux civils de Londres, 628, 677.
BLONDLOT. Établissement des fistules gastriques artificielles, 110.
BLOT. Lenteur du pouls dans l'état puerpéral, 498, 507.
BOBIERRE. Dosage des gaz dissous dans l'eau, 139.
BŒCKEL. Résection temporaire du maxillaire inférieur pour l'extirpation d'un cancer de la langue, 304.
BOINET. Opération d'Esmarch, 152, 613.
BONNET. Sur le bourdonnement d'oreille, 215. — Études sur le respiration, 798, 851.
BONNAFONT. Sur les alliances consanguines, 211. — Guérison de cas de surdité par tumeurs osseuses du conduit auditif, 692.
Bormio (traitement de la pellagre par les eaux de), 739, 755.
Bothriocéphale de l'homme (sur le développement du), 659.
Bothriocephalus latus (développement du), 740.
BOUCART. Situation de l'S iliaque chez les nouveau-nés, 705.
Bouche (autoplastie pour une atrésie accidentelle de la), 490. — (moyen pour empêcher l'atrésie complète de la), 700.
BOUCHER. Emploi et réemploi des sangsues, 358.
BOUCHER DE PERTHES. Mâchoire humaine dans un terrain non remanié, 200. — Terrain de Moulin-Quignon, 556.
BOUCHUT. Singulière expectoration pseudo-membraneuse, 90. — Nitrate d'argent contre la paralysie essentielle des enfants, 341.
BOUDET. Rapport sur les remèdes secrets, 386, 488, 755, 858.
BOUDIN. Influence de l'âge des parents sur le sexe de l'enfant, 150.
BOUGARD. Eaux de Bourbonne, 431.
Bougie tombée dans la vessie (extraction d'une), 709.
BOUILLAUD. Absence de cyanose dans un cas de communication des cavités droites et gauches du cœur, 387.
BOUISSON. Ophthalmie produite par le soufrage des vignes, 554.
BOULEY (H.). Origine équine de la vaccine, 420, 444, 756, 770, 825. — Rapport et discussion sur la rage, 371, 401, 441, 459, 705, 721.
Bourdonnement d'oreille (sur le), 215.
BOURGEOIS. Sur le danger des alliances consanguines, 88.
BOUSQUET. Sur l'origine de la vaccine, 228.
BOUTEILLER. Sur quelques points de pratique chirurgicale, 698.
Bovines (procédé d'inoculation de la péripneumonie des bêtes), 274.
BOWDITCH. Résultats de la thoracocentèse, 125.
BOWEN. Moyens de prévenir les cicatrices de la variole, 558.
BOYS DE LOURY. Sur la fièvre typhoïde, 805. — Éléphantiasis de la vulve, 190. — Secret médical dans les questions de mariage, 173.
Bras (gangrène traumatique du), 43. — chez un enfant de treize mois (amputation du), 276.
BRESLAU. Sexe des enfants dans leurs rapports avec les âges relatifs des parents, 758. — Traitement de la fièvre puerpérale par les purgatifs, 645.
BRICHETEAU. Voy. FISCHER.
BRIERRE DE BOISMONT. Responsabilité des aliénés, 540.
BROCA. Luxation de l'atlas sur l'axis, 29. — Tumeur du maxillaire inférieur, 479.
BROCHIN. Secret médical dans les questions de mariage, 173.
Bronches (ouverture de l'aorte dans les), 445.
Bronchite. — pseudo-membraneuse et broncho-pneumonie dans le croup, 468, 501, 535, 685, 781. — pseudo-membraneuse dans le croup, 597.
BROWN-SÉQUARD. Cas remarquable d'*aura epileptica*, 45.
BRUCH. De l'ostéogénie, 107.
Bruits. — anormaux dans les maladies du cœur, 494, 507. — respiratoires (mécanisme des), 798, 851.
Bruit de moulin dans l'hydropneumothorax, 371.
BRUNS (Victor von). Ablation des polypes du larynx, 449.
Buchu (notice sur le), 92.
BUCQUOY. Empoisonnement par le phosphore, 477. — Cas de pellagre, 573.
BUEZ. Lettres médicales sur le Mexique, 1, 17.
Bulbe rachidien sur les mouvements de la vessie (action du), 659.
BURDEL (Ed.). Drainage au point de vue de l'hygiène publique, 729, 745, 793, 849.
BURQ. Bateau-filtre, 10.
BUTCHER. Ligature de l'artère principale du membre dans l'éléphantiasis des Arabes, 546.

C

Cacao (sur le), 441.
CAMOT. Effets des alliances consanguines, 856.
Cæcum (corps étranger sur l'appendice du), 477.
Caisse médicale de pensions viagères d'assistance, 832.
Cal (historique des théories sur le), 737. — (théories du), 720, 825.
Calcul. — biliaire en dehors (issue spontanée d'un), 30. — biliaire par la région ombilicale (issue d'un), 75. — biliaires (occlusions intestinales par des), 701. — du rein sur la guérison des calculs vésicaux (influence des), 667. — mûral extrait par la taille latéralisée, 738. — vésicaux et uréthraux chez un enfant de douze ans (extraction des), 829. — soupçonné (eaux de Wittel dans les cas de), 380.
Campêche (emploi thérapeutique de l'extrait de), 42.
Cancer de la langue (résection temporaire du maxillaire inférieur pour l'extirpation d'un), 304.
Cancroïde des lèvres chez le cheval et le chat, 300. — par le chlorate de potasse (traitement du), 859.
Cantharides (le charbon peut-il être produit par l'application des)? 494.
Canton (hôpital de la mission américaine à), 712.
Capsules. — surrénales (maladies des), 109. — surrénales (anatomie normale et pathologique des), 241. — surrénales (maladie d'Addison avec lésion des), 493.
CARADEC. Ictère grave des femmes grosses, 200.
Cardiographiques (sur les expériences), 276.
Carie (liqueur de Villate contre la), 172.
CARON. Affection scrofuleuse, 308. — Effets de la consanguinité, 588. — Sur la *puériculture*, 720.
CARRE. Luxation sus-cotyloïdienne du fémur, 215.
Carte hygiénique de la France, 308.
CASTEX. Permanganate de potasse comme désinfectant, 428.
Catalepsie (prétendu cas de), 828.
Cataracte (délire après l'extraction de la), 480. — par le procédé de Schuff (opération de la), 709. — sénile, 666.
Cataractes (résorption spontanée de cristallins), 413. — (sensibilité rétinienne chez les), 394.
Catarrhale, concomitante de la fièvre jaune (épidémie de fièvre paludéenne), 14.
Cathétérisme. — du duodénum (possibilité du), 555. — du duodénum et de l'intestin grêle, 720. — par des sondes invaginées, 275. — obturateur de l'urèthre (du), 586.
Cautérisation en flèches (extirpation de la langue par la), 802.
CAVASSE. *Annuaire des sciences médicales*, 792.
Cavernes. — de l'Ariége (air des), 323. — de Tarascon (âge de la pierre dans les), 802.
CAZALAS. Considérations sur la fièvre jaune, 310.
Céphalotripsie (sur la), 407.
Cérébrales (arsenic contre les congestions), 165, 179.
Cérébraux dans l'hémiplégie des déments paralytiques (inégalité de poids des hémisphères), 34.
Cérébro-spinales consécutives au diabète (lésions), 704.
Cerveau (de l'encéphalocèle consécutive aux abcès du), 145.
Cervelet (développement du), 741.
Césarienne (opération). Voy. *Opération*.
CHAILLY. Section du cou du fœtus dans l'accouchement, 407.
Chaleur (théorie électrique de la), 187.
CHAMBERS. Statistique sur le traitement des fièvres continues, 846.
Champignons (café contre l'empoisonnement par les), 413.
CHAMPOUILLON. Effets de l'usage du sucre, 856.
Chancre induré (valeur du), 356. — comme lésion initiale de la syphilis, 335, 351. — comme accident primitif de la syphilis, 727. — de l'amygdale, 214.
Chanvre indien contre le rhumatisme (huile de), 05.
CHAPMAN. Méthode de traiter les maladies en réglant la circulation, 500. — Nouveau traitement du diabète, 774.
Charbon (les cantharides peuvent-elles produire le)? 494.
CHARCOT. Observation d'aphémie, 473, 525. — L'intoxication saturnine exerce t-elle une influence sur le développement de la goutte, 433.
CHARRIÈRE (Dr). Traitement des névralgies, 10.
CHARVET. Cautérisation dans l'opération de la fistule lacrymale, 215.
CHASSAIGNAC. Une cause de l'étranglement herniaire, 261. — Opération d'une hernie congénitale étranglée, 197. — Syphilis vaccinale, 706. — Taille pratiquée avec l'écraseur, 812.
CHAUFFARD. Constitution médicale de 1862, 310, 325. — Influence des races sur le résultat des opérations, 713. — Pelvi-péritonite rhumatismale, 571.
CHAULET. Influence de l'allaitement sur la folie, 245.
CHAUVEAU et MAREY. Expériences cardiographiques, 276.
CHEVALIER (Arthur). Modèles de microscope, 308.
CHEVALLIER (fils). Procédé pour rendre les étoffes incombustibles, 88.
Chinois (médecine chez les), 129.
CHIPAULT. Effets des mariages consanguins, 360.
Clinique sur l'homme et les animaux (parasitisme de la), 138.
Chirurgicale en Angleterre (excursion), 517, 547, 562, 619, 668. — (sur divers points de la pratique), 698.
Chirurgie. — d'Abulcasis, 313, 320. — *d'armée* (*Traité de*), 758. — (tendances actuelles de la), 249, 497.
Chlorate de potasse (traitement du cancroïde par le), 859.
Chloroforme (gelée de), 131. — (empoisonnement par une préparation de), 861. — (électricité contre la mort apparente par le), 613. — (rôle de l'épiderme en présence du), 586. — (distinction entre le coma et le sommeil produit par le), 241.
Chloroformisation en Angleterre, 668.
Chlorose (hypertrophie du cœur dans la), 262.
Choléra (non-absorption des médicaments dans le), 290. — (traitement préservatif et curatif du), 856. — sporadique (cas de), 445.
Cholestérine dans les organismes (fonction de la), 308.
CHOMEL (réclamation au sujet de l'éloge de), 344, 376.
Chorée. — dans la grossesse, 13. — par l'arsenic (traitement de la), 509.
CHRESTIEN. Mortalité et population de la ville de Lille, 277.
Cicatrices vicieuses du cou et des bras traitées avec succès par l'extension, l'excision et l'autoplastie, 447.
Ciguë contre les engorgements monoarticulaires des scrofuleux, 126.
Circulation du sang (méthode de traiter les maladies en réglant la), 590. — du sang (physiologie médicale de la), 813.
CIROTTEAU. Lactation chez une jeune mule, 708.
Cirrhose (ascite dans un cas de), 383.
CIVIALE. Résultats du traitement de la pierre en 1862, 174.
Clavicule par contraction musculaire (fracture de la), 684.
CLEAVELAND. Luxation de la deuxième phalange du gros orteil, 860.
Climat d'Égypte (sur le), 78, 105. — de Venise, 488.
Climats du Midi sur les affections de la poitrine (influence des), 658.
Clinique chirurgicale (*Traité de*), 246.
CODBOLD. Suffocation par la déglutition d'une sole, 327.
Cœur (communication intraventriculaire du), 167. — dans la chlorose (hypertrophie du), 262. — (insuffisance des orifices aortique et mitral du), 107. — (plessimétrie dans les maladies du), 494, 507. — (sur un cas de lésion multiple du), 167. — (absence de cyanose dans un cas de communication des cavités droite et gauche du), 387. — (bruits anormaux dans les maladies du), 494, 507.
COLIN (du Val-de-Grâce), Néphrite tuberculeuse aiguë, 39. — Pyélonéphrite avec abcès péri-néphrétique, etc., 655. — Urémie et amaurose albuminurique, 766.
Colique de plomb (sur la), 607.
Collatérales interne et externe (opérations d'anévrysmes des), 365.
COLLINEAU. Coxalgie tuberculeuse à marche rapide, 837.
COLLIS et VILMOT. Tétanos guéri par l'ivresse, 13.
Collyres des Romains, 131.
Côlon chez les nouveau-nés (siége de l'S iliaque du), 151.
COLSON. Opération de hernie étranglée sans ouverture du sac, 413.
COLVIS. Fièvre jaune à la Louisiane, 635.
Coma (distinction entre le sommeil et le), 241.
COMMAILLE. Cryptogames du pain, 4.
Compression élastique (réduction des hernies par la), 540.
Congrès de Genève, 759. — médico-chirurgical de Rouen (compte rendu du), 605, 081, 697, 720.
Conicine (recherches de la), 244.
Conjonctivole liée à l'héméralopie (lésion), 284.
Conjonctive dans l'héméralopie (altération de la), 332.
Consanguines (effets des alliances), 75, 88,

211, 324, 369, 540, 588, 640, 803, 856.
Consanguinité; syphilis et alcoolisme dans une même famille, 640.
Conseil de salubrité de la Seine (travaux du), 791.
Constipation (os avalé produisant la), 558.
Constitution médicale de l'année 1862, 310. — Constitution médicale de Paris (communications et discussions sur la), 76, 228, 310, 325, 515, 724, 756, 805, 809.
Contagieuses (sur l'éclosion spontanée des affections), 229.
Contracture des extrémités prise par un tétanos, 18.
Copahu. — et styrax contre le croup, 110, 211. — (pilules de), 847.
Coque du Levant (altération de la bière par la), 130.
Coqueluche par le seigle ergoté (traitement de la), 646.
Cornéa (cas de production), 30.
Corps étranger de l'appendice vermiculaire du cæcum, 477.
CORVISART. Décoloration de la teinture d'iode par l'urine glycosique, 288.
Couches (gaz dans le système circulatoire des femmes en), 698.
COULIER. Expériences sur la décoloration de la teinture d'iode par l'urine glycosique, 288.
COULSON. Opération d'une hernie oblurastrice, 774.
COURTY. Excursion chirurgicale en Angleterre, 517, 547, 562, 619, 608. — Cautérisation des cavités utérines, 703. — Injections locales de strychnine dans la paralysie du nerf facial, 602. — Lithotritie en une seule séance, 683. — Substitution organique, 856.
COUSOT. Kyste pileux du col cause de dystocie, 413.
Contenu hémorrhagique (du), 241.
COUTENOT. Cas d'iodisme constitutionnel, 233.
Coxalgie tuberculeuse à marche rapide, 837.
Crânienne (tumeur de la voûte), 13.
Cranéoclaste (invention d'un), 426.
Crevasses (pommade contre les), 77.
Crimée (suites du scorbut de), 76.
Cristallins cataractés (résorption spontanée du), 413.
CZITCHLEY BRODRICK. Sensibilité sous-sternale dans la syphilis, 790.
CROS (Antoine). Signes diagnostiques fournis par la langue, 6.
Croup (traitement du), 63, 277. — (copahu et styrax contre le), 119, 211. — (indications de la trachéotomie dans le), 574. — (bronchite pseudo-membraneuse et broncho-pneumonie dans le), 468, 501, 535, 685, 781. — (bronchite pseudo-membraneuse dans le), 597.
CRUVEILHIER. *Traité d'anatomie*, 111.
Cryptogames du pain (sur les), 4.
Cuba (mortalité dans les hôpitaux de), 210.
Cuisse dans l'article (la plus ancienne amputation de), 633, 681.
Cuivre chez les horlogers (intoxication par inhalation de molécules de), 34.
Cuivreuses (la phthisie est-elle produite par l'inhalation de molécules)? 234.
CUMINO (J.). Tétanos traumatique des extrémités, 18.

D

DABRY. Médecine chez les Chinois, 129.
DAGONET. *Traité des maladies mentales*, 462, 510, 541.
DALLY. Sur la liberté de l'exercice de la médecine, 49, 95.
Daltonisme (état de la rétine dans le), 389.
DANET. Emploi du succin dans quelques maladies des enfants, 213.
DANNECY. Décoloration de la teinture d'iode par les urines glycosiques, 553.
DARESTE (Ch.). Cause des déplacements apparents de l'allantoïde dans l'œuf de poule, 41. — Monstre simple dans la région moyenne, double supérieurement et inférieurement, 625. — Mode de production de certaines monstruosités simples, 658. — Origine des monstres doubles à double poitrine, 737. — Production artificielle des monstruosités, 588.
Datisca cannabina (emploi thérapeutique du), 198.
DAUNÉ. Dilatateur pour l'accouchement prématuré, 460.
DAVAINE (C.). Infusoires du sang dans le *sang-de-rate*, 539, 556, 587.
DAX. Coïncidence des dérangements de la parole avec les lésions de l'hémisphère gauche, 241.
DEBOUT. Traitement de la phocomélie, 196.
Décapitation du fœtus dans l'accouchement, 407.
DECHAMBRE. Constitution médicale, 515. — Danger des annonces dans les journaux de médecine, 97, 143, 158. — Électricité du sang, 514, 617. — Question des vivisections, 593. — Secret médical dans la question du mariage, 81. — Sur l'anthracose, 481, 561.
DECHAMBRE et DELPECH. Action décolorante des urines glycosiques sur la teinture d'iode, 252, 266, 281, 288, 289, 317.
Défécation (os avalé faisant obstacle à la), 558.
Dégénérées (formation du type dans les variétés), 684.
DECUISE. Plaie pénétrante de l'abdomen, 093.
DELACROIX. Appareil de plongeur, 842.
DELASIAUVE. Stomatite à forme adynamique, 77.
DELAUNAY. Inoculation préservatrice de la rage et de la morve, 475.
DELÉRY. Épidémie de fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans, 14.
DELIOUX DE SAVIGNAC. Purgatifs dans la dysentérie, 493. — Traité de la dysentérie, 614. — Sur les taches bleues, 674, 732. — Acétate d'ammoniaque dans la pneumonie ataxique, 466.
Délire. — sénile après l'extraction de la cataracte, 480. — de la fièvre typhoïde (opium dans le), 545.
DELORE. Absorption des médicaments par la peau, 541. — Opération d'une syndactylie congénitale, 508. — Opération d'anévrysmes des collatérales interne et externe de l'index, 365. — Opération du croup chez les très-jeunes enfants, 277. — Pulvérisation des liquides médicamenteux, 215. — Traitement du pied bot équin, 01.
DELPECH. Ladrerie du porc au point de vue de l'hygiène, 100.
DELPECH. V. DECHAMBRE.
DEMARQUAY. Issue spontanée d'un calcul biliaire au dehors, 30. — Cas de production cornée, 30. — Kyste ovarique contenant des os et des dents, 13. — Luxation double de la mâchoire inférieure, 262. — De la glycérine, 700. — Trachéotomie pour un rétrécissement de la trachée, 706. — Traitement de la gangrène sénile par les bains d'oxygène, 403.
DEMARQUAY et LECONTE. Gaz de l'hydropneumothorax, 107.
Démence sénile et la paralysie générale (différences entre la), 356.
Déments paralytiques (inégalité de poids des hémisphères cérébraux dans l'hémiplégie des), 34.
DEMEURAT. Accidents périodiques suite d'une morsure de vipère, 736.
Dentaires (tumeur par hypergénèse des éléments), 479.
Dents (action du sucre sur les), 244.
DEPAUL. Rapport sur les vaccinations, 140, 150. — Question de l'origine équine de la vaccine, 771, 787, 804.
Désarticulation du genou (observation de), 228.
DESCHAMPS (d'Avallon). Absorption des médicaments par la peau, 659.
Désinfectant (permanganate de potasse comme), 94, 308, 428.
DESMARTIS. Emploi thérapeutique de l'extrait de campêche, 42.
DESNOYERS (J.). Existence de l'homme avant l'époque quaternaire, 403. — Stries et incisions sur des ossements fossiles, 475.
DESNOS. Kyste du foie, 27. — Curabilité de la phthisie, 697.
DESTANGUES. Nouveau davier, 89.
DEVERGIE. Syphilide tuberculeuse présumée, inoculée par la vaccination, 338.
Diabète. — sucré (nouveau traitement du), 774. — (lésions cérébro-spinales consécutives au), 704. — non sucré (sur le), 857.
Diarrhée cholériforme des enfants, 699.
DICENTA. Sur les pertes séminales, 125.
Dictionnaire d'hygiène publique, 647. — encyclopédique des sciences médicales (publication d'un), 685.
DIDAY. Chancre de l'amygdale, 214. — Forme de la lésion initiale de la syphilis, 335, 351. — Histoire naturelle de la syphilis, 494.
Difformités de la taille (traitement des), 804.
Dilatateurs du col utérin pour l'accouchement prématuré, 461.
Diluvium de Saint-Acheul (sur la), 403. — de la vallée de la Somme, 386.
Diphthérite (*Traité de la*), 277.
Diplopie et strabisme, 606.
Doigts et mains (affection singulière des), 113, 131.
DOLBEAU. Cas d'encéphalocèle, 91. — Cas d'insuccès de la taille périnéale, 093. — Gangrène traumatique du bras, 43. — Sur l'uréthrotomie, 445. — Opération d'ectropion cicatriciel, 244.
DONDERS. Sur l'astigmatisme, 829.
DONNÉ. Altération spontanée des nerfs, 588.
Dourine (qu'est-ce que la)? 676.
Drainage au point de vue de l'hygiène publique, 729, 745, 793, 849.
DUBREUIL. Cas de phlébite faciale, 764.
DUCHAUSSOY. Occlusions intestinales par des calculs biliaires, 700.
DUCHENNE (de Boulogne). Mécanisme de la physionomie humaine, 803. — Sur l'atrophie musculaire progressive, 609. Nouveau dynamomètre, 488.
DUCHESNE. Diarrhée des enfants, 699.
DUCLAUX. Germination des corpuscules organisés de l'atmosphère, 475.
DUCLOS (de Tours). Cas de peau bronzée, 199.
DUCOCHET. Plaie de l'abdomen par armes à feu, 860.
DUOUET. Cas de pellagre, 429.
DUHAMEL. Tumeur du mésentère, cirrhose et ascite, 383. — Erysipèle du cuir chevelu; méningite; calculs biliaires, 701.
DUHOUSSET. Races humaines de la Perse, 211.
DUMÉNIL. Compte rendu du congrès médico-chirurgical de Rouen, 665, 681, 697; 720. — Diagnostic des adhérences de la plèvre, 699.
DUMENEZ (Cosmao). Sur l'aspermatisme, 663.
DUMONT (Denis). Sur la respiration artificielle, 310.
DUMONTPALLIER et TROUSSEAU. Action décolorante des urines glycosiques sur la teinture d'iode, 249, 252.
DUMOULIN et REVEIL. Eaux de Salins, 431.
Duodénum (possibilité du cathétérisme du), 555. — et de l'intestin grêle (cathétérisme du), 720.
DUPARCQUE. Inégalité *professionnelle* de longueur des membres supérieurs, 55. — Pneumonie latente du sommet, 192.
DURAND (de Lunel). Théorie électrique du froid, de la chaleur et de la lumière 187.
DURAND-FARDEL. Eaux minérales dans le traitement de la goutte, 408.
Dure-mère (fongus de la), 811. — (hémorrhagies méningées dans leurs rapports avec les néomembranes de la), 230.
DUROZIEZ. Cas de lésion multiple du cœur, 167.
DUTROULAU. Fièvre jaune de Saint-Nazaire, 313, 329, 356. — Hydrothérapie à l'eau de mer, 433, 449.
DUVAL (Marcellin). Traitement des épiplocèles, 641.
Dynamomètre (nouveau), 488.
Dysentérie (purgatifs dans la), 493. — (traité de la), 614.
Dysménorrhée par l'apiol (traitement de la), 740.
Dyspepsie (arsenic contre la), 165, 179.
Dystocie par présentation du tronc et des épaules, 443. — provenant du fœtus (de la), 710.
Dytiscus marginalis (sensibilité et excitabilité chez le), 210.

E

Eau. — (dosage des gaz dissous dans l'), 139. — de la pluie (étude de l'), 625.
Eaux minérales (sur les), 324, 371. — de Bagnères-de-Luchon, 414. — Ax, 415. — Aix en Savoie, 430. — Eaux-Bonnes, 430. — Royat, 430. — Mont-Dore, 430. — Vichy, 431. — Pougues, 431. — Rippoldsau, 431. — Szliacs, 431. — Mont-Cassel, 431. — Bouleu, 431. — Saint-Christau, 431. — Selins, 431. — Bourbonne, 431. — Contrexéville, 431. — Enghien, 432, 570. — (modes de concentration des éléments de minéralisation des), 484, 499. — par congélation (conservation des), 479. — dans le traitement de la goutte, 408. — (analyse de brochures sur les), 415. — (rapport de M. Poggiale sur les), 10. — (rapport de M. Tardieu sur les), 89.
Eaux. — potables (discussion sur les), 10, 20, 35, 42, 58, 75, 89, 109, 121, 169, 189, 212, 217, 225, 226, 737. — publiques (des), 107.
Écailles d'huître dans le traitement des plaies (poudre d'), 120.
Écorché colorié d'après nature, 805.
Écraseur (taille pratiquée avec l'), 812.
Ectropion cicatriciel (opération d'), 244.
Eczéma (formules contre l'), 126.
EDWARDS. Empoisonnement par le *Veratrum viride*, 61.
Égout (fermeture hydraulique des bouches d'), 241.
Égypte (sur le climat d'), 78, 105.
Électricité. — (traitement de l'asthme par l'), 803. — contre la mort apparente par le chloroforme, 613. — du sang (sur l'), 514, 527, 529, 600, 617, 649, 769, 821.
Électrique. — (analogie des fluides nerveux et), 614. — du froid, de la chaleur et de la lumière (théorie), 187.
Électromoteur secondaire des nerfs (pouvoir), 290.
Éléphantiasis. — de la vulve, 190. — des Arabes (ligature de l'artère principale du membre dans l'), 540. — des Arabes (deux cas d'), 812.
ÉMERY. Goître chez les animaux, 40.
Emphysème traumatique (sur l'), 261.
Emplâtre stibié (nouvel), 131.
Empoisonnement. — par les champignons (lavement de café dans l'), 413. — par la strychnine (chloroforme contre l'), 861. — par le phosphore, 477. — par le phosphore (lésions viscérales dans l'), 741. — par une préparation de chloroforme, 861.
Encéphalocèle. — (cas d'), 91. — congé-

cutive aux abcès du cerveau (de l'), 145.
Enfants. — dans la ville de Lille (mortalité des), 277. — (diarrhée des), 609. — (nitrate d'argent contre la paralysie essentielle des), 341. — (luxation du fémur chez les), 698. — (syphilis chez les), 477, 573.
Engel. Développement du cervelet, 741.
Engelures et crevasses (pommade contre les), 77.
Engrais dit *chaux animalisée*, 475.
Épidémies. — (origine astronomique des), 804. — (rapport sur les), 109.
Épiderme (rôle de l'), 586.
Épilepsie (cas remarquable d'*aura* dans l'), 45.
Épiphyses (sur la divulsion des), 667.
Épiplocèles (traitement des), 641.
Épithéliales chez les animaux domestiques (tumeurs), 309
Érectile. — osseuse (tumeur), 261. — de la paupière (cautérisation interstitielle d'une tumeur), 277.
Érysipèle du cuir chevelu et méningite, 701.
Esmarch. Voy. *Opération d'Esmarch.*
Espagne. Conditions météorologiques de la fièvre puerpérale, 673. - Fièvre puerpérale dans ses rapports avec les causes débilitantes, 674.
Estomac. — (de l'innervation de l'), 213. — (sur l'ulcère simple de l'), 607.
Éther (rôle de l'épiderme en présence de l'), 586.
Étiquettes coloriées (modèle d'), 804.
Étranglement interne (anus artificiel dans un), 861.
Exanthèmes tardifs (moyen de hâter les), 177.
Exercice. — de la médecine (sur la liberté de l'), 49, 65, 95. — illégal de la médecine (rapport au sénat sur l'), 280.

F

Faciale. — chez les enfants (hémiplégie), 445. — double (paralysie), 445. — (phlébite), 716, 764.
Faculté, — de médecine (séance de rentrée de la), 761. — (prix de la), 763.
Faget (J. C.). Épidémie paludéenne catarrhale à la Nouvelle-Orléans, 14.
Faivre. Distinction de la sensibilité et de l'excitabilité dans le système nerveux du *Dytiscus marginalis*, 210.
Farge. Décoloration de la teinture d'iode par les urines glycosiques, 269. — Manuscrit d'Alexandre de Tralles, 295.
Fauvel. Aphème albuminurique, 660.
Fébrifuge (picrates comme), 3.
Fémur. — chez les enfants (luxation du), 698.— (histoire et pérégrinations d'un), 633, 681.— (luxation sus-cotyloïdienne complète du), 215.
Fergusson. Extraction d'une bougie tombée dans la vessie, 709.
Fermentation par animalcules pouvant vivre sans gaz oxygène libre, 188.
Ferments et fermentations (sur les), 704.
Fève de Calabar (action physiologique et emploi thérapeutique de la), 467, 475, 593, 637.
Fibreuse de l'épaule (tumeur), 261.
Fièvres. — continues (statistiques sur le traitement des), 846 — endémiques à Saint-Pierre (Martinique), 205. — intermittentes (arsenic contre les), 592. — intermittentes (coïncidence de la fièvre jaune avec les), 171.— jaune (étiologie de la), 49. — jaune (sur la), 659. — jaune (immunités des nègres, des indigènes et des acclimatés à l'égard de la), 755. — jaune (mesures sanitaires relatives à la), 632. — jaune à bord de la *Floride*, 795. — jaune (considérations sur la), 310. — jaune à la Nouvelle-Orléans (épidémie de), 14. — jaune au Mexique (instruction pour l'étude de la), 169. — jaune de Saint-Nazaire, 254, 270, 297, 313, 324, 329, 356, 361, 428, 433, 444 46, 529, 531, 550. — jaune de la Louisiane (épidémicité et importation de la), 635. — jaune (coïncidence à Vera-Cruz des fièvres intermittentes avec la), 171. — puerpérale (conditions météorologiques de la), 673. — puerpérale dans ses rapports avec les causes débilitantes, 674 — puerpérale par les purgatifs (traitement de la), 645. — typhoïde (discussion sur la), 805. — typhoïde dans les campagnes (sur la), 95. — typhoïde (épidémie de), 698. — typhoïde (contagion de la), 498, 508. typhoïde (opium dans le délire de la), 545. — typhoïde (action du quinquina dans la), 073.
Fièvres typhiques du Mexique, 577.
Filhol. Eaux de Saint-Christau, 431.
Filhol (H.). Voy. Garrigou.
Filtrage (appareil pour), 10.
Finger. Quelques cas de rage, 429.
Fischer et Bricheteau. Traitement du croup, 63, 277.
Fistules.—lacrymales (étiologie des), 612.— gastriques artificielles (établissement des), 110. — suites d'abcès froids (liqueur de Villate dans le traitement des), 172 — vésico-vaginales (statistique d'opérations de), 277. — lacrymale (cautérisation comme complément de l'opération de la), 215. — vésico-vaginale (guérison spontanée d'une), 611.— vésico-vaginale en Angleterre (opération de la), 619.
Fleury (L.). *Cours d'hygiène*, 695.
Fleury (de Clermont). Paralysie traumatique des deuxième et troisième paires de nerfs, 60. — Résultats de l'ablation d'un polype naso-pharyngien, 29.
Flourens. Sur l'infection purulente, 119, 188, 386 — Distinction entre le coma et le sommeil, 241
Foie. — suite d'empoisonnement par le phosphore (dégénération graisseuse du), 178. — (hémorrhagie interstitielle du), 90. — avec vomissements des parois du kyste (injections iodées dans un kyste du), 585. — (kyste du), 827. — ouvert dans la plèvre (kyste du), 725. — (syphilis du), 122.
Foley. Travail dans l'air comprimé, 506, 527.
Folie. — (classification de la), 842. — (hérédité de la), 586. — (influence de l'allaitement sur la), 245.
Follin. Sur l'ablation des polypes du larynx, 153. — Leçons sur l'exploration de l'œil, etc., 829.
Foltz. Homologie des membres pelviens et thoraciques, 275.
Fongus. — de la dure-mère, 811. — du testicule guéri spontanément, 580.
Fordos. Matières colorantes des suppurations bleues, 427.
Forez (sur les plaines paludéennes du), 683.
Forget (A.). Cas d'oblitération rectale, 91.
Fortin Luxation du fémur chez les enfants, 698.
Fossiles (stries et incisions sur des ossements), 475.
Fossilité des os (caractères de la), 556.
Foucher. Divulsion des épiphyses, 667. — Hygroma triple du genou, 44.
Fournié (Édouard). Transmission de la syphilis par les instruments de chirurgie, 426.
Fourrier. Anus artificiel dans un étranglement interne, 861.
France (carte hygiénique de la), 308.
Fracture.— de la clavicule par contraction musculaire, 684. — de la jambe au niveau des malléoles (diagnostic de la), 357.
Fractures.— de la rotule (appareils pour), 190. — des membres (appareil inamovible pour), 94.
Froid (théorie électrique du), 187.
Fuzier. Coïncidence de la fièvre jaune à Vera-Cruz avec des fièvres intermittentes, 171.

G

Galactocèles (sur les lymphatocèles appelés improprement), 60.
Galezowski. Recherches ophthalmoscopiques, etc., 829.
Galibert. Appareil pour respirer sous l'eau, 721.
Gallard. Kyste de la plèvre, 90.
Gallois. Sur l'inosurie, 240. Voy. Carin.
Galvanocaustique (couteau hémorrhagique), 241. — uréthrale (méthode), 640.
Gangrène sénile (bains d'oxygène contre la), 370, 403.
Gangréneuse dans les vaisseaux (effets de la sanie), 211.
Garin et Gallois. Résorption spontanée de cristallins cataractés, 413.
Garnier (P.). Qu'est-ce que la dourine? 676.
Garrigou. Composition de l'air dans les cavernes, 308. — Air des cavernes de l'Ariége, 323. — Eaux minérales d'Ax, 386. — L'homme fossile, 425. — Diluvium de la vallée de la Somme, 386. — Non-contemporanéité de l'homme et des grands mammifères, 475.
Garrigou et Filhol. Age de la pierre dans les vallées de Tarascon, 802.
Gastralgie (arsenic contre la), 165, 179.
Caugain. Emploi de la poudre d'écailles d'huître dans le traitement des plaies, 120.
Gaz dissous dans l'eau (dosage des), 139.
Génération dans les différents âges (organes de la), 294. — spontanée à propos des expériences de MM. Pouchet, Joly et Musset (contre la), 754. — spontanée (réponse de MM. Joly et Musset à M. Pasteur sur la), 803.
Générations dites spontanées (sur les), 842. — spontanées (sur les protéendues), 857.
Genou (désarticulation du), 228. — en Angleterre (résections du), 668.— (hygroma triple du), 44
Germain. Contracture du masséter, 103.
Géry (père). Traitement de la mort apparente des nouveau-nés, 141.
Géry (fils). Discours sur la tombe de Patissier, 845.
Giannuzzi. Nerfs moteurs de la vessie, 42.
Giannuzzi et Nawrocki. Influence des nerfs sur les sphincters de l'anus et de la vessie, 404.
Gidd. Extirpation de polypes laryngiens, 78.
Gilledert d'Hercourt Hydrothérapie dans le goitre exophthalmique, 684.
Ginanneschi. Vaccination contre la miliaire, 790.
Gintrac (Henri). Observation de rubéole, 62. — Contagion de la fièvre typhoïde, 498, 508. — Pellagre dans le département de la Gironde, 373, 387.
Giordano. Moyen de provoquer l'avortement, 244.
Giraldès. Cas de spina-bifida, 262. — Cas de spina-bifida de la région sacrée, 293. — Action de la fève de Calabar, 475.
Girard (Aimé). De l'homme fossile, 514.
Girard de Cailleux. Études sur les maladies nerveuses et mentales, 211. — Études pratiques sur les maladies mentales, 543. – Hérédité de la folie, 587. — Résumé sur les maladies nerveuses et mentales, 58.
Giraud-Teulon. Auto-ophthalmoscope, 407.— Cercles de diffusion produits lors de l'observation de parallaxe par les appareils dioptriques de l'œil, 28.— Polyopie dans la vision monoculaire 515, 527.— Strabisme et diplopie, 606, 829.
Glandes sudoripares (tumeurs des), 197.
Glaucome (considérations sur le), 637.
Gluten (sur le), 425.
Glycérine (emplâtres de), 847. — (emploi thérapeutique de la), 790.
Glycosiques sur la teinture d'iode (action décolorante des urines), 249, 252, 263, 260, 281. 288, 289, 317, 553.
Glycosurie normale (de la), 146, 147.— par la médication sucrée (traitement de la), 65. — (réflexions sur la), 19, 35, 67, 146, 147.
Gobley. Sur un modèle d'étiquettes coloriées, 804.
Goître (épidémie de), 44. — exophthalmique (hydrothérapie dans le), 684. — unilatéral (tentative d'extirpation d'un), 860. — chez les animaux, 5, 24, 40.
Goîtres cystiques (cautérisation dans le traitement des), 216.
Goîtreuse des rives de la Seine (endémie), 690.
Gomme ammoniaque (préparation de), 847.
Goudin. Injection de nitrate d'argent dans les voies respiratoires, 698.
Goutte (indication des eaux minérales dans le traitement de la), 408. — Est-elle influencée dans son développement par l'intoxication saturnine? 433.
Goyrana (d'Aix). Sur la kélotomie, 666. — Éléphantiasis des Arabes, 812.
Graisseuse de différents organes, suite d'empoisonnement par le phosphore (dégénérotion), 178. — des os (nécrobiose), 358.
Gras. Dilivium de Saint-Acheul et terrain de Moulin-Quignon, 403.
Gravelle et des calculs urinaires (Traité de la), 862.
Grégoire. Infections purulente, charbonneuse et rabique, 602.
Griepenkerl. Traitement de la coqueluche par le seigle ergoté, 646.
Grimaud (d'Angers). Sur la rage, 602.
Grimaud (de Caux). Études sur les eaux publiques, 107. — Carte hygiénique de la France, 308. — Climat de Venise, 488.
Grimault. Gelée de chloroforme, 131. — Huile de chanvre indien contre le rhumatisme, 95.
Grosses (ictère épidémique chez les femmes), 738, 745.
Grossesse (durée moyenne de la), 476. — (chorée dans la), 13. — dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne, 663. — (ictère grave dans la), 200. — (rétroversion de l'utérus pendant la), 710. — (vomissements incoercibles pendant la), 710.
Grossesses normale et extra-utérine (existence simultanée de), 709.
Guaco contre la syphilis, 588. — (emploi thérapeutique de l'alcoolé de), 704.
Guéniot. Vomissements incoercibles pendant la grossesse, 710.
Guérard. Accidents produits par le bain froid, 491.
Guérard (L.). Sur la roséole miliaire, 487.
Guérin-Méneville. Cause météorologique de la maladie des végétaux et des vers à soie, 842.
Guersant. Abaisse-langue, canule pour irrigations, 244.
Guichard. Trachéotomie dans le croup, 574.
Guillemin (S.). Lésions traumatiques modifiées par la syphilis, 472.
Guipon. Effets de la consanguinité, de la syphilis et de l'alcoolisme dans une même famille, 640.
Guyon. Parasitisme de la chique, 138.
Gyrodus (nouvelle espèce de), 825.

H

Haime. Historique des théories du cal, 737.
Hairion. Pathologie spéciale des organes urinaires, 294.
Hallucinations musculaires (des), 86.
Hamon Obstacle peu commun à la défécation, 558.

HARDY. Pellagre sans usage du maïs, 357.
HARLEQ. Empoisonnement par une préparation de chloroforme, 861.
HAUCHECORNE. Sur le cacao, 441.
HÉBERT. Existence de l'homme pendant la période quaternaire, 369. — Existence de l'homme pendant la période quaternaire, 386.
HEBRA. Action des révulsifs cutanés, 237.
HECQUET. Empoisonnement par les allumettes chimiques ou phosphore blanc, 153.
Hématocèle péri-utérine (sur l'), 682.
Héméralopie (altération épithéliale de la conjonctive dans l'), 332. — (lésion conjonctivale coïncidant avec l'), 284.
Hémiplégie faciale à répétition chez les enfants, 445
Hémoptysie par ouverture de l'aorte dans les bronches, 445.
Hémorrhagie interstitielle du foie, 90.
Hémorrhagies méningées dans leurs rapports avec les néomembranes de la dure-mère, 230.
Hémorrhagique (semences de chardon-Marie comme anti-), 126.
HENLE et KÖLLIKER. Structure des reins, 676.
HENNEQUIN. Fongus du testicule guéri spontanément, 580.
HÉRARD. Syphilis vaccinale, 643.
Hermaphrodisme (cas rare d'), 130.
Herniaire (une cause de l'étranglement), 261 — grave (kélotomie dans l'étranglement), 666.
Hernie étranglée réduite par la bande de caoutchouc, 142. — congénitale étranglée (opération d'une), 197. — étranglée sans ouverture du sac (opération de), 413. — obturatrice (opération d'une), 774. — vaginale funiculaire, 78. — (danger du taxis forcé dans la), 44. — étranglée par la compression élastique (réduction de la), 540.
HERVIEUX. Présence de gaz dans le système circulatoire des femmes en couches, 698.
Hétérogénie (expériences sur l'), 658.
HEYFELDEN (historique de l'ankylose cicatricielle des mâchoires, à propos d'une brochure de M.), 729, 745, 753.
HIRSCH (de Dantzig). Dégénération des os du pied, 675.
HIRSCHLER. Traitement du larmoiement, 142.
Homme (proposition de fonder une société protectrice de l'), 631, 663. — avant l'époque quaternaire (existence de l'), 403. — fossile (discussion sur l'), 425. — fossile et antiquité de la race humaine (examen de la question de l'), 514. — pendant la période quaternaire (existence de l'), 309, 386. — primitif et des espèces perdues de pachydermes (non-contemporanéité de l'), 355. — (non-contemporanéité des grandes espèces d'animaux et de l'), 426. — (non-contemporanéité des grands mammifères et de l'), 475.
Homologie des membres pelviens et thoraciques, 275.
Honoraires des médecins, 448.
Hôpital de la mission américaine à Canton, 712.
Hôpitaux. — civils de Londres comparés à ceux de Paris, 628. — civils de la ville de Londres comparés à ceux de Paris, 677. — considérés sous le rapport de leur construction, etc. (études sur les), 558. — de Cuba (mortalité dans les), 210.
Horlogerie (le phthisie est-elle produite par le travail de l')? 234.
Horlogers (intoxication cuivreuse chez les), 34.
HOUZÉ DE L'AULNOIT. De l'encéphalocèle consécutive aux abcès du cerveau, 145. — Asphyxie par submersion d'un nouveau-né, 235.
HOWARD. Ligature de l'artère intercostale, 327.
HOWITZ. Inflammation de la vessie et des artères ombilicales chez les nouveau-nés, 725.
HUGUES. Maladies kystiques du testicule, 111.
HUGUIER. Opération d'ovariotomie, 406.
Huile de *croton tiglium* en topique, pour provoquer les manifestations de la rougeole, 177.
HULLIN. *Mémoires de médecine et de chirurgie*, 743.
HUMBERT. Lavements de café dans l'empoisonnement par les champignons, 413.
Humérus (ostéomyélite de l'), 152.
HUSSON (Armand). Études sur les hôpitaux, 558.
HUSSON (de Toul). Quantité d'air nécessaire à la respiration pendant le sommeil, 75, 187. — Albuminurie chronique, 403.
HUTCHINSON. Rapport de l'amaurose avec l'habitude de fumer, 773.
Hydropneumothorax (*bruit de moulin* dans l'), 371. — (gaz de l'), 107.
Hydrothérapie à l'eau de mer, 433, 449. — à Bruxelles (l'), 825.
Hydrothérapique (établissement), 432.
Hygiène. — des ouvriers, 682. — à la Faculté de Paris (cours d'), 695. — *industrielle et administrative (Traité d')*, 647, 693. — publique (drainage au point de vue de l'), 729, 745, 793, 849. — *publique et de salubrité (Dictionnaire d')*, 647. — *publique et privée (Traité d')*, 695. — (sur quelques publications concernant l'), 647, 693.
Hygiénique de la France (carte), 308.
Hygroma triple du genou, 44.
Hystérotomie en Angleterre, 619.

I

Ictère. — épidémique chez les femmes grosses, 738, 745. — grave (cas d'), 327. — grave des femmes grosses, 200.
Incombustibilité des étoffes (procédé pour produire l'), 88.
Incombustibles (sulfate d'ammoniaque pour rendre les étoffes), 704.
Indous (médecine chez les), 113, 177, 201, 233, 281, 361.
Inégalité. — *professionnelle* de longueur des membres supérieurs, 55. — de longueur des membres abdominaux (prothèse dans l'), 196.
Infection purulente (sur l'), 119, 188, 261, 386, 625. — purulente (effets de l'), 211. — purulente, charbonneuse et rabique, 602.
Infusoires dans le sang humain, 704. — dans le sang, 802.
Innervation de l'estomac, 213.
Inosurie (sur l'), 240.
Intercostale (ligature de l'artère), 327.
Intestinales produites par des calculs biliaires (occlusions), 700.
Iodées dans un kyste du foie (injections), 585.
Iodisme constitutionnel (cas d'), 233.
Iridectomie (sur un point d'histoire de l'), 703.
Iridésis (opération d'), 29. — (nouveau mode d'), 388.
Iris (influence des mouvements respiratoires sur ceux de l'), 673.
ISAMBERT. Observation de sclérème, 724. — Sclérème chez un enfant de treize mois, 840.
Ivresse (tétanos guéri par l'), 13.

J

Jambe au niveau des malléoles (diagnostic de la fracture de la), 357.
JOBERT (de Lamballe). Régénération des os, 587. — Théorie du cal, 720, 825.
JOLY. Sur la rage, 724. — Rapport sur les épidémies, 109.
JOLY (N.), POUCHET (F. A.) et MUSSET (C.). Expérience sur l'hétérogénie, 658.
JOSAT. Sur la mort intermédiaire, 139. — Ophthalmie des armées, 467, 476.
JOULIN. Anatomie et physiologie comparés du bassin, 827. — De la dystocie appartenant au fœtus, 710
JULLIARD. Cas d'ictère grave, 327. — Épanchement sanguin de la plèvre, 444.

K

KARAJAN et MANNKOPFF. Lésions viscérales dans l'empoisonnement par le phosphore, 741.
Kélotomie dans l'étranglement herniaire grave, 666.
KIDD (Ch . Électricité contre la mort apparente par le chloroforme, 613.
KNOCH. Développement du *Bothriocephalus latus*, 740.
KŒBERLÉ. Amputation de la matrice et extirpation des deux ovaires, 742. — Opération d'ovariotomie, 425. Extirpation d'un corps fibreux de la matrice et des deux ovaires; amputation de la portion sus-vaginale de l'utérus, 425. — Deux opérations d'ovariotomie, 139.
KÖLLIKER. Voy. HENLE.
KONINCK. Phloorrhizine comme antipériodique, 130.
KRAUSE. Terminaison périphérique des nerfs moteurs, 677.
KUDORN. Fausse mélanose des ouvriers mineurs, 481, 561.
Kyste. — de la plèvre, 90. — du foie, 827. — du foie, avec vomissement des parois du kyste (injections iodées dans un), 585. — du foie ouverts dans la plèvre, 725. — ovarique contenant des os et des dents, 13. — pileux du col utérin cause de dystocie, 413.
Kystes et abcès du foie (diagnostic des), 77.
Kystique du testicule (maladie), 111.

L

LABITTE et PAIN. Pellagre des aliénés, 754.
LADORIE. Fongus de la dure-mère, 811.
LADOULDÈNE. Ciguë contre les engorgements monoarticulaires, 126.
Lactation chez une jeune mule, 708.
Ladrerie du porc au point de vue de l'hygiène, 109.
LAFORÊT. Reprise de l'allaitement après une suspension prolongée, 154.
LAGNEAU. Rhino-nécrosie typhique et syphilitique, 439.
LAILLER. Constitution médicale de Paris, 76, 228, 724, 811. — Paralysie faciale double, 445.
Lait de chèvre (empoisonnement par le), 263.
LAMBRON. Eaux de Bagnères-de-Luchon, 414.
Laminaria digitala (emploi de la tige de), 322.
LAMY. Effets toxiques du thallium, 587.
LANCEREAUX. Dégénération graisseuse du foie, des reins et des muscles, suite d'empoisonnement par le phosphore, 178. — Des hémorrhagies méningées, 230.
LANDERER. Passage des médicaments dans l'urine, 263.
LANDOUZY. Fermeture hydraulique des bouches d'égouts, 241. — Pellagre sans usage de maïs, 350. — Pellagre des aliénés, 721, 802.
Langage articulé (sur le siége de la faculté du), 318, 348, 397, 455, 473, 506, 524, 525, 539, 571, 786.
LANGE. Semences de chardon-Marie comme antihémorrhagique, 126.
LANGENBECK. Infection trichinale, 676.
Langue (signes diagnostiques formés par la), 6. — hypertrophiée (amputation de la), 705. — par la cautérisation en flèches (extirpation presque totale de la), 802. — (résection temporaire du maxillaire inférieur par l'extirpation d'un cancer de la), 304.
LANZI. V. LUSSANA.
LAPASSE (de). Rose-croix, thériaque et alexipharmaques, 377, 417, 465.
Larmoiement (traitement du), 142.
LARREY. Cas de blessures multiples à la tête, 292
Laryngiens (extirpation, avec l'aide du laryngoscope, de polypes), 78.
Laryngoscope. — applique aux maladies du larynx, de la trachée et du pharynx, 63. — (historique de l'invention du), 201. — (historique du), 306.
Larynx (ablation des polypes du), 153, 449, 697, 724, 737. — (extirpation d'un polype fibreux du), 291. — et de la trachée (extraction des polypes du), 441. — suivie de guérison (plaie pénétrante du), 626. — (traitement chirurgical des polypes du), 161, 340, 345.
LATOUR (Amédée). Les annonces dans les journaux de médecine, 143, 157.
LAUCIEN. Bains d'oxygène contre la gangrène sénile, 370.
LAURENCE (Zachariah). Progrès de la chirurgie oculaire, 829.
LAURENT. *Traité des maladies nerveuses*, 700.
LEACH. Chloroforme contre l'empoisonnement par la strychnine, 861.
LEBERT. *Manuel de médecine pratique*, 127.
LEBLANC (Camille). Tumeurs épithélisles 309.
LEDON. Non-influence du travail de l'horlogerie sur la production de la phthisie, 234.
LECLERC (de Caen). Issue d'un calcul biliaire par la région ombilicale, 75.
LECLERC. Chirurgie d'Abulcasis, 313, 329.
LECONTE. Voy. DEMARQUAY.
LECOQ (Jules). Réflexion sur la glycosurie, 19, 35, 67.
LEE (Henry). Exfoliation de la muqueuse vésicale, 829.
LEFÈVRE. Appareil pour les bains de vapeur, 527.
LE FORT. Effets de la fève de Calabar, 593.
LEGOUEST. Appareil prothétique après l'ablation du maxillaire inférieur, 151. — Résection temporaire d'une partie du maxillaire supérieur pour l'extirpation d'une tumeur de la fosse nasale, 805, 854. — Résultats comparatifs des amputations, 222. — Secours aux blessés des champs de bataille, 758. — *Traité de chirurgie d'armée*, 758.
LEGOYT. Statistique sur l'aliénation mentale, 309.
LEGRAND (du Saulle). Pétition au sénat, au sujet de la *responsabilité partielle*, 140.
LEGROS (d'Aubusson). Sur la trachéotomie, 692.
LEMAIRE (J.). Sur les ferments et fermentations, 704.
LENGLEN. Inoculation de la péripneumonie des bêtes bovines, 274.
LÉPINE. Cautérisation dans le traitement des goîtres cystiques, 216.
LÉPINE (père). Dilatateur pour l'accouchement prématuré, 461.
LEROY (d'Etiolles). Gravelle et calculs vésicaux, 862. — Influence des pierres du rein sur la guérison des pierres de la vessie, 667.
LETTER (de). Préparation du citrate de magnésie, 494.
LEUDET (E.). Congestions de la moelle, suites de chutes ou d'efforts violents, 389. — Sur l'ulcère simple de l'estomac, 667.
LEVASSEUR. Épidémie de fièvre typhoïde, 698.

Lévy (Michel). *Traité d'hygiène publique et privée*, 695.
L'Hoste. Atrésie du vagin, 611. — Guérison spontanée d'une fistule vésico-vaginale, 611.
Liebreich. Atlas ophthalmoscopique, 691. — Sur l'astigmatisme, le glaucome et la fève de Calabar, 037. — Mesure de la pression intra-oculaire, 393. — Sensibilité rétinienne chez les cataractés, 394. — Mesure de la réfraction de l'œil, 394.
Liétard. Médecine chez les Indous, 113, 177, 201, 233, 281, 361. — Colique de plomb, 067.
Ligature. — de l'artère intercostale, 327. — élastique (procédé de), 418. — préalable des artères, 812. — préliminaire des artères, 633, 788, 845.
Lille (population et mortalité de la ville de), 277.
Limousin. Opium dans le délire de la fièvre typhoïde, 545.
Linas. Sur les futurs asiles d'aliénés de la Seine, 779. — Sur quelques publications relatives à la pathologie mentale, 359, 390.
Lingual par suite de l'abolition de la motricité dans l'hypoglosse (modifications dans le nerf), 370.
Liqueur de Villete dans le traitement de la carie et des fistules, 172.
Lithotomie et lithotritie, 862.
Lithotritie. — en une seule séance, 083. — (instrument de), 703. — (résultats généraux de la), 74.
Logements insalubres (rapport de la Commission des), 695.
Lortel. Nécrobiose graisseuse des os, 358.
Louisiane (fièvre jaune à la), 635.
Luca (de). Pain découvert à Pompéi, 603, 625. — Rapport entre les poids des divers os, 673. — Transformation en sucre de la peau des serpents, 587.
Luoger Lallemand. Voy. Perrin.
Ludwig. Origine des vaisseaux lymphatiques, 708.
Lumière (théorie électrique de la), 187.
Luppi. Emploi du *Datisca cannabina*, 198.
Luschka. Grossesse dans un utérus bicorne, 663.
Lussana et **Lanzi.** De l'innervation de l'estomac, 213.
Luton. Médication substitutive parenchymateuse, 859. — De la substitution parenchymateuse, 673.
Luxation. — de l'atlas sur l'axis, 29. — double de la mâchoire inférieure, 262. — de la deuxième phalange du gros orteil, 860. — du pied (fracture de la jambe, simulant une), 357. — sus-cotyloïdienne complète du fémur sur un enfant, 215.
Luxeuil (emploi contre les syphilis latentes des eaux de), 341.
Lymphatocèles improprement appelés *galactocèles* (sur les), 60.

M

Mâchoire. — inférieure (luxation double de la), 262. — inférieure (opération d'Esmarch pour une immobilité de la), 613. — inférieure (opération par l'ankylose cicatricielle de la), 643. — inférieure (résection sous-périostique de la), 293. — humaine fossile dans un terrain non remanié, 290. — trouvée à Abbeville dans des terrains non remaniés, 307, 323, 354, 369, 386.
Mâchoires (ankylose cicatricielle des), 729, 747, 753.
Mackay. Empoisonnement par le lait de chèvre, 263.
Madura foot, ou dégénération des os du pied, 675.
Magne. Effets de la consanguinité, 324. — Délire après l'extraction de la cataracte, 480.
Main professionnelle (de la), 694.
Maisch. Pilules de copahu, 847.
Maisonneuve. Nouveau pessaire, 58. — Désarticulation du genou, 228. — Réduction des hernies par la compression élastique, 540. — Extirpation des tumeurs éburnées de l'orbite, 657. — Statistique d'uréthrotomies, 692. — Extirpation de la langue par la cautérisation en flèches, 802. — Clinique chirurgicale, 246.
Mal de mer (remède contre le), 245.
Maladie d'Addison. Voy. *Peau bronzée.*
Maladie des végétaux et des vers à soie (cause météorologique de la), 842.
Mandet. Sulfate d'ammoniaque pour rendre les étoffes incombustibles, 704.
Mannkopff. Voy. **Karajan.**
Manteoazza. Action du sucre et des acides sur les dents, 244.
Mapother. Anévrysme des os, 375.
Marcé. *Traité des maladies mentales*, 462, 510, 541. — Valeur des écrits des aliénés, 685.
Marchal (de Calvi). Lésions cérébro-spinales consécutives au diabète, 704.
Marchant. Appareils pour fractures de la rotule, 190.
Maréchal. Plaie pénétrante du larynx guérie, 626.
Marey. *Physiologie médicale de la circulation*, 813.
Marey. Voy. **Chauveau.**
Mariano Llovet. Crayons de sulfate de cuivre, 414.
Marin. Fièvre typhoïde dans les campagnes, 95.
Marjolin. Tumeur de la voûte crânienne, 13.
Martel (Edm.). Roséole miliaire, 419, 483, 487.
Martin. Cas rare d'hermaphrodisme, 139. — Sur l'accident primitif de la syphilis, 727.
Martin (Edm.). Traité des maladies des yeux, 328.
Martin (de Tonneins). Transformation morbide spéciale des enveloppes du testicule, 309.
Martineau. Syphilis viscérale, 122.
Marville. Appareil dit *couvre-oreille*, 241.
Massart. Emploi thérapeutique des préparations arsenicales, 165, 179. — Arsenic contre les fièvres intermittentes, 592.
Masséter (contracture du), 103.
Mathieu. Trocart pour les kystes de l'ovaire, 108.
Motrice (extirpation d'une tumeur fibreuse et amputation de la), 742.
Mattei. Anatomie des capsules surrénales, 241. — Durée moyenne de la grossesse, 476.
Matteucci. Pouvoir électromoteur secondaire des nerfs, 290.
Maumené. Diabète non sucré, 857.
Maxillaire inférieur (déformation du maxillaire supérieur après l'ablation du), 151. — inférieur (prothèse après l'ablation du), 151. — inférieur par l'extirpation d'un cancer de la langue (résection temporaire du), 304. — inférieur par hypergénèse des éléments dentaires (tumeur du), 479.
Maxillaire supérieur (influence de l'ablation du maxillaire inférieur sur la forme du), 151. — supérieur par l'extirpation d'une tumeur osseuse de la fosse nasale (résection temporaire d'une portie du), 805, 854.
Mayrhofer. Étiologie des affections puerpérales, 708.
Médecine. — en Angleterre (enseignement et exercice de la), 008. — comparée (bases de la), 465. — (demande d'une chaire d'histoire de la), 664. — légale (rôle de la), 761.
Médecine pratique (*Manuel de*), 127. — *et de chirurgie pratiques* (*Mémoires de*), 743.
Médicaments dans l'urine (passage des), 263.
Médication substitutive parenchymateuse, 859.
Mélanose des mineurs (fausse), 481, 561.
Mélays. Fracture de la clavicule par contraction musculaire, 684.
Mélier. Relation de l'épidémie de fièvre jaune de Saint-Nazaire, 254, 270, 297.
Membres. — abdominaux (prothèse dans l'arrêt du développement des), 196. — pelviens et thoraciques (homologie des), 275. — supérieurs (inégalité *professionnelle* du longueur des), 55.
Méningées (sur les hémorrhagies), 230.
Méningite. — comateuse sans paralysie, 119. — suraiguë et purulente (cas de), 309. — (érysipèle du cuir chevelu et), 701.
Ménorrhagie dans ses rapports avec l'hématocèle, 682.
Menstruation (influence des pyrexies sur les principaux phénomènes de la), 215.
Menstrues sur l'ovulation (influence de la déviation des), 274.
Mentale (de la pathologie), 359, 300. — (publications sur la pathologie), 463, 510, 541.
Mentales et nerveuses (résumé sur les maladies), 58. — (études pratiques sur les maladies), 211.
Mer (hydrothérapie à l'eau de), 433, 449.
Mercier (A.). Cathétérisme par des sondes invaginées, 275. — Cathétérisme des rétrécissements infranchissables, 547, 557, 569. — Perfectionnement apporté à la lithotritie, 703. — Introduction de l'air dans les voines, 321.
Mercure après un traitement mercuriel (élimination du), 50.
Méret. Intelligence des animaux, 588.
Mésentère (ascite dans un cas de tumeur du), 383.
Mexique (lettres médicales sur le), 1, 17. — (fièvre jaune au), 49. — (instruction pour l'étude de la fièvre jaune au), 169. — (fièvres typhiques du), 577.
Meyer. Valeur de l'opération du strabisme, 699, 812.
Meyne (de Dijon). Dilatateur pour l'accouchement prématuré, 461.
Mialhe. Nouvel emplâtre stibié, 131.
Michel. Injections iodées dans un kyste du foie. — Vomissement des parois du kyste, 585.
Microscope (modèles de), 308.
Mignot. Les cantharides peuvent-elles produire le charbon ? 494.
Miliaire (vaccination contre la), 790.
Millet. Traité de la diphthérite, 277. — Eaux de Contrexéville, 431.
Millon. Action toxique des *Rhus* par simple contact, 5.
Milne Edwards. Sur la mâchoire de Moulin-Quignon, 254.
Mineurs (fausse mélanose des), 481, 561.
Mirault (d'Angers). Affection singulière des doigts et des mains, 113, 131.
Moelle épinière (chute ou efforts causes de congestion de la), 389. — épinière sur les mouvements de la vessie (action de la), 659. — (paraplégie par épuisement de la), 789.
Moffat. Emploi des picrates comme antipériodiques, 3.
Mollusques gastéropodes (système nerveux des), 704.
Monstre simple dans la région moyenne, double dans les parties supérieure et inférieure, 625.
Monstres doubles à double poitrine (formation des), 737.
Monstruosités (production artificielle des), 588. — simples (mode de production de certaines), 658.
Moquin-Tandon. Rapport sur les vivisections, 514, 526, 570.
Morale (pathologie), 88.
Moreau (A.). Air de la vessie natatoire des poissons, 801.
Morel (de Saint-Yon). Valeur de l'aveu chez les inculpés, 260. — Formation du type dans les variétés dégénérées, 084.
Morel-Lavallée. Bruit de moulin dans l'hydropneumothorax, 371. — Décollements traumatiques de la peau, 126. — Emphysème traumatique, 261. — Sur l'uréthrotomie, 479.
Morelle. Épidémie de goître, 44.
Morenhaut (de). Origine de la race, 483.
Morin (A.). Ventilation des amphithéâtres, 107, 187. — Assainissement de l'air par la vaporisation de l'eau, 754.
Morlano-Hocken. Remède contre le mal de mer, 245.
Morler (de Giessen). Chorée des femmes grosses, 13.
Morphine (réaction pour déceler la présence de la), 587.
Mort. — apparente des nouveau-nés (traitement de la), 141. — intermédiaire (délaissement des mourants dans l'état de), 139. — subite par chute de dents artificielles au devant de l'épiglotte, 127.
Mortalité. — dans les hôpitaux de Cuba, 210. — des enfants dans la ville de Lille, 277.
Mort-nés (statistique des), 195, 216.
Morve (inoculation préservative de la), 475.
Mosselman. Engrais dit *chaux animalisée*, 475.
Mougeot. Silicates comme préparations pharmaceutiques, 189.
Moulin-Quignon (terrain de), 403, 556.
Moura-Bourouillou. Historique du laryngoscope, 306. — Section des polypes du larynx, 097, 724, 737.
Moutard-Martin. Hémorrhagie interstitielle du foie, 90. — Cas de choléra sporadique, 445.
Munaret. Société protectrice de l'homme, 663.
Munoz de Luna. Portefeuille-trousse, 228.
Murray (Andrew). Pédicules des diverses races humaines, 129.
Muscles, suite d'empoisonnement par le phosphore (dégénération graisseuse des), 178.
Musculaires (hallucinations), 80. — progressive (cas d'atrophie), 607. — ascendante chronique (atrophie), 750.
Musset. Voy. **Joly.**

N

Naissances à domicile (nécessité de la constatation des), 407.
Nasale (résection temporaire d'une portie du maxillaire supérieur pour l'extirpation d'une tumeur de la fosse), 805, 854.
Naso-pharyngien (résultats de l'ablation d'un polype), 29. — (extraction d'un polype), 262.
Nawrocki. Voy. **Giannacci.**
Néphrétique (pyélo-néphrite du rein droit et abcès péri-), 055.
Néphrite tuberculeuse aiguë, 39.
Nerf. — facial (injections locales de strychnine dans la paralysie du), 692. — hypoglosse (modifications physiologiques dans le nerf lingual par suite de l'abolition de la motricité dans le), 370.
Nerfs. — sur le sphincter de la vessie et de l'anus (influence des), 404. — (paralysie traumatique des deuxième et troisième paires de), 60. — (pouvoir électromoteur des), 290. — moteurs de la vessie, 42. — moteurs (terminaison périphérique des), 677. — sensitifs (réunion bout à bout des nerfs moteurs avec les), 42, 52.
Nerveuses (*Traité des maladies*), 700. —

et mentales (*Études pratiques sur les maladies*), 211.
Nerveux (distinction de la sensibilité et de l'excitabilité des systèmes), 210. — (analogie des fluides électrique et), 614. — des gastéropodes (système), 704.
Névralgies (traitement des), 10.
Nez (gangrène typhique et syphilitique des cartilages du), 439.
Nitrate d'argent dans les voies respiratoires, 698. — d'argent contre la paralysie essentielle des enfants, 341.
Nogués. De la pellagre sporadique, 61. — Nouvelle espèce de *Gyrodus*, 825.
Nonat. Danger des cautérisations intra-utérines profondes, 768.
Nouveau-né (considérations médico-légales sur l'asphyxie par submersion d'un), 235.
Nouveau-nés (*Traité de la mort apparente des*), 141.
Nouveau-nés (apoplexie pulmonaire des), 489. — (inflammation de la vessie et des artères ombilicales chez les), 725. — (maladies des), 575. — (situation de l'S iliaque chez les), 705.

O

Oculaire (mesure de la pression intra-), 393, 637.
Œil (cercles de diffusion produits lors de l'observation de parallaxe par les appareils dioptriques dans l'), 28. — (évacuation répétée de l'humeur aqueuse dans les maladies de l'), 298.
Œufs (altération spontanée des), 588.
Ollier. Tendances actuelles de la chirurgie, 249, 497.
Ollivier (Clément). Pathologie morale, 88.
Opération. — césarienne *post mortem* (accouchement forcé substitué à l'), 140. — césarienne *post mortem*, 787. — d'Esmarch (résultats de l'), 97, 044. — d'Esmarch (cas d'), 152, 613. — d'Esmarch (sur l'), 577.
Opérations chirurgicales (influence des races sur le résultat des), 713.
Ophthalmie. — des armées (sur l'), 467, 470. — dite militaire (extinction dans l'armée belge de l'), 481. — militaire (discussion sur l'existence de l'), 703. — produite par le soufrage des vignes, 554.
Ophthalmoscope (auto-), 407.
Ophthalmoscopie (atlas d'), 342, 691. — appliquée (recherches d'), 829.
Opium. — dans le délire de la fièvre typhoïde, 545. — (réactions pour déceler l'), 587. — et belladone (antagonisme de l'), 235.
Optométrique pour mesurer la réfraction de l'œil (procédé), 394.
Orbite (extirpation des tumeurs éburnées de l'), 657.
Oré (de Bordeaux). Courants électriques contre l'introduction de l'air dans les veines, 33. — Recherches sur la transfusion du sang, 643.
Oreille (*couvre-*), 241.
Orteil (luxation de la deuxième phalange du gros), 860.
Os. — du squelette humain (rapport entre les poids des divers), 673. — (anévrysme des), 375. — (caractères de la fossilité des), 558. — (nécrobiose graisseuse des), 358. — (régénération et réparation des), 586.
Ossements fossiles (incisions et stries sur des), 475.
Osseuse (tumeur érectile), 261.
Ostéogénie (études sur l'), 107.
Ostéomyélite de l'humérus, 152.
Ouranoplastie. — avec ou sans ossification périostique (procédé d'), 703. — contre les fentes de la voûte palatine (procédé d'), 754. — à lambeaux latéraux (historique relatif à l'), 811.
Ovaire (os et dents dans un kyste de l'), 13. — (trocart pour les kystes de l'), 108.
Ovaires (amputation de la matrice et extirpation des deux), 742.
Ovariotomie (cas d'), 062. — (des opérations d'), 139. — (opérations d'), 406, 425. — double (cas d'), 84. — (statistique de nombreuses opérations d'), 17, 30. — en Angleterre (l'), 517, 547, 562, 019.
Ovulation (influence de la déviation des règles sur l'), 274.
Oxygène (traitement de la gangrène sénile par les bains d'), 370, 403. — dans la putréfaction (rôle de l'), 290. — sur le vin (action de l'), 770. — sur la vinification (influence de l'), 841, 842, 857.
Ozanam. Extraction des polypes du larynx, 441.
Ozonométriques (influence de l'humidité sur les observations), 863.

P

Pain. Voy. Laditte.
Pain (cryptogames du), 4. — découvert à Pompéi (recherches sur le), 603, 625. — et le gluten (sur la croûte de), 425.
Paires de nerfs (paralysie traumatique des deuxième et troisième), 60.
Pajot. Présentations des troncs et des épaules dans les rétrécissements du bassin, 443.
Palatine (autoplastie périostique pour restauration de la voûte), 662.
Palmidactylisme pendant quatre générations, 755.
Paludéenne catarrhale, concomitante de la fièvre jaune (épidémie de), 14.
Paludéennes (contrées), 683.
Paraplégie. — par épuisement de la moelle, 789. — essentielle des enfants (nitrate d'argent contre la), 341.
Paralysie. — faciale double (cas de), 445. — générale et la démence sénile (différence entre la), 356. — périphérique par refroidissement, 258.
Parasitisme de la chique sur l'homme et les animaux, 138.
Paravey (de). Concordance de certains passages des livres bibliques avec des ouvrages conservés en Chine, 403.
Parisot. Absorption par la peau, 554. — Rôle de l'épiderme en présence de l'eau, de l'éther et du chloroforme, 586.
Parole (siége de la faculté de la), 318, 348, 397, 455, 473, 506, 524, 525, 530, 571, 786. — (rapport des lésions de l'hémisphère gauche avec les dérangements de la), 241.
Parotide (ligature préliminaire de la carotide pour l'extirpation d'une tumeur de la), 772.
Parrot. Atrophie du lobule de l'*insula* avec conservation de la parole, 507, 571.
Pascal. Alcool de gaïac, 704.
Pasteur. Fermentation par animalcules pouvant vivre sans gaz oxygène libre, 188. — Rôle de l'oxygène dans la destruction des matières animales et végétales, 290. — Recherches sur la putréfaction, 458, 474. — Contre les expériences de MM. Pouchet, Joly et Musset, 754. — Non-existence de la génération spontanée, 803. — Influence de l'oxygène de l'air sur la vinification, 841.
Pasturel. Amputation d'une langue hypertrophiée, 705.
Patezon. Eaux minérales de Vittel dans les cas de calculs soupçonnés, 380.
Pathologie cellulaire (études sur les végétaux en vue de la théorie de la), 706.
Pathologie médicale (*Éléments de*), t. IV, 143.
Patissier (discours sur la tombe de M.), 845.
Patry. Plaie pénétrante de l'abdomen, 406.
Paulet. Action physiologique des sels de thallium, 625.
Paupière (cautérisation interstitielle d'une tumeur érectile de la), 277.
Payet de Feurs. Sur les contrées paludéennes, 683.
Peau. — (absorption par la), 337, 554, 586. — (absorption des médicaments par la), 541, 659. — (décollements traumatiques de la), 126.
Peau bronzée (cas de), 199. — (autopsie dans un cas de), 493.
Pécholier. Action physiologique du tartre stibié, 275. — Action du quinquina sur la fièvre typhoïde, 673.
Pediculus des diverses races humaines, 129.
Pellagre (cas de), 429, 573. — des aliénés, 402, 640, 721, 754, 708, 802. — des aliénés (défi scientifique au sujet de la), 657. — sans usage de maïs, 356, 357. — sporadique (de la), 61. — dans le département de la Gironde, 373, 387. — par les eaux de Bormio (traitement de la), 739, 755.
Pennefather. Existence simultanée d'une grossesse normale et d'une grossesse extra-utérine, 709.
Penneiten. Sur la loi de production des sexes, 700.
Périoste de la mâchoire inférieure (résection sous-), 293.
Périostées (résections sous-), 339, 357, 373.
Périostique (restauration de la voûte palatine par autoplastie), 602.
Péripneumonie des bêtes bovines (procédé d'inoculation de la), 274.
Péritonite rhumatismale (pelvi-), 571.
Permanganate. — de potasse pour enlever l'odeur cadavérique, 94. — de potasse comme désinfectant, 308, 428.
Perrin. Douze cas d'uréthrotomie, 491.
Perrin (Maurice) et Ludger Lallemand. *Traité d'anesthésie chirurgicale*, 155.
Périnéorrhaphie en Angleterre, 019.
Perron. Intoxication cuivreuse chez les horlogers, 34.
Perrotte. Opération césarienne *post mortem*, 787.
Perroud. Influence des pyrexies sur la menstruation, 215.
Perse (races humaines de la), 211.
Pertes séminales (sur les), 125.
Pessaire (nouveau), 58.
Pessaires en Angleterre (emploi des), 619.
Peteers. Formules contre l'eczéma, 126.
Peter. Bronchite pseudo-membraneuse et broncho-pneumonie dans le croup, 468, 501, 535. — Bronchite pseudo-membraneuse dans le croup, 597. — Bronchite pseudo-membraneuse, etc., dans le croup, 685, 781. — Kyste du foie ouvert dans la plèvre, 725.
Pétrequin. Concentration des éléments de minéralisation des eaux minérales, 484, 499.
Pharyngienne (adénite post-), 373.
Phénique (emploi médical de l'acide), 245.
Philipeaux. Voy. Vulpian.
Phlébite faciale (sur la), 710, 764.
Phloorhizine comme antipériodique, 136.
Phoromélie (prothèse de la), 196.
Phosphore blanc (empoisonnement par les allumettes chimiques au), 153. — (dégénération graisseuse de différents organes, suite d'empoisonnement par le), 778. — (empoisonnement par le), 477. — (lésions viscérales dans l'empoisonnement par le), 741.
Photométrique chez les cataractés (emploi d'un procédé), 394.
Phthisie. — des mineurs, 481, 561. — aiguë (sur la), 163. — irrégulière chez l'adulte, 63. — pulmonaire (influence de l'horlogerie sur la production de la), 234. — pulmonaire (curabilité de la), 697.
Physionomie (mécanisme de la), 803.
Piachaud. Extraction d'un polype naso-pharyngien, 202.
Picrates (propriétés antipériodiques des), 3.
Picrique (propriétés antipériodiques de l'acide), 3.
Pied (dégénération endémique des os du), 075.
Pied bot équin (guérison d'un), 91. — sans opération chez les tout jeunes enfants (guérison du), 789.
Pierre (résultats du traitement de la), 74.
Pietra-Santa (de). Influence des climats du Midi sur les affections de la poitrine, 058. — Influence de l'air des Pyrénées sur les affections des voies respiratoires, 755.
Pile électrique dite *sacrifiée*, 371.
Pinkus. Permanganate de potasse contre l'odeur cadavérique, 94.
Piorry. Bruits anormaux dans les maladies du cœur, 494, 507.
Plaie. — de l'abdomen par armes à feu; rejet du projectile par le rectum, 600. — pénétrante de l'abdomen, 406, 093. — pénétrante du larynx guérie, 620.
Plaies. — (emploi de la poudre d'écailles d'huître dans le traitement des), 120. — sans cicatrice difforme (réunion des), 588. — du larynx guérie, 026.
Plèvre (kyste de la), 96. — (épanchement sanguin de la), 444. — (diagnostic des adhérences de la), 699.
Plomb dans l'urine (recherche du), 203.
Plongeur (appareil de), 842. — Voy. Respiration.
Pluie (eau de la), 625.
Pneumonie latente du sommet, 192. — ataxique (acétate d'ammoniaque contre la), 460, 477.
Poggiale. Rapport sur les eaux minérales, 16.
Poggioli. Traitement de l'asthme par l'électricité statique, 863.
Poissons (air de la vessie natatoire des), 801.
Poitrine (influence des climats du Midi sur les affections de la), 658.
Polyopie dans la vision monoculaire, 515, 527.
Polypes. — du larynx (ablation des), 153, 441, 449, 697, 724, 737. — du larynx (traitement chirurgical des), 161, 340, 345. — laryngiens, avec l'aide du laryngoscope (extirpation de), 78. — fibreux de l'utérus (allongement opératoire des), 061. — naso-pharyngien (extraction d'un), 202. — fibreux du larynx (extirpation d'un), 291. — naso-pharyngien (résultats d'une ablation de), 29.
Poma. Antagonisme de la belladone et de l'opium, 235.
Pompéi (pain découvert à), 063, 625.
Poncet. Fièvres typhiques du Mexique, 577.
Population de la ville de Lille, 277.
Portefeuille-trousse (nouveau), 228.
Potier. Sur les tumeurs blanches, 211.
Pouchet. Micrographie atmosphérique du Mont-Blanc, 708. — Résistance vitale chez les animalcules pseudo-ressuscitants, 804.
Pouchet. Voy. Joly.
Pouls dans l'état puerpéral (lenteur du), 498, 507, 541.
Poumons (syphilis des), 122.
Power (H.). Extraction, sans opération, d'une pierre tombée dans la trachée, 709.
Présentation du tronc et des épaules dans les rétrécissements du bassin, 443.
Preterre. Prothèse de la face, 341.
Prévault. Appareil inamovible pour fractures des membres, 94.
Proctor. Préparations d'asa fœtida et de gomme ammoniaque, 847.
Prothèse pour un cas de mutilation de la face (moyen de), 341.
Pruner-Bey. Examen de la mâchoire de Moulin-Quignon, 369.

Pseudo-membraneuse (singulière expectoration), 90.
PUECH (A.). Influence de la déviation des règles sur l'ovulation, 274.
Puériculture (sur la), 720.
Puerpéral (gaz dans le système circulatoire des femmes en état), 698. — (lenteur du pouls dans l'état), 498, 507, 541.
Puerpérale (conditions météorologiques de la fièvre), 673. — (étiologie des affections), 708.
Puerpérale. — dans ses rapports avec les causes débilitantes (fièvre), 074. — par les purgatifs (traitement de la fièvre), 645.
Pulvérisation des liquides médicamenteux, 215.
Pupille (nouveau procédé pour le déplacement de la), 388.
Purulente (infection). Voy. INFECTION.
Pus et sanie gangréneuse dans les vaisseaux, 211.
Putois (origine de la rage canine dans le), 483.
Putréfaction (recherches sur la), 458, 474. — (conditions de la), 588.

Q

QUATREFACES. Sur la mâchoire d'Abbeville, 307, 323, 354.
Quinquina sur la fièvre typhoïde (action du), 673.

R

Races humaines de la Perse, 211.
Rachitisme (menstruation pendant l'allaitement comme cause de), 05.
RACIBORSKY. Ménorrhagie dans ses rapports avec l'hématocèle, 682.
Rage (origine de la), 483. — (inoculation préservatrice de la), 475. — (quelques cas de), 429. — (sur la), 602. — (opuscule sur la), 705. — (discussion sur la), 371, 386, 387, 404, 441, 459, 620, 641, 660, 674, 091, 705, 713, 721, 737. — (pathogénie, prophylaxie et traitement de la), 724. — canine (valeur des mesures administratives contre la), 447. — chez les chiens (durée de l'incubation de la), 57.
RAMON DE LA SAGRA. Mortalité dans les hôpitaux de Cuba, 210.
Rate (hypertrophie de la), 59.
RAYER. Bases de la médecine comparée, 405
Rectale (cas d'oblitération), 91. — (opération d'une oblitération), 60.
Rectum (excision de la partie herniée dans un prolapsus du), 448.
Redoul (principe toxique du), 770.
REEVES. Recherche du plomb dans l'urine, 263.
Réflexe (modérateurs de l'action), 88.
Réflexes dans le cerveau de la grenouille (modérateurs des mouvements), 42.
Reins, suite d'empoisonnement par le phosphore (dégénération graisseuse des), 178. — (structure des), 076. — (tubercules des), 39.
REISSNER et VOLEY. Recherches de la cochlée, 244.
Remèdes secrets (rapport sur les), 338, 386, 443, 488, 570, 755, 858.
RENAULT. Durée de l'incubation de la rage chez les chiens, 57.
REQUIN. *Éléments de pathologie médicale*, t. IV, 113.
Résection. — sous-périostée de la mâchoire inférieure, 293. — temporaire d'une partie du maxillaire supérieur pour l'extirpation d'une tumeur de la fosse nasale, 805, 854.
Résections. — sous-périostées (sur les), 339, 357, 373. — du genou en Angleterre, 668.
Respiration. — artificielle (sur la), 310. — pendant le sommeil (quantité d'air nécessaire à la), 75. 187, 211. — sous l'eau (appareil pour la), 721. — et les bruits respiratoires (études sur la), 798, 851.
Respiratoires (nitrate d'argent dans les voies), 698. — (influence de l'air des Pyrénées sur les maladies des voies), 755. — sur les mouvements de l'iris (influence des mouvements), 673.
Responsabilité. — *partielle* des aliénés (pétition au sénat au sujet de la), 140. — légale des aliénés, 540.
Rétine (adiaphanose translucide de la), 389. — (ophthalmoscopie appliquée aux maladies de la), 829.
Rétinienne (toxonographie), 602.
Rétrécissements infranchissables (cathétérisme des), 547, 557, 569.
Revaccinations (résultats des), 1. — (recherches sur les), 377.
Revalenta arabica. Ce que c'est, 154.
Révulsifs cutanés (action des), 237.
REY (Armand). Volume de la glande thyroïde chez le cheval, 41.
REYBARD. Cathétérisme obturateur de l'urèthre, 586. — Étiologie des fistules lacrymales, 612.
REYNAUD. Immunité des nègres, des indigènes et des acclimatés relativement à la fièvre jaune, 755.
Rhino-nécrosie typhique et syphilitique, 439.
Rhumatismale. — des doigts et des mains (affection probablement), 113, 131. — (pelvi-péritonite), 571.
Rhumatisme (huile de chanvre indien contre le), 95.
Rhumatismes (traitement des), 10.
Rhus toxicodendron (effets toxiques, par contact, du), 5.
RIBAN. Principe toxique du redoul, 770.
RICHARD (Ad.). Cas de trachéotomie, 411. — Ligature élastique, 418.
RICHET. Danger du taxis forcé, 44. — Tumeur érectile osseuse, 201. — Tumeur fibreuse de l'épaule, 261.
RICAUD. Statistique des mort-nés dans le 3e arrondissement, 195. — Statistique des mort-nés, 216.
RIGODIN. Traitement de la glycosurie par la médication sucrée, 65.
RISET. Suites du scorbut de Crimée, 77.
RIZET. Rôle de la rotule. 661.
RIZZOLI. Ablation sous-périostée de la mâchoire inférieure, 293.
ROBERT (E.). Non-contemporanéité de l'homme primitif et des espèces perdues de pachydermes, 355. — Non-contemporanéité de l'homme et des grandes espèces fossiles, 420.
ROBINET. Composition chimique des eaux potables de Paris, 225. — Recherches sur les eaux potables de la France, 737. — Eau de pluie, 625.
ROGER (H.). Rapport sur les remèdes secrets, 338, 443, 570. — Syphilis chez un enfant, 573, 477.
Rome (météorologie et endémo-épidémie de), 541.
Roséole miliaire (de la), 419, 483, 487.
Rotule (rôle de la), 661. — (appareil pour fractures de la), 190.
ROTUREAU. Traité de la pellagre par les eaux de Bormio, 739, 755.
Rougeole. — épidémique à l'hôpital des enfants, 229. — (moyen de hâter l'éruption de la), 177.
ROUSSEAU (G.). Constatation des naissances à domicile, 407.
Rubéole (observation de), 62.
RUFZ. Expériences sur la transmission de la variole équine, 804.
RUSSELL. Paraplégie par épuisement de la moelle, 789.

S

S iliaque. — du côlon chez les nouveau-nés (siége de l'), 151. — chez les nouveau-nés (situation de l'), 705.
Saint-Nazaire (fièvre jaune de), 254, 270, 297, 313, 324, 329, 356, 361, 428, 433, 444, 462, 529, 531, 556.
Saint-Pierre-Martinique (fièvres de), 205.
SAINT-VEL. Fièvres endémiques à Saint-Pierre-Martinique, 205.
SALMON. Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse, 710.
SALTER. *Traité de l'asthme*, 45. — Alcool dans le traitement de l'asthme, 828.
SAMUELSON. Micrographie atmosphérique, 487.
SANDFORD. Extraction de douze calculs vésicaux chez un enfant, 829.
Salubrité de la Seine (travaux du conseil de), 791.
SALVATORE TRINCHESE. Système nerveux des gastéropodes, 704.
Sang (recherches sur la transfusion du), 643. — humain (présence d'infusoires dans le), 704. — (infusoires dans le), 802. — (électricité du), 514, 527, 529, 600, 617, 649, 769, 821. — (présence des bactéries dans le), 556. — dans le *sang de-rate* (infusoires du), 539, 556, 587.
Sangsues (emploi et réemploi des), 358.
Saturnine (le développement de la goutte est-il influencé par l'intoxication)? 433.
SAUREL (Ch.). Influence du sommeil sur la respiration et la circulation, 41. — Transpiration pendant le sommeil, 120, 211.
Scarlatine épidémique de l'hôpital des enfants, 229.
SCHMIDT. Altération de la bière par la coque du Levant, 130.
SCHMITT (Gregor). Cas d'aspermatisme, 124.
SCHNEIDER. Élimination du mercure après un traitement mercuriel, 50.
SCHNEPP. Sur le climat d'Égypte, 78.
SCHULZ. De l'aspermatisme, 93.
Sclérème chez un enfant de treize mois, 724, 840. — (du), 489.
Scoliose (traitement de la), 804.
Scorbut de Crimée (suites du), 70.
SCOUTETTEN. A propos d'une brochure de M. Heyfelder, 753. — Électricité du sang et des eaux minérales, 514, 527, 600, 617, 649, 769, 821.
Scrofuleuse (sur l'affection), 308.
SÉCHAUD. Colonisation des aliénés, 541.
Secret médical dans les questions du mariage, 81, 173.
SÉDILLOT. Bec de-lièvre. Restauration de la voûte palatine par autoplastie périostique, 002. — Procédé d'uranoplastie avec ou sans ossification périostique, 703. — Procédé d'uranoplastie contre les fentes de la voûte palatine, 754.
SEGUIN. Effets de la consanguinité, 540.
Seigle ergoté (traitement de la coqueluche par le), 646.
SEMÉRIE. Hallucinations musculaires, 80.
Séminales (sur les pertes), 125.
SÉNARD. Fait relatif à l'étiologie de la fièvre jaune, 49. — Fièvre jaune à bord de la *Floride*, 795.
Sensibilité et excitabilité chez le *Dytiscus marginalis* (distinction de la), 210.
SER. Voy. BLONDEL.
SERÉ (de). Couteau hémorrhagique, 241.
Serpents (transformation en sucre de la peau des), 587.
SERRE (d'Uzès). Toxonographie rétinienne, 602.
SERRES. Méningite comateuse sans paralysie, 119.
SERULLAZ Traitement du croup par la cautérisation, 277.
SERVIÈRE. Sur le buchu, 91.
SETCHENOW. Modérateur de l'action réflexe, 88. — Sur les modérateurs du mouvement réflexe, 42.
SEUX. Maladies des nouveau-nés, 575.
Sexe. — des enfants dans ses rapports avec les âges des parents, 758. — des enfants (influence de l'âge des parents sur le), 150.
Sexes (loi de production des), 587. — (sur la loi de production des), 700.
SICHEL. Délire après l'extraction de la cataracte, 480.
SIGNOL. Bactéries dans le sang, 556.
Silicades (préparations pharmaceutiques), 189.
SIMON (G.). Allongement opératoire des polypes fibreux de l'utérus, 661.
SIMPSON. Invention d'un cranéoclaste, 420.
SLOAN. Emploi chirurgical de la tige de *Laminaria digitata*, 322.
SMITH (Henri). Cas d'ovariotomie, 662. — Prolapsus du rectum guéri par l'excision de la partie herniée, 448. — Tentative d'extirpation d'un goître, 800.
Société. — de médecine du département du Nord (Bulletin de la), 724. — médicale de Lyon (Comptes rendus de la), 214. — protectrice de la vie humaine (proposition de fonder une), 631.
Sociétés savantes de France (réunion générale des), 279.
Sommeil : son influence sur la respiration et la circulation, 41. — (quantité d'air nécessaire à la respiration pendant le), 75. 187. — (transpiration cutanée pendant le), 120, 211. — (distinction entre le coma et le), 241.
Sondes invaginées (cathétérisme par des), 275.
SOUS. Adiaphonose translucide de la rétine, 389.
SPENCER WELLS. Opérations d'ovariotomie, 17.
SPERINO. Évacuation de l'humeur aqueuse dans les maladies de l'œil, 829.
Spina-bifida de la région sacrée, 262, 293.
STARK. Hypertrophie du cœur dans la chlorose, 202.
Statistique des mort-nés, 210.
STOLTZ. Lenteur du pouls dans l'état puerpéral, 541.
Stomatite à forme adynamique, 77.
Strabisme. — et diplopie, 600. — (valeur de l'opération du), 099, 812. — et la diplopie (leçons sur le), 829.
Strychnine. — dans la paralysie du nerf facial (injections locales de), 692. — (chloroforme contre l'empoisonnement par la), 861.
Styrax contre le croup, 119, 211.
Substitution. — parenchymateuse (méthode thérapeutique de la, 673. — organique (sur la), 850.
Succin : son emploi dans la coqueluche, les convulsions, les coliques des enfants, 213.
Sucre (effets de l'usage du), 856. — sur les dents (action du), 244. — dans l'urine (Voy. GLYCOSURIE). — de la peau des serpents (transformation en), 587.
Suffocation par la déglutition d'une sole, 327.
Sulfate. — d'ammoniaque pour produire l'incombustibilité, 704. — de cuivre (crayons de), 414.
Suppurations bleues (matière colorante des), 427.
Surdité par tumeurs osseuses du conduit auditif (guérison de cas de), 092.
Sutures métalliques en Angleterre, 608.
Sympathique sur les mouvements de la vessie (action du grand), 659.
Syndactylie congénitale (opération d'une), 508.
Syphilis. — du poumon et du foie, 122. — contractée par les souffleurs de verre, 666. — chez les enfants, 477, 573. — communiquée par la vaccine, 338, 643, 706. — (histoire naturelle de la), 494. — (forme de la lésion initiale de la), 335, 351. — (sur l'accident primitif de la), 727. — constitutionnelle (lésions traumatiques modifiées par la), 472. — latente (les eaux de Luxeuil contre la), 341. — (sensi-

bilité sous-sternale dans la), 700. — (guaco contre la), 588.
Syphilisation (valeur de la), 496.
Syphilitique (rhino-nécrosie), 439.
Syphilitiques par les instruments de chirurgie (transmission des accidents), 426.
Syphilome (du), 645.

T

Tabac à fumer (amaurose dans ses rapports avec l'usage du), 773.
Taches bleues (sur les), 674, 732.
Taille.— pratiquée avec l'écraseur (opération de), 812. — (statistique de l'opération de la), 661. — latéralisée (calcul mûral extrait par la), 738. - périnéale (cas d'insuccès de la), 693.
Talrich. *Écorché* colorié, 805.
Tardieu. Rapport sur les eaux minérales de France, 89. — *Dictionnaire d'hygiène publique*, 647. — Éloge d'Adelon, 761.
Tartre stibié (action physiologique du), 275.
Tavernier. Réunion des plaies sans cicatrice difforme, 588.
Tavignot. Méthode galvano-caustique uréthrale, 640.
Taxis forcé (danger du), 44.
Teinture d'iode (action décolorante des urines glycosiques sur la), 249, 252, 266, 269, 281, 288, 289, 317, 553.
Ténifuge (ailante comme), 127.
Ternisien. Hygiène des ouvriers, 682.
Testelin. Pommade contre les engelures et crevasses, 77.
Testicule. guéri spontanément (fongus du), 580. — (maladie kystique du), 111. — (transformation morbide spéciale des enveloppes du), 309.
Tétanos traumatique guéri par l'ivresse, 13. — traumatique des extrémités (prétendu), 18.
Tête (blessures multiples à la), 292.
Thallium (effets toxiques du), 587. — (action physiologique des sels du), 625.
Thériaque et alexipharmaques, 377, 417, 465.
Thomson (Henry). Lithotomie et lithotritie, 862.
Thoracocentèse (résultats statistiques de la), 125.
Thury. Loi de production des sexes, 587.
Thyroïde chez le cheval (volume de le glande), 41.
Tigri. Effets du pus et de la sanie gangréneuse dans les vaisseaux, 211. — Infusoires dans le sang, 802. — Présence d'infusoires dans le sang humain, 704.
Tilbury Fox. Rachitisme produit par la menstruation pendant l'allaitement, 66.
Tilt. Emplâtres de glycérine, 847,
Tissus (médication par injection d'agents médicamenteux dans les), 859. — végétaux (effets des agents irritants sur les), 706.
Tixier. Analogie des fluides nerveux et électriques, 614.
Tourrette. Moyen de provoquer les manifestations de la rougeole, 177.
Toxonographie rétinienne, 602.
Trachée (extraction sans opération d'une pierre tombée dans la), 709. — (trachéotomie pour un rétrécissement de la), 706.
Trachéotomie (discussion sur l'emploi de la canule dans la), 411. — (procédé pour éviter la lésion du corps thyroïde pendant la), 692. — (de l'hémorrhagie pendant la), 692. — dans le croup (indications de la), 574. — et ses suites chez les très-jeunes enfants, 277.
Transpiration cutanée pendant le sommeil, 120.
Trélat (U.). Opération d'une oblitération rectale, 60. — Extirpation d'un polype du larynx, 291.
Trichinaire chez l'homme (sur l'affection), 139.
Trichinale (cas d'infection), 677.
Trideau. Copahu et styrax contre le croup, 119, 211.
Trocart pour les kystes de l'ovaire, 108. — en Angleterre (espèces de), 668.
Trousseau. Voy Dumontpallier.
Tuberculisation aiguë des poumons (cas de), 193.
Tuchen (de Berlin). Présence du sucre dans l'urine normale, 147.
Tulenburg. Atrophie musculaire ascendante chronique, 750.
Tumeur de la voûte crânienne 13.
Tumeurs.— blanches (sur les), 211. — éburnées de l'orbite (extirpation des), 657. — et fistules lacrymales (étiologie des), 612.
Turck (de Vienne). Recherches sur diverses maladies du larynx, etc., étudiées à l'aide du laryngoscope, 63.
Typhique (rhino-nécrosie), 439.
Typhiques du Mexique (fièvres), 577.
Typhus et fièvre typhoïde (fréquente coïncidence de ces deux maladies), 28.

U

Urémie ; amaurose albuminurique rapide, 766.
Uréthrale (méthode galvano - caustique), 640.
Urèthre (cathétérisme des rétrécissements infranchissables de l'), 547, 557, 569 — (cathétérisme obturateur de l'), 587.
Uréthrotome à rotation, 120.
Uréthrotomie (étude sur l'), 445. — (sur l'), 479, 681.— (observations d'), 491. — (statistique d'), 692.
Urinaires (maladies des voies), 862. — (pathologie spéciale des organes), 294.
Urine (passage des médicaments dans l'), 263. — (recherche du plomb dans l'), 263. — (sucre dans l'). Voy. *Glycosurie.*
Urines glycosiques sur la teinture d'iode (action décolorante des), 249, 252, 266, 260, 281, 288, 289, 317, 553.
Usshier. Traitement de la glycosurie par la médication sucrée, 65.
Utérine en Angleterre (traitement de l'inversion), 619.
Utérines (innocuité et efficacité des cautérisations des cavités), 703. — profondes (danger des cautérisations intra-), 768.
Utérus (divers appareils pour le traitement des maladies de l'), 291. — pendant la grossesse (rétroversion de l'), 710. — (allongement opératoire des polypes fibreux de l'), 661. — (kyste pileux du col de l'), 413. — bicorne (grossesse dans la corne rudimentaire d'un), 663. — et des deux ovaires (amputation de la portion sus-vaginale de l'), 425.

V

Vaccination contre la miliaire, 700.
Vaccinations en 1861 (rapport sur les), 140, 150.
Vaccine (sur l'origine de la), 228. — (origine de la), 429, 444, 756, 770, 787, 804, 825, 858. — (syphilis communiquée par la), 338, 643, 706.
Vagin (atrésie cicatricielle du), 611.
Vaginale funiculaire (hernie), 78.
Vaisseaux cuirassés (ventilation des), 480.
Vaisseaux lymphatiques (origine des), 708.
Valette (de Lyon). Ovariotomie double, (mort), 84.
Valker. Ablation des polypes du larynx, 449.
Van den Corput. Cas de peau bronzée, 493.
Variole (moyen de prévenir les cicatrices de la), 558.
Veines (introduction de l'air et autres gaz dans les), 321. — (courants électriques contre l'introduction de l'air dans les), 33.
Venise (climat de), 488.
Ventilation des amphithéâtres, 107. — des théâtres, 187. — des vaisseaux cuirassés, 480.
Verardini. Accouchement forcé substitué à l'opération césarienne *post mortem*, 140.
Veratrum viride (empoisonnement par le), 62.
Verneuil (Ar.). Ablation d'une tumeur récidivée de la parotide : ligature préalable de la carotide primitive, 772. — Affection probablement rhumatismale des mains, 113, 131. — Sur l'opération de l'ankylose cicatricielle de la mâchoire, 643. — Ostéomyélite de l'humérus, 152. — Examen de l'opération d'Esmarch, 97. — Opération d'Esmarch, 577. — Documents historiques sur l'invention du laryngoscope, 201. — Historique du laryngoscope, 306. — Tumeur des glandes sudoripares, 197. — Ligatures artérielles comme opérations préliminaires. 633. — Historique de l'ankylose cicatricielle des mâchoires, 729, 747, 753. — Traitement chirurgical des polypes du larynx, 161, 345.
Vernois. Non-absorption des médicaments dans le choléra, 290. — *Traité d'hygiène industrielle*, 647, 693. — Main des ouvriers et des artisans, 604.
Verrier. Sur la môle hydatique, 682. -- Traitement des difformités de la taille, 804.
Vésicale (exfoliation de la muqueuse), 829.
Vésico-vaginale (guérison spontanée d'une fistule), 611. — en Angleterre (opération de la fistule), 619.
Vésico-vaginales (statistique d'opérations des fistules), 277.
Vessie (action du bulbe, de la moelle et du grand sympathique sur les mouvements de la), 650. — (extraction d'une bougie tombée dans la), 709. — (sur les nerfs moteurs de la), 42. — (influence des nerfs sur le sphincter de la), 404. — (ponction sous-pubienne de la), 755. — et artères ombilicales chez les nouveau-nés (inflammation de la), 725.
Vichy (conservation des eaux de) par la congélation, 479.
Viennois. Syphilis contractée par les ouvriers verriers, 666.
Vigouroux. Influence des mouvements respiratoires sur ceux de l'iris, 673.
Villemin (J. A.). Altération épithéliale de la conjonctive dans l'héméralopie, 332.
Vilmot. Voy. Collis.
Vin (action de l'oxygène sur le), 770.
Vincent (Ad) Réaction pour déceler l'opium, 587.
Vingtrinier. Endémie goîtreuse des rives de la Seine, 699
Vinification (influence de l'oxygène de l'air sur la), 841, 842, 857.
Vipère (accidents périodiques, suite d'une morsure de), 736.
Vision (cercles de diffusion produits lors de l'observation de parallaxe par les appareils dioptriques dans la), 28. — (position des points lumineux dans le champ de la), 602. — monoculaire (polyopie dans la), 515, 527.
Vittel (action, dans le cas de calcul soupçonné, des eaux minérales de), 380.
Vivisections (rapport et discussion sur les), 514, 526, 562, 570, 588, 593, 603, 648.
Voillemier. Ponction sous-pubienne de la vessie, 755.
Voisin (Aug.). Atrophie musculaire progressive, avec phénomènes oculo-pupillaires, 607.
Voley. Voy. Reissner.
Vomissement (mécanisme du), 406.
Vomissements incoercibles des femmes grosses, 710.
Voûte palatine (procédé d'ouranoplastie contre les fentes de la), 754.
Vulpian. Sur l'atrophie musculaire progressive, 327.
Vulpian et Philipeaux. Modifications physiologiques dans le nerf lingual par suite de l'abolition de la motricité dans l'hypoglosse, 370. — Réunion des fibres nerveuses sensitives avec les fibres nerveuses motrices. 42, 52.
Vulve (éléphantiasis de la), 190.

W

Wagner (E.). Du syphilome, 645.
Walbenburg. Influence des agents irritants sur les tissus végétaux, 706.
Wannebroucq. Réduction, par la bande de caoutchouc, d'une hernie étranglée, 142 — Traitement de la chorée par l'arsenic, 509.
Wecker. Opération d'iridésis, 20. — Cataracte sénile, 666. — *Traité des maladies des yeux*, 829. — Nouveau procédé pour le déplacement de la pupille, 388.
Weswatines. Moyen d'empêcher l'occlusion complète de la bouche, 700.
Willemin. Climat d'Égypte, 105. — Absorption de l'eau et des substances solubles par la peau, 337. — Action des eaux de Vichy, 431.
Williams (M. C). Statistique de l'opération de la taille, 661.
Wleminckx. Résultats des revaccinations, 1. — Recherches sur les revaccinations, 377. — Extinction de l'ophthalmie dite militaire, et contre l'existence de cette ophthalmie, 481, 793.
Wood. Traitement des cicatrices vicieuses par l'excision et l'autoplastie, 447.
Wordsworth. Cautérisation interstitielle d'une tumeur érectile de la paupière, 277.
Workman. Opération de la cataracte, 709.
Worms (J.). Cas de tuberculisation aiguë, 193. — Paralysie périphérique par refroidissement, 258.

Y

Yeux (*Traité des maladies des*), 328. — (publications diverses sur les maladies des), 829.

Z

Zenker. Affection trichinaire chez l'homme, 139.

TABLE DES FIGURES CONTENUES DANS LE TOME X.

Nouveau pessaire, p. 58.
Trocart pour évacuer le liquide du kyste de l'ovaire dans l'opération de l'ovariotomie et un clamp pour saisir le pédicule du kyste de l'ovaire dans la même opération, p. 108.
Aiguilles chinoises, fig. 1 et 2, p. 133; fig. 3 à 7, p. 134.
L'hémisphère gauche du cerveau vu par sa face externe, p. 397.
Crânéoclaste, p. 426.
Dynamomètre, p. 488.
Canule quadrivalve, dilatatrice de la trachée, p. 603.
Premier os de la cuisse, p. 681.
Expériences nouvelles pour constater l'électricité du sang et pour en mesurer la force électromotrice, p. 822.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.